

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	9
1. Sozialmedizinische Bedeutung	10
1.1 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	10
1.2 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	14
1.3 Renten wegen Erwerbsminderung	16
2. Bio-psycho-soziales Modell und ICF	19
3. Allgemeine Qualitätskriterien für sozialmedizinische Gutachten der gesetzlichen Rentenversicherung	22
4. Sozialmedizinische Beurteilung des Leistungsvermögens im Erwerbsleben	24
5. Spezielle Aspekte der sozialmedizinischen Beurteilung von Menschen mit psychischen Störungen	26
5.1 Indikation zur fachärztlichen Begutachtung	26
5.2 Schnittstelle zwischen Krankenbehandlung und Rehabilitation	26
5.3 Grundlagen der Durchführung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Begutachtung	28
5.3.1 Psychische Störungen in der ICF	28
5.3.2 Ärztliche Schweigepflicht und Datenschutz	30
5.3.3 Sprachliche Verständigung, Begleitperson bei Begutachtungen	31
5.3.4 Begutachtung von Versicherten mit Migrationshintergrund	32
5.3.5 Begutachtungskriterien	33
5.4 Aufbau und Inhalte des psychiatrisch-psychotherapeutischen Gutachtens	34
5.4.1 Sozialmedizinische Sachaufklärung	34
5.4.2 Derzeitige Beschwerden, Krankheitsvorgeschichte, vegetative Anamnese	35
5.4.3 Familienanamnese	35
5.4.4 Arbeits- und Sozialanamnese	35
5.4.4.1 Bildungs-, Berufs- und Arbeitsanamnese	35
5.4.4.2 Anamnese der sozialen Integration am Arbeitsplatz	36
5.4.4.3 Selbsteinschätzung des beruflichen Leistungsvermögens	36
5.4.4.4 Umstände der Antragstellung, bisherige Sozialleistungen	36
5.4.4.5 Familiäre und sonstige soziale Integration	36
5.4.4.6 Lebenspraktische Fertigkeiten hinsichtlich selbstständiger Lebensführung	37
5.4.4.7 Schilderung eines üblichen Tagesablaufs	37
5.4.5 Biografische Anamnese	37
5.4.6 Körperliche Untersuchung: Körperfunktionen und -strukturen	37
5.4.7 Psychischer Befund: Psychische Funktionen	37
5.4.8 Psychodiagnostische Zusatzuntersuchungen	42
5.4.9 Technisch-apparative Untersuchungen	46
5.4.10 Laboruntersuchungen	47
5.4.11 Klinische Diagnose	47
5.4.12 Sozialmedizinische Epikrise	47
5.4.13 Sozialmedizinische Beurteilung des Leistungsvermögens	49

5.5	Gegenübertragung und Selbstreflexion in der Begutachtungssituation	52
5.6	Verdeutlichung, Aggravation, Simulation, Dissimulation	53
5.7	Zumutbare Willensanspannung	54
5.8	„Red Flags“	56
6.	Leistungen zur Teilhabe	57
6.1	Aufgaben der Leistungen zur Teilhabe, persönliche Voraussetzungen	57
6.2	Rehabilitationsbedürftigkeit	58
6.3	Rehabilitationsfähigkeit	58
6.4	Rehabilitationsprognose	58
6.5	Leistungen zur Teilhabe für Menschen mit psychischen Störungen	59
6.5.1	Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	60
6.5.2	Medizinisch-berufliche Rehabilitation (Phase II)	63
6.5.3	Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	63
6.5.4	Rehabilitationsform	68
6.5.5	Rehabilitationsdauer	69
6.5.6	Rehabilitationsnachsorge	69
6.5.7	Stufenweise Wiedereingliederung	70
6.5.8	Persönliches Budget	70
7.	Renten wegen Erwerbsminderung	72
7.1	Gesetzliche Rahmenbedingungen	72
7.2	Allgemeiner Arbeitsmarkt	73
7.3	Bestimmung des Beginns einer Leistungsminderung (Leistungsfall)	73
7.4	Befristung der Renten wegen Erwerbsminderung	74
7.5	Summierung ungewöhnlicher Leistungseinschränkungen	74
7.6	Schwere spezifische Leistungsbehinderung	75
7.7	Umdeutung eines Antrags auf Leistungen zur Teilhabe	75
8.	Störungsspezifische sozialmedizinische Beurteilung	76
8.1	Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen (ICD-10: F00-F09)	76
8.1.1	Einzelne Störungsbilder	77
8.1.1.1	Demenz (F00-F03)	77
8.1.1.2	Organisches amnestisches Syndrom (F04)	77
8.1.1.3	Delir (F05)	77
8.1.1.4	Andere psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit (F06)	78
8.1.1.5	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen auf organischer Grundlage (F07)	78
8.1.2	Krankheitsbezogene Aussagen zur ICF	78
8.1.3	Krankheitsspezifische Sachaufklärung	79
8.1.4	Beurteilung des Leistungsvermögens	80
8.2	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (ICD-10: F20-F29)	82
8.2.1	Einzelne Störungsbilder	82
8.2.1.1	Schizophrenie (F20)	82
8.2.1.2	Schizotype Störung (F21)	84
8.2.1.3	Anhaltende wahnhaftige Störungen (F22)	85
8.2.1.4	Schizoaffektive Störungen (F25)	85

8.2.2	Krankheitsbezogene Aussagen zur ICF	86
8.2.3	Krankheitsspezifische Sachaufklärung	87
8.2.4	Beurteilung des Leistungsvermögens	87
8.2.4.1	Schizophrenie	88
8.2.4.2	Schizotype Störung	92
8.2.4.3	Anhaltende wahnhaftige Störungen	93
8.2.4.4	Schizoaffektive Störungen	93
8.3	Affektive Störungen (ICD-10: F30-F39)	95
8.3.1	Einzelne Störungsbilder	95
8.3.1.1	Manische Episoden (F30.1-F30.9, F31.1-F31.21, F31.8)	95
8.3.1.2	Hypomanie (F30.0, F31.0)	95
8.3.1.3	Depressive Episoden (F32, F33, F31)	96
8.3.1.4	Bipolare affektive Störung (F31)	97
8.3.1.5	Anhaltende affektive Störungen (F34)	98
8.3.2	Krankheitsbezogene Aussagen zur ICF	99
8.3.3	Krankheitsspezifische Sachaufklärung	100
8.3.4	Beurteilung des Leistungsvermögens	100
8.3.4.1	Manische Episoden	101
8.3.4.2	Hypomanie	101
8.3.4.3	Depressive Episoden	101
8.3.4.4	Bipolare affektive Störung	104
8.3.4.5	Anhaltende affektive Störungen	106
8.4	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (ICD-10: F40-F48)	107
8.4.1	Einzelne Störungsbilder	107
8.4.1.1	Phobische Störungen (F40)	107
8.4.1.2	Andere Angststörungen (F41)	108
8.4.1.3	Zwangsstörung (F42)	109
8.4.1.4	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43)	109
8.4.1.5	Dissoziative Störungen (Konversionsstörungen, F44)	112
8.4.1.6	Somatoforme Störungen (F45)	113
8.4.1.7	Andere neurotische Störungen: Neurasthenie (F48.0)	117
8.4.1.8	Spezielle Syndrome von Relevanz für die psychiatrisch-psychotherapeutische Begutachtung	118
8.4.2	Krankheitsbezogene Aussagen zur ICF	126
8.4.3	Krankheitsspezifische Sachaufklärung	127
8.4.4	Beurteilung des Leistungsvermögens	128
8.4.4.1	Phobische Störungen	129
8.4.4.2	Andere Angststörungen	130
8.4.4.3	Zwangsstörung	131
8.4.4.4	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	131
8.4.4.5	Dissoziative Störungen	134
8.4.4.6	Somatoforme Störungen	134
8.4.4.7	Andere neurotische Störungen: Neurasthenie	137
8.4.4.8	Spezielle Syndrome von Relevanz für die psychiatrisch-psychotherapeutische Begutachtung	137

8.5	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (ICD-10: F50-F59)	141
8.5.1	Einzelne Störungsbilder	141
8.5.1.1	Anorexia nervosa (F50.0)	141
8.5.1.2	Bulimia nervosa (F50.2)	142
8.5.1.3	Binge Eating Disorder (BED)	143
8.5.1.4	Adipositas (E66)	143
8.5.1.5	Psychologische Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei anderenorts klassifizierten Krankheiten (F54)	144
8.5.2	Krankheitsbezogene Aussagen zur ICF	145
8.5.3	Krankheitsspezifische Sachaufklärung	146
8.5.4	Beurteilung des Leistungsvermögens	147
8.5.4.1	Anorexia nervosa, Bulimia nervosa	148
8.5.4.2	Binge Eating Disorder	149
8.5.4.3	Adipositas	150
8.5.4.4	Psychologische Faktoren und Verhaltensfaktoren bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	150
8.6	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (ICD-10: F60-F69)	151
8.6.1	Einzelne Störungsbilder	151
8.6.1.1	Spezifische und kombinierte Persönlichkeitsstörungen (F60, F61)	151
8.6.1.2	Abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle (F63)	155
8.6.2	Krankheitsbezogene Aussagen zur ICF	158
8.6.3	Krankheitsspezifische Sachaufklärung	159
8.6.4	Beurteilung des Leistungsvermögens	159
8.6.4.1	Spezifische und kombinierte Persönlichkeitsstörungen	160
8.6.4.2	Abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle	161
8.7	Intelligenzstörung (ICD-10: F70-F79)	164
8.7.1	Einzelne Störungsbilder	164
8.7.1.1	Leichte Intelligenzminderung (F70)	164
8.7.1.2	Mittelgradige Intelligenzminderung (F71)	165
8.7.1.3	Schwere Intelligenzminderung (F72)	165
8.7.1.4	Schwerste Intelligenzminderung (F73)	165
8.7.2	Krankheitsbezogene Aussagen zur ICF	165
8.7.3	Krankheitsspezifische Sachaufklärung	166
8.7.4	Beurteilung des Leistungsvermögens	167
8.7.4.1	Leichte Intelligenzminderung	168
8.7.4.2	Mittelgradige Intelligenzminderung	169
8.7.4.3	Schwere und schwerste Intelligenzminderung	169
8.8	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (ICD-10: F90-F98)	170
8.8.1	Einzelne Störungsbilder	170
8.8.1.1	Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) des Erwachsenenalters	170
8.8.2	Krankheitsbezogene Aussagen zur ICF	171
8.8.3	Krankheitsspezifische Sachaufklärung	172
8.8.4	Beurteilung des Leistungsvermögens	173
8.8.4.1	Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) des Erwachsenenalters	173

9.	Anhang	176
9.1	Das AMDP-System zur Dokumentation psychiatrischer Befunde	176
9.2	Psychodiagnostische Zusatzuntersuchungen im Rahmen der psychiatrisch-psychotherapeutischen Begutachtung, Beispiele	178
9.2.1	Psychodiagnostische Einzelverfahren	178
9.2.2	Verfahren zur Diagnosesicherung (ICD-10 / DSM-IV)	182
9.2.3	Computer-Diagnostik- und Trainingssysteme	182
9.3	Glossar	182
10.	Erstellungsprozess der Leitlinie	187
11.	Literaturverzeichnis	193
12.	Verzeichnis der Störungen und Syndrome	206

Abbildungsverzeichnis:

Abb. 1:	Indikationsspektrum 2010 bei den abgeschlossenen ambulanten und stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation für Erwachsene	10
Abb. 2:	Diagnosenspektrum 2010 bei den abgeschlossenen stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation wegen psychischer und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (ohne Abhängigkeitserkrankungen)	11
Abb. 3:	Diagnosenspektrum 2010 bei den abgeschlossenen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben wegen psychischer und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (ohne Abhängigkeitserkrankungen)	15
Abb. 4:	Indikationsspektrum 2010 bei Renten wegen Erwerbsminderung	16
Abb. 5:	Diagnosenspektrum 2010 bei Renten wegen Erwerbsminderung bei psychischen und Verhaltensstörungen (ohne Abhängigkeitserkrankungen)	17
Abb. 6:	Qualitätsbezogene Einzelkriterien und übergeordnetes Qualitätskriterium für sozialmedizinische Gutachten	23

Tabellenverzeichnis:

Tab. 1:	Abgeschlossene stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bei psychischen und Verhaltensstörungen Erwachsener 2010	12
Tab. 2:	Abgeschlossene ambulante Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bei psychischen und Verhaltensstörungen Erwachsener 2010	13
Tab. 3:	Abgeschlossene Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben bei psychischen und Verhaltensstörungen Erwachsener 2010	14
Tab. 4:	Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit bei psychischen und Verhaltensstörungen 2010	17
Tab. 5:	Qualitätskriterien zur Erfassung der Qualität von sozialmedizinischen Gutachten in der gesetzlichen Rentenversicherung	22
Tab. 6:	Renten wegen Erwerbsminderung, rechtliche Rahmenbedingungen	72
Tab. 7:	Schädigungen bei organischen, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	78
Tab. 8:	Beeinträchtigungen bei organischen, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	79
Tab. 9:	Schädigungen bei Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen	86
Tab. 10:	Beeinträchtigungen bei Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen	86

Tab. 11: Schädigungen bei affektiven Störungen	99
Tab. 12: Beeinträchtigungen bei affektiven Störungen	99
Tab. 13: Somatoforme Störungen nach ICD-10	114
Tab. 14: Symptome und betroffene Organsysteme für die Diagnosestellung von Somatisierungsstörungen	115
Tab. 15: Symptome und Organsysteme für die Diagnosestellung von somatoformen autonomen Funktionsstörungen	115
Tab. 16: Einteilung des Tinnitus nach dem Grad der Beeinträchtigung	125
Tab. 17: Schädigungen bei neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen sowie weiteren, in diesem Kapitel beschriebenen Syndromen	126
Tab. 18: Beeinträchtigungen bei neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen sowie weiteren, in diesem Kapitel beschriebenen Syndromen	127
Tab. 19: Schädigungen bei Essstörungen und bei psychologischen Faktoren und Verhaltensfaktoren bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	145
Tab. 20: Beeinträchtigungen bei Essstörungen und bei psychologischen Faktoren und Verhaltensfaktoren bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	146
Tab. 21: Cluster A-Persönlichkeitsstörungen	152
Tab. 22: Cluster B-Persönlichkeitsstörungen	152
Tab. 23: Cluster C-Persönlichkeitsstörungen	153
Tab. 24: Typisierung der pathologischen Spieler nach Petry und Jahrreiss	156
Tab. 25: Schädigungen bei Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	158
Tab. 26: Beeinträchtigungen bei Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	158
Tab. 27: Schädigungen bei Intelligenzstörungen	165
Tab. 28: Beeinträchtigungen bei Intelligenzstörungen	166
Tab. 29: Schädigungen bei ADHS im Erwachsenenalter	171
Tab. 30: Beeinträchtigungen bei ADHS im Erwachsenenalter	172

Vorwort

Geltungsbereich und Zweck: Die vorliegende Leitlinie richtet sich an alle Personen, die mit Fragen der sozialmedizinischen Beurteilung von psychischen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen für die gesetzliche Rentenversicherung befasst sind. Sie soll 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 im sozialmedizinischen Dienst der Rentenversicherung tätigen Arzt und den übrigen, mit sozialmedizinischen und sozialrechtlichen Fragen befassten Personen soll sie das Nachvollziehen und die Umsetzung der Aussagen psychiatrisch-psychotherapeutischer Fachgutachten erleichtern. Durch ein umfangreiches Konsentierungsverfahren wird auch der notwendigen Interdisziplinarität Rechnung getragen.

Die Leitlinie beinhaltet einen allgemeinen Teil zu verschiedenen Aspekten der sozialmedizinischen Begutachtung bei psychischen und Verhaltensstörungen (Kapitel 1 bis 7) sowie einen störungsspezifischen Teil (Kapitel 8), in dem Hinweise zur sozialmedizinischen Beurteilung bei einzelnen Krankheitsbildern gegeben werden. Weitergehende Informationen zu indikationsübergreifenden Aspekten der sozialmedizinischen Begutachtung wie beispielsweise Datenschutz oder Begleitpersonen bei der Begutachtung sind auch dem Buch „Sozialmedizinische Begutachtung für die gesetzliche Rentenversicherung“ zu entnehmen, herausgegeben von der Deutschen Rentenversicherung (7. Auflage, 2011).

Nachvollziehbarkeit, Plausibilität und Schlüssigkeit sowie Neutralität sind Qualitätskriterien, die jedes sozialmedizinische Gutachten erfüllen muss. Darüber hinaus sind Transparenz, Verständlichkeit, eine angemessene formale und inhaltliche Gestaltung, Wirtschaftlichkeit, Vollständigkeit sowie die medizinisch-wissenschaftliche Fundierung zu berücksichtigen (siehe Kapitel 3).

Bei der Darstellung und Aufbereitung medizinischer Sachverhalte kommt dem sozialmedizinischen Gutachter eine „Dolmetscherfunktion“ zwischen Medizin und Recht zu. Gerade im Hinblick auf die Funktion des sozialmedizinischen Gutachtens als Entscheidungshilfe bei Anträgen auf Leistungen der Sozialversicherungsträger ist daher eine prägnante Darstellung der für eine angemessene Entscheidung erforderlichen Informationen erwünscht und keine undifferenzierte Beschreibung aller Facetten des jeweiligen Einzelfalls. Daraus folgt, dass nicht immer alle in dieser Leitlinie aufgeführten Aspekte in jedes Gutachten einfließen müssen.

Für die sozialmedizinische Beurteilung bei Abhängigkeitserkrankungen (Abschnitt F1 der ICD-10) wurde aufgrund verschiedener Besonderheiten eine gesonderte Leitlinie erarbeitet, die auf der Homepage der Rentenversicherung verfügbar ist (www.deutsche-rentenversicherung.de). Daher folgen in dieser Leitlinie nur Ausführungen zu den sozialmedizinisch bedeutsamsten psychischen Störungen aus den übrigen Abschnitten des Kapitels F (Psychische und Verhaltensstörungen) der ICD-10.

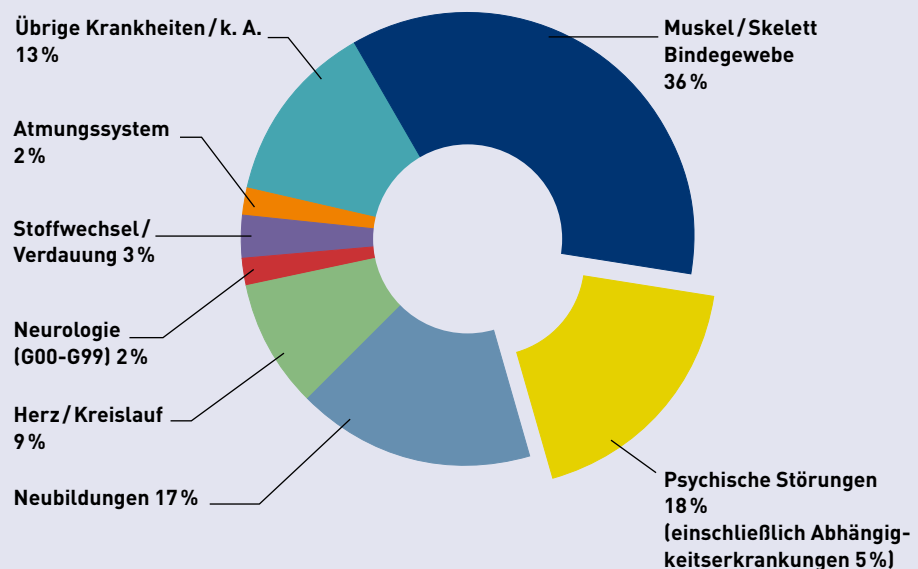
In der Leitlinie wird lediglich aus Gründen der besseren Lesbarkeit darauf verzichtet, sprachlich bei jeder auf beide Geschlechter zutreffenden Aussage jeweils die männliche und die weibliche Form parallel zu verwenden. Selbstverständlich betreffen alle Inhalte, die die männliche Form als einzige anführen, Frauen gleichermaßen, sofern keine ausdrücklich nur auf ein Geschlecht bezogenen Aussagen getroffen werden.

1. Sozialmedizinische Bedeutung

1.1 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Die Erfassung statistischer Daten zu psychischen Störungen erfolgt anhand der ICD-10-GM, der deutschen Modifikation der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (10. Revision, German Modification). In der unter anderem auf der Auswertung der Reha-Entlassungsberichte beruhenden Statistik der Deutschen Rentenversicherung steht die Diagnosegruppe der psychischen und Verhaltensstörungen (F00-F99) mit 18% aller abgeschlossenen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach den Krankheiten des Bewegungsapparates bereits an zweiter Stelle (siehe Abbildung 1); im Jahr 2000 hatte der Anteil noch 15% betragen. Insgesamt ist bei der Rehabilitation wegen psychischer und Verhaltensstörungen zwischen den Jahren 2000 und 2010 ein Zuwachs der Leistungen um fast 45% zu verzeichnen.

Abb. 1: Indikationsspektrum bei den abgeschlossenen ambulanten und stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstigen Leistungen zur Teilhabe für Erwachsene, Deutsche Rentenversicherung 2010, n = 960.699



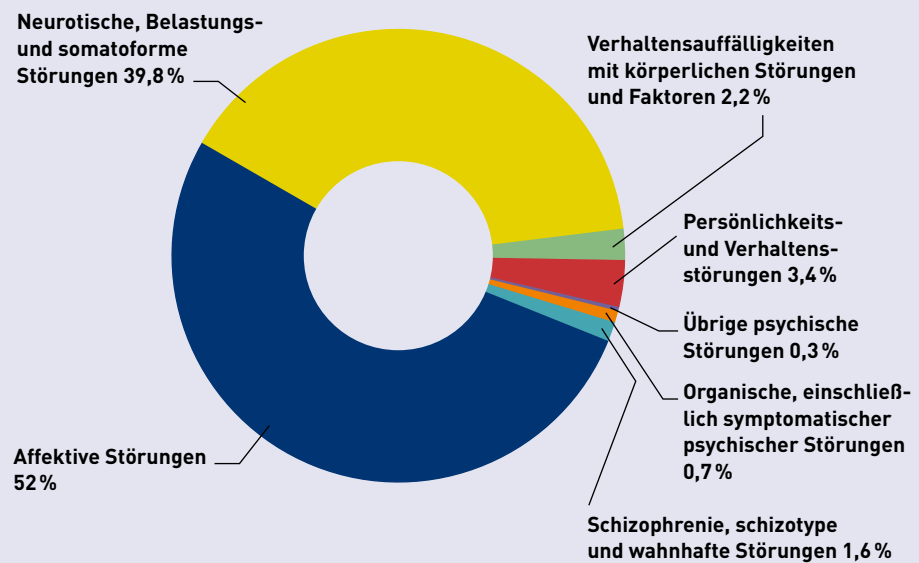
Quelle: Statistik der Deutschen Rentenversicherung – Rehabilitation 2010, Tab 001.00 M und 002.00 M

Bei den Männern wurden im Jahr 2010 über 40% (etwa 43,6%) aller stationären Rehabilitationsleistungen bei psychischen Störungen wegen Abhängigkeitserkrankungen durchgeführt, bei den Frauen beträgt dieser Anteil lediglich etwa 10,4%.

Im Jahr 2010 hat die Deutsche Rentenversicherung 125.787 stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation aufgrund von psychischen Störungen (ohne Abhängigkeitserkrankungen) für ihre Versicherten erbracht. Am häufigsten wurden affektive Störungen als Diagnosen genannt, gefolgt von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen und Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (siehe Abbildung 2, Tabelle 1).

Das Durchschnittsalter bei den Versicherten, die wegen einer psychischen Störung (ohne Abhängigkeitserkrankungen) im Jahr 2010 stationär rehabilitiert wurden, liegt bei 47,7 Jahren und ist damit niedriger als in den meisten anderen Indikationsgebieten. Der niedrigste Altersdurchschnitt findet sich in der Gruppe der Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend mit 36,4 Jahren, der höchste in der Gruppe der affektiven Störungen mit 48,7 Jahren.

Abb. 2: Diagnosenspektrum bei den abgeschlossenen stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstigen Leistungen zur Teilhabe wegen psychischer und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (ohne Abhängigkeitserkrankungen), Deutsche Rentenversicherung 2010, n = 125.787



Quelle: Statistik der Deutschen Rentenversicherung – Rehabilitation 2010, Tab 001.00 M

Tab. 1: Abgeschlossene stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe bei psychischen und Verhaltensstörungen Erwachsener, Deutsche Rentenversicherung 2010, Erstdiagnosen nach ICD-10

Diagnosen nach ICD-10	Frauen (Durchschnitts- alter in Jahren)	Männer (Durchschnitts- alter in Jahren)	Gesamt (Durchschnitts- alter in Jahren)
A00-Z99 Alle Diagnosen	416.555 (52,1)	421.309 (51,7)	837.864 (51,9)
F00-F99 Psychische und Verhaltensstörungen (inklusive Abhängigkeitserkrankungen)	90.350 (47,0)	79.472 (44,4)	169.822 (45,8)
F00-F99 Psychische und Verhaltensstörungen (ohne Abhängigkeitserkrankungen)	80.988 (47,6)	44.799 (47,9)	125.787 (47,7)
F00-F09 Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	311 (47,3)	542 (46,6)	853 (46,9)
Darunter:			
F06 Andere psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit	212 (47,1)	292 (48,8)	504 (48,1)
F20-F29 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	917 (43,0)	1.085 (38,8)	2.002 (40,7)
Darunter:			
F20 Schizophrenie	444 (41,2)	726 (36,7)	1.170 (38,4)
F25 Schizoaffektive Störungen	364 (44,6)	254 (43,2)	618 (44,0)
F30-F39 Affektive Störungen	43.594 (48,5)	21.850 (49,1)	65.444 (48,7)
Darunter:			
F32 Depressive Episode	19.778 (48,2)	11.249 (49,1)	31.027 (48,5)
F33 Rezidivierende depressive Störungen	20.989 (48,8)	9.011 (49,3)	30.000 (49,0)
F34 Anhaltende affektive Störungen	2.126 (48,6)	1.062 (48,4)	3.188 (48,5)
F40-F48 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	32.028 (47,5)	17.985 (48,1)	50.013 (47,7)
Darunter:			
F40 Phobische Störung	1.829 (43,8)	1.024 (44,1)	2.853 (43,9)
F41 Andere Angststörungen	4.872 (46,6)	2.770 (47,4)	7.642 (46,8)
F43 Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	14.751 (47,5)	8.429 (48,8)	23.180 (48,0)
F45 Somatoforme Störungen	6.763 (49,1)	3.386 (48,1)	10.149 (48,8)
F48 Andere neurotische Störungen	3.128 (48,5)	1.972 (49,6)	5.100 (48,9)
F50-F59 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	2.005 (39,0)	818 (46,1)	2.823 (41,1)
Darunter:			
F50 Essstörungen	1.383 (35,0)	284 (39,4)	1.667 (35,8)
F54 Psychologische Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	543 (47,8)	422 (49,9)	965 (48,7)
F60-F69 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	1.948 (40,7)	2.269 (39,8)	4.217 (40,2)
Darunter:			
F60 Spezifische Persönlichkeitsstörungen	1.139 (38,7)	578 (41,3)	1.717 (39,6)
F63 Abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle	160 (43,3)	1.175 (38,4)	1.335 (39,0)

Tab. 1: Abgeschlossene stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe bei psychischen und Verhaltensstörungen Erwachsener, Deutsche Rentenversicherung 2010, Erstdiagnosen nach ICD-10

Diagnosen nach ICD-10	Frauen (Durchschnitts- alter in Jahren)	Männer (Durchschnitts- alter in Jahren)	Gesamt (Durchschnitts- alter in Jahren)
F70-F79 Intelligenzstörung	22 (39,5)	25 (38,0)	47 (38,7)
F80-F89 Entwicklungsstörungen	17 (37,8)	31 (36,0)	48 (36,6)
F90-F98 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	137 (37,6)	181 (35,5)	318 (36,4)
Darunter:			
F90 Hyperkinetische Störungen	107 (41,1)	127 (37,1)	234 (38,9)

Quelle: Statistik der Deutschen Rentenversicherung – Rehabilitation 2010

Nur etwa 2 % (n = 3.495) aller Leistungen zur medizinischen Rehabilitation wegen psychischer und Verhaltensstörungen (ohne Abhängigkeitserkrankungen) wurden im Jahr 2010 (ganztägig) ambulant durchgeführt. Dabei begründen fünf Erstdiagnosen über 80 % dieser Leistungen:

- Depressive Episode (F32),
- rezidivierende depressive Störungen (F33),
- andere Angststörungen (F41),
- Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43) sowie
- somatoforme Störungen (F45).

Das Durchschnittsalter in der ambulanten medizinischen Rehabilitation bei psychischen und Verhaltensstörungen (ohne Abhängigkeitserkrankungen) liegt bei 45,4 Jahren (siehe Tabelle 2).

Tab. 2: Abgeschlossene ambulante Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe bei psychischen und Verhaltensstörungen Erwachsener, Deutsche Rentenversicherung 2010, Erstdiagnosen nach ICD-10

Diagnosen nach ICD-10	Frauen (Durchschnitts- alter in Jahren)	Männer (Durchschnitts- alter in Jahren)	Gesamt (Durchschnitts- alter in Jahren)
A00-Z99 Alle Diagnosen	49.386 (47,4)	73.449 (47,1)	122.835 (47,2)
F00-F99 Psychische und Verhaltensstörungen (inklusive Abhängigkeitserkrankungen)	2.988 (45,4)	3.690 (44,4)	6.678 (44,9)
F00-F99 Psychische und Verhaltensstörungen (ohne Abhängigkeitserkrankungen)	2.026 (45,4)	1.469 (45,2)	3.495 (45,4)
F00-F09 Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	19 (48,3)	32 (40,5)	51 (43,4)
F20-F29 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	34 (41,2)	87 (35,3)	121 (36,9)
F30-F39 Affektive Störungen	958 (46,2)	662 (46,9)	1.620 (46,5)
F40-F48 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	911 (45,6)	600 (45,8)	1.511 (45,7)
F50-F59 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	32 (42,3)	10 (48,1)	42 (43,7)
F60-F69 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	66 (37,7)	67 (41,6)	133 (39,6)

Tab. 2: Abgeschlossene ambulante Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe bei psychischen und Verhaltensstörungen Erwachsener, Deutsche Rentenversicherung 2010, Erstdiagnosen nach ICD-10

Diagnosen nach ICD-10	Frauen (Durchschnitts- alter in Jahren)	Männer (Durchschnitts- alter in Jahren)	Gesamt (Durchschnitts- alter in Jahren)
F70-F79 Intelligenzstörung	2 (40,5)	1 (50,0)	3 (43,7)
F80-F89 Entwicklungsstörungen	2 (42,0)	7 (34,3)	9 (36,0)
F90-F98 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	2 (32,0)	3 (28,7)	5 (30,0)

Quelle: Statistik der Deutschen Rentenversicherung – Rehabilitation 2010, Tab. 002.00 M

1.2 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

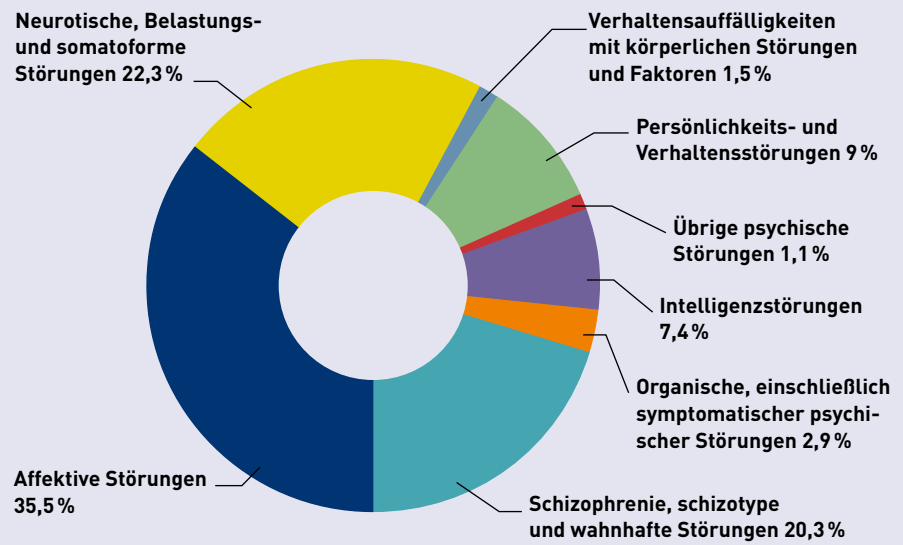
Im Jahr 2010 wurden von der gesetzlichen Rentenversicherung 16.809 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben aufgrund psychischer Störungen (ohne Abhängigkeitserkrankungen) durchgeführt, dies entspricht einem Anteil von 12,4 % an allen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (siehe Tabelle 3). Damit stehen die psychischen und Verhaltensstörungen auch in der Statistik der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nach den Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (50,7 %) an zweiter Stelle. Am häufigsten wurden Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben wegen affektiver Störungen (F30-F39, vorwiegend F32/F33) bewilligt, gefolgt von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (F40-48). An dritter Stelle stehen die Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen (F20-F29), siehe Abbildung 3. Die höchste Zahl an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben für eine Einzeldiagnose entfällt auf die Schizophrenie (F20).

Tab. 3: Abgeschlossene Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben bei psychischen und Verhaltensstörungen Erwachsener, Deutsche Rentenversicherung 2010, Erstdiagnosen nach ICD-10

Diagnosen nach ICD-10	Frauen (Durchschnitts- alter in Jahren)	Männer (Durchschnitts- alter in Jahren)	Gesamt (Durchschnitts- alter in Jahren)
A00-Z99 Alle Diagnosen	51.603 (45,4)	83.608 (44,5)	135.211 (44,8)
F00-F99 Psychische und Verhaltensstörungen (inklusive Abhängigkeitserkrankungen)	9.041 (43,8)	8.967 (43,7)	18.008 (43,8)
F00-F99 Psychische und Verhaltensstörungen (ohne Abhängigkeitserkrankungen)	8.728 (43,8)	8.081 (43,7)	16.809 (43,8)
F00-F09 Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	124 (44,6)	366 (45,5)	490 (45,3)
F20-F29 Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen	1.341 (43,3)	2.069 (41,3)	3.410 (42,1)
F30-F39 Affektive Störungen	3.610 (44,9)	2.362 (45,6)	5.972 (45,2)
F40-F48 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	2.142 (43,6)	1.610 (43,5)	3.752 (43,5)
F50-F59 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	181 (40,0)	71 (45,0)	252 (41,4)
F60-F69 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	782 (40,3)	737 (42,4)	1.519 (41,3)
F70-F79 Intelligenzstörung	490 (45,8)	755 (45,7)	1.245 (45,8)
F80-F89 Entwicklungsstörungen	25 (39,2)	40 (42,2)	65 (41,0)
F90-F98 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	31 (39,3)	62 (39,8)	93 (39,6)

Quelle: Statistik der Deutschen Rentenversicherung – Rehabilitation 2010, Tab. 003.00 B

Abb. 3: Diagnosespektrum bei den abgeschlossenen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben wegen psychischer und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (ohne Abhängigkeitserkrankungen), Deutsche Rentenversicherung 2010, n = 16.809

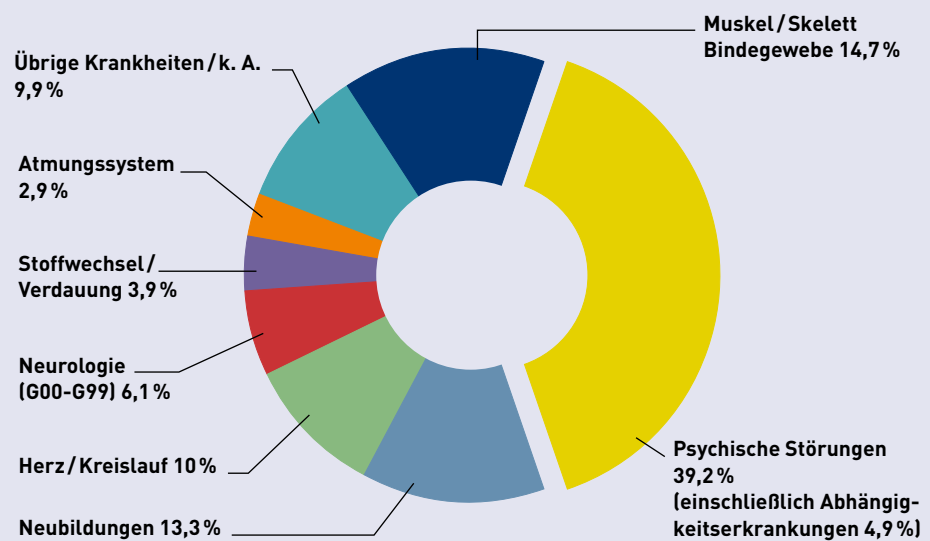


Quelle: Statistik der Deutschen Rentenversicherung – Rehabilitation 2010, Tab 003.00 B

1.3 Renten wegen Erwerbsminderung

Psychische und Verhaltensstörungen spielen bei den Erwerbsminderungsrenten eine immer größere Rolle. In der Rentenzugangstatistik der Deutschen Rentenversicherung aus dem Jahre 2010 wurden von 180.752 Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit über 70.000, also fast 40 %, wegen psychischer Störungen (einschließlich Abhängigkeitserkrankungen) bewilligt. Damit stehen die psychischen Störungen bei den Erwerbsminderungsrenten an erster Stelle, vor den Erkrankungen des Bewegungsapparates, den Neubildungen und den Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems (siehe Abbildung 4). Zwischen den Jahren 2000 und 2010 hat sich beim Zugang in die Erwerbsminderungsrente wegen psychischer und Verhaltensstörungen ein Anstieg um fast 38 % ergeben.

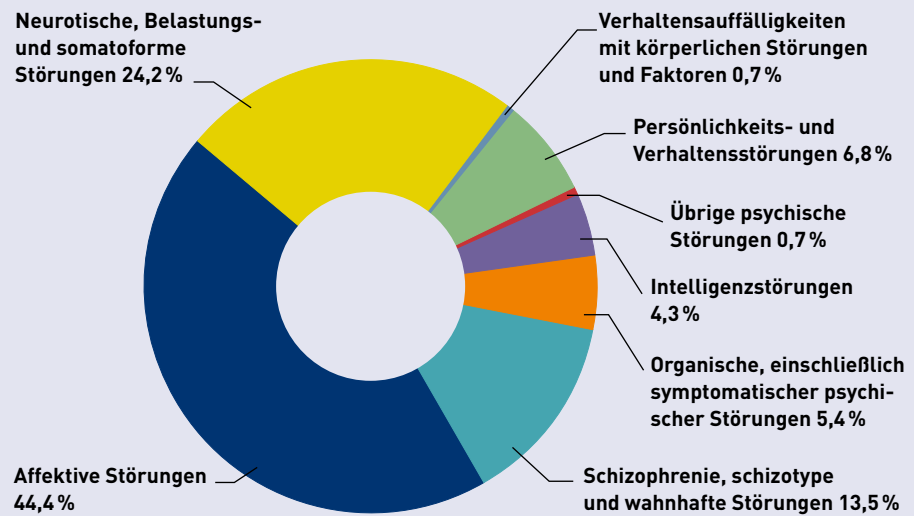
Abb. 4: Indikationsspektrum bei Renten wegen Erwerbsminderung, Deutsche Rentenversicherung 2010, n = 180.752



Quelle: Statistik der Deutschen Rentenversicherung – Rentenzugang 2010, Tab 220.01 Z und 220.02 Z

Unter den eine Erwerbsminderungsrente begründenden psychischen Störungen dominierten im Jahr 2010 die affektiven Störungen bei beiden Geschlechtern. Bei den Männern folgen an zweiter Stelle die in dieser Leitlinie nicht behandelten psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (n = 6.829), bei den Frauen die neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen, die bei den Männern erst an dritter Stelle stehen. Bei den Frauen liegen die Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen an dritter Stelle der Rentenzugangstatistik (nur psychische und Verhaltensstörungen). Das durchschnittliche Renteneintrittsalter liegt bei den psychischen und Verhaltensstörungen (ohne Abhängigkeitserkrankungen) bei 48,1 Jahren und damit niedriger als das durchschnittliche Renteneintrittsalter über alle Diagnosegruppen hinweg (siehe Abbildung 5, Tabelle 4).

Abb. 5: Diagnosenspektrum bei Renten wegen Erwerbsminderung bei psychischen und Verhaltensstörungen (ohne Abhängigkeits-erkrankungen), Deutsche Rentenversicherung 2010



Quelle: Statistik der Deutschen Rentenversicherung – Rentenzugang 2010, Tab 220.01 Z und 220.02 Z

Tab. 4: Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit bei psychischen und Verhaltensstörungen, Deutsche Rentenversicherung 2010, Erstdiagnosen nach ICD-10

Diagnosen nach ICD-10	Frauen (Durchschnitts- alter in Jahren)	Männer (Durchschnitts- alter in Jahren)	Gesamt (Durchschnitts- alter in Jahren)
A00-Z99 Alle Diagnosen	85.989 (49,8)	94.763 (50,9)	180.752 (50,4)
F00-F99 Psychische und Verhaltensstörungen (inklusive Abhängigkeitserkrankungen)	39.248 (48,6)	31.698 (48,0)	70.946 (48,3)
F00-F99 Psychische und Verhaltensstörungen (ohne Abhängigkeitserkrankungen)	37.289 (48,6)	24.869 (47,6)	62.158 (48,2)
F00-F09 Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	1.210 (50,0)	2.119 (50,5)	3.329 (50,3)
Darunter:			
F06 Andere psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit	530 (49,1)	796 (50,5)	1.326 (49,9)
F07 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns	339 (48,3)	808 (48,2)	1.147 (48,2)
F20-F29 Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen	3.787 (44,5)	4.589 (40,4)	8.376 (42,3)
Darunter:			
F20 Schizophrenie	2.459 (43,9)	3.543 (39,2)	6.002 (41,1)
F25 Schizoaffective Störungen	969 (44,8)	662 (43,6)	1.631 (44,3)
F30-F39 Affektive Störungen	18.041 (50,5)	9.547 (50,8)	27.588 (50,6)
Darunter:			
F31 Bipolare affektive Störung	941 (46,5)	629 (47,6)	1.570 (46,9)
F32 Depressive Episode	7.141 (50,9)	4.109 (51,5)	11.250 (51,1)
F33 Rezidivierende depressive Störungen	8.954 (50,4)	4.271 (50,7)	13.225 (50,5)
F34 Anhaltende affektive Störungen	951 (51,8)	484 (50,7)	1.435 (51,4)

Tab. 4: Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit bei psychischen und Verhaltensstörungen, Deutsche Rentenversicherung 2010, Erstdiagnosen nach ICD-10

Diagnosen nach ICD-10	Frauen (Durchschnitts- alter in Jahren)	Männer (Durchschnitts- alter in Jahren)	Gesamt (Durchschnitts- alter in Jahren)
F40-F48 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	10.151 (48,9)	4.912 (49,2)	15.063 (49,0)
Darunter:			
F40 Phobische Störung	621 (46,7)	367 (45,4)	988 (46,2)
F41 Andere Angststörungen	2.593 (49,9)	1.217 (49,2)	3.810 (49,7)
F43 Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	3.016 (48,2)	1.527 (50,1)	4.543 (48,8)
F45 Somatoforme Störungen	3.090 (50,4)	1.297 (50,2)	4.387 (50,3)
F48 Andere neurotische Störungen	353 (50,6)	170 (50,4)	523 (50,5)
F50-F59 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	318 (43,8)	106 (46,9)	424 (44,6)
Darunter:			
F50 Essstörungen	208 (40,2)	42 (43,8)	250 (40,8)
F54 Psychologische Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	60 (51,8)	40 (49,0)	100 (50,7)
F60-F69 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	2.437 (41,8)	1.793 (43,8)	4.230 (42,6)
Darunter:			
F60 Spezifische Persönlichkeitsstörungen	1.801 (40,8)	1.113 (43,0)	2.914 (41,6)
F63 Abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle	33 (51,1)	52 (47,4)	85 (48,8)
F70-F79 Intelligenzstörung	1.174 (44,0)	1.484 (44,1)	2.658 (44,1)
Darunter:			
F70 Leichte Intelligenzminderung	535 (43,1)	660 (44,0)	1.195 (43,6)
F80-F89 Entwicklungsstörungen	74 (41,5)	173 (39,9)	247 (40,4)
F90-F98 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	97 (43,4)	146 (42,8)	243 (43,0)
Darunter:			
F90 Hyperkinetische Störungen	29 (43,1)	34 (39,9)	63 (41,4)

Quelle: Statistik der Deutschen Rentenversicherung – Rentenzugang 2010

2. Bio-psycho-soziales Modell und ICF

Die WHO hat 2001 empfohlen, die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF, International Classification of Functioning, Disability and Health) im Bereich des Gesundheitswesens einzusetzen. Neben dem diagnosebezogenen medizinischen Dokumentationssystem ICD (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) wurde damit eine neue Klassifikation eingeführt, der das bio-psycho-soziale Modell von Krankheit und Gesundheit zu Grunde liegt.

Danach lässt sich Behinderung nicht nur durch medizinisch erfassbare Defizite oder durch Benennen von verbliebenen Fähigkeiten charakterisieren. Für die ganzheitliche Beschreibung von Gesundheit oder Behinderung ebenso wichtig sind die Aktivitäten und die Möglichkeit einer Person, am Leben in der Gesellschaft teilzuhaben. Diese Faktoren können durch gesellschaftliche Rahmenbedingungen positiv und negativ beeinflusst werden.

Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit einer Person sollen durch die international standardisierte Sprachregelung der ICF besser beschrieben werden. Die umfangreiche Erfassung von Komponenten der Gesundheit einer Person soll unter anderem dazu beitragen, Rehabilitationsmöglichkeiten besser nutzen zu können und die sektorenübergreifende Versorgung von Menschen zu optimieren.

Konzept und Begriffssystem der ICF haben bereits im Jahr 2001 in Deutschland ihren Niederschlag im Sozialgesetzbuch „Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen“ (SGB IX) gefunden.

Die Implementierung der ICF in die sozialmedizinische Praxis erfordert jedoch eine weitere Differenzierung und Operationalisierung sowie eine Abstimmung im Expertenkreis. Die Anwendung und Umsetzung der ICF im klinischen Alltag ist aktuell noch unzureichend; die Diskussion in Wissenschaft und Praxis über die Anwendung, Umsetzung und Reichweite der ICF ist noch nicht abgeschlossen. Konzept und Sprache der ICF haben sich bereits in verschiedenen Bereichen der Gesundheitsversorgung etabliert, die Kodierung der ICF findet dagegen eher projektbezogen beziehungsweise dem konkreten Einsatzgebiet entsprechend in modifizierter Form Anwendung.

Auf der Ebene der Körperfunktionen und -strukturen der ICF sind die psychischen Funktionen nicht eigenständig als solche aufgeführt, sondern den Körperfunktionen zugeordnet. Psychische und Verhaltensstörungen betreffen primär das zentrale Nervensystem und die damit verbundenen mentalen Funktionen wie Stimmung, Antrieb, Wahrnehmung, Orientierung, Denken, Konzentration und Gedächtnis sowie komplexere Funktionen wie Selbstwahrnehmung und Krankheitseinsicht (siehe auch psychischer Befund, 5.4.7). Häufige Begleiterscheinungen psychischer Störungen sind auch Veränderungen von Schlaf, Appetit und allgemeinem Energieniveau. Bei manchen psychischen Störungen können typische organische Folgeerkrankungen auftreten, beispielsweise Zahnschäden bei der Bulimie, Stoffwechsellentgleisungen bei der Anorexie oder multiple Narbenbildungen nach wiederholten Selbstverletzungen bei bestimmten Ausprägungen der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung. Immer sind mögliche organische Ursachen einer psychischen Auffälligkeit zu berücksichtigen, beispielsweise eine Schilddrüsenunterfunktion als Ursache einer (depressiv getönten) Antriebsminderung.

Auf der Ebene der Aktivitäten einer Person werden unter anderem das Ausmaß der bestehenden Beeinträchtigungen sowie das Profil der noch verbliebenen Fertigkeiten, Tätigkeiten und Ressourcen in Alltag und Beruf ermittelt.

Einschränkungen der Aktivitäten bei psychischen und Verhaltensstörungen können sich zum Beispiel im Bereich von Kommunikation, Lernen und Wissensanwendung, Selbstversorgung, Haushaltsaufgaben, interpersoneller Interaktionen und Beziehungen oder im Bereich der komplexen Aufgabenbewältigung am Arbeitsplatz (Umgang mit Stress, Zeitdruck, psychischen Anforderungen, Verantwortung, Schichtarbeit) ergeben. Aktivitäten können nach der ICF unter den Teilaspekten Leistungsfähigkeit und Leistung betrachtet werden: Dabei wird unter Leistungsfähigkeit (capacity) das maximale Leistungsniveau einer Person in einem Lebensbereich unter Testbedingungen oder hypothetischen Bedingungen wie Standard-, „Ideal“ – beziehungsweise „Optimal“bedingungen verstanden. Eine Leistung (performance) nach ICF ist die tatsächliche Durchführung einer Handlung oder Aufgabe in einem Lebensbereich unter realen Lebensbedingungen, insbesondere unter den gegenwärtigen Alltagsbedingungen der Person mit ihren bestehenden Förderfaktoren und Barrieren.

Die Begriffe „Leistung“ und „Leistungsfähigkeit“ sind abhängig vom Kontext der Verwendung unterschiedlich definiert. Für die sozialmedizinische Beurteilung der erwerbsbezogenen Leistungsfähigkeit wird die Leistungsfähigkeit (nach ICF) mit dem Anforderungsprofil eines konkreten (zum Beispiel gegenwärtige Tätigkeit) oder abstrakten (allgemeiner Arbeitsmarkt) Arbeitsfeldes abgeglichen. Beide Gesichtspunkte, der der Leistungsfähigkeit und der der Leistung, sind daher für die Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben von Bedeutung.

Die Teilhabe betrifft Fragen der Eingliederung, des Einbezogenenseins oder der Beteiligung an Lebensbereichen mit der Möglichkeit, selbstbestimmt zu handeln oder Anerkennung zu finden. Zu den Lebensbereichen zählen unter anderem Ausbildung, Arbeits- oder Erwerbstätigkeit, Partnerschaft, Familie und Haushaltsführung sowie Freizeit und Benutzung von Verkehrsmitteln. Eine Einschränkung der Teilhabe kann sich zum Beispiel aus beruflichem Abstieg, Arbeitsplatzverlust, sozialer Isolierung und Stigmatisierung oder Verlust sozialer Unterstützung ergeben und ihrerseits wiederum – gerade im Hinblick auf die Entwicklung psychischer Störungen – zu einem gesundheitlichen Risiko werden.

In Ergänzung zu der Ebene der Aktivitäten und Teilhabe werden in der ICF Kontextfaktoren (Umwelt- und personbezogene Faktoren) eingeführt. Sie umfassen einerseits Faktoren, die die Teilhabe beeinträchtigen beziehungsweise verhindern (Barrieren) und andererseits solche Faktoren, die die Teilhabe trotz des gesundheitlichen Problems ermöglichen oder erleichtern (Förderfaktoren). Zu den Kontextfaktoren zählen unter anderem die Verfügbarkeit von Hilfsmitteln, die Beschaffenheit des Arbeitsplatzes (zum Beispiel Publikumsverkehr, psychische Belastung, Arbeitsorganisation), der Zugang zu Dienstleistungen des Gesundheitswesens und die Unterstützung durch Hilfspersonen oder durch Verbände und Vereine (zum Beispiel Selbsthilfegruppen).

Individuelle und gesellschaftliche Wertvorstellungen hinsichtlich Gesundheit, Krankheit und Leistungsfähigkeit sind als Kontextfaktoren für die sozialmedizinische Bewertung gleichfalls von Bedeutung.

Wesentliche Inhalte sozialmedizinischer Gutachten, die für die Deutsche Rentenversicherung erstellt werden, insbesondere die sozialmedizinische Prognose, können aktuell wegen unzureichender Kodierungsmöglichkeiten nicht differenziert in der ICF abgebildet werden. Der für die ICF unabdingbare Gebrauch von Beurteilungsmerkmalen ist noch nicht hinreichend geklärt. Darüber hinaus sind Items wie der Beruf, das Leistungsvermögen in der bisherigen Tätigkeit oder auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt, das quantitative Leistungsvermögen oder beispielsweise die Fähigkeit, mehr als 500 Meter in weniger als 20 Minuten zurücklegen zu können, mit der ICF nicht ohne Weiteres zu verschlüsseln. Prognostische Faktoren können mit der ICF ebenfalls nicht berücksichtigt werden. Jedoch existieren bereits einige ICF-konforme Erhebungsinstrumente, wie zum Beispiel das Mini-ICF-Rating für Aktivitäts- und Partizipationsstörungen bei psychischen Erkrankungen (Mini-ICF-APP, Linden et al. 2009, siehe 5.3.5) oder der Fragebogen für die Selbstbeurteilung von Aktivitäten und Teilhabe bei psychischen Störungen (ICF AT 50-Psych, Nosper 2007).

3. Allgemeine Qualitätskriterien für sozialmedizinische Gutachten der gesetzlichen Rentenversicherung

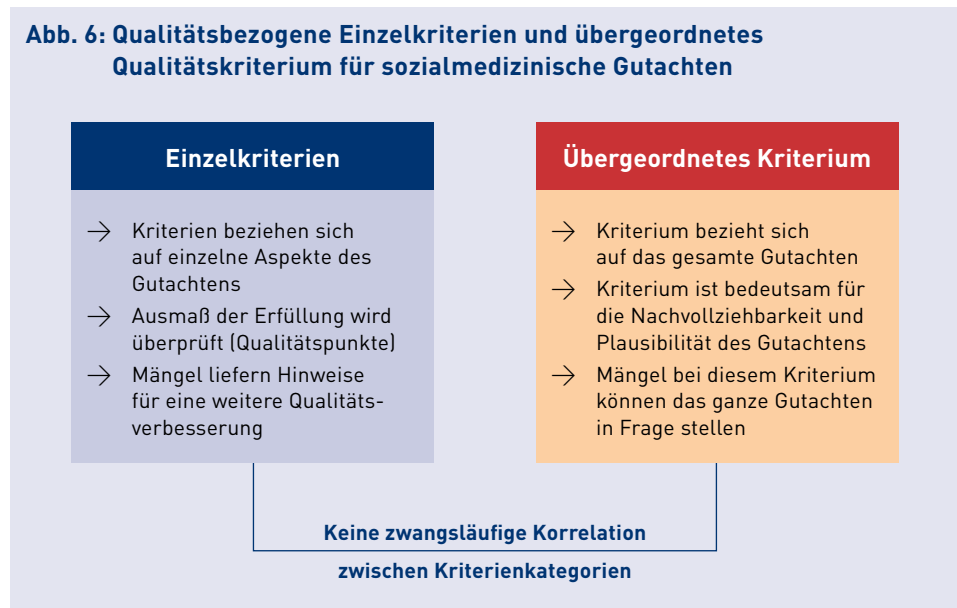
Die Umsetzbarkeit der Aussagen sozialmedizinischer Gutachten in Entscheidungen auf Verwaltungs- oder Sozialgerichtsebene hängt maßgeblich von der Erfüllung bestimmter qualitativer Mindestanforderungen ab. Die Qualität sozialmedizinischer Gutachten für die Deutsche Rentenversicherung soll zukünftig unter Einsatz eines Peer Review-Verfahrens überprüft und kontinuierlich verbessert werden. Tabelle 5 ist dem Sachstandsbericht und Manual zum Forschungsprojekt zur Qualitätssicherung der sozialmedizinischen Begutachtung entnommen und beinhaltet die wesentlichen diesbezüglichen Grundlagen. Die aufgeführten Kriterien sind in jedem sozialmedizinischen Gutachten, das im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung erstellt wird, unabhängig vom jeweiligen Fachgebiet zu berücksichtigen. Dabei werden ein übergeordnetes Kriterium und mehrere Einzelkriterien unterschieden.

Tab. 5: Qualitätskriterien zur Erfassung der Qualität von sozialmedizinischen Gutachten in der gesetzlichen Rentenversicherung

Bezeichnung des Qualitätskriteriums	Merkmale und Prüfinhalte
Einzelkriterien	<ul style="list-style-type: none"> → Kriterien beziehen sich auf einzelne Aspekte des Gutachtens → Mängel liefern Hinweise für fortlaufende Qualitätsverbesserung
Formale Gestaltung	Geprüft werden die Einhaltung der formalen Anforderungen an das Gutachten gemäß den Gliederungsvorgaben der DRV-Schrift (Band 21) sowie die Verwendung des einheitlichen Formularsatzes der Deutschen Rentenversicherung, bestehend aus Deckblatt und Schlussblatt Teil 1 und Teil 2.
Verständlichkeit	Geprüft werden die sprachliche Darstellung des Gutachtens sowie der Umgang mit medizinischer Fachsprache und sozialrechtlichen Begriffen und Aussagen.
Transparenz	Geprüft wird, inwieweit die verwendeten Verfahren, Methoden und Instrumente beschrieben werden und die Kriterien zur Beurteilung der Befunde im Gutachten dargelegt sind, ferner, ob die Herkunft von anamnestischen Informationen und Befunden erkennbar ist.
Vollständigkeit	Geprüft wird, inwieweit Anamnese, Befunde, Diagnosen und Epikrise vollständig dargestellt und die sozialmedizinischen Fragestellungen vollständig beantwortet sind.
Medizinisch-wissenschaftliche Grundlagen	Geprüft wird, inwieweit der allgemein anerkannte Stand medizinischer Erkenntnisse eingehalten wird und die Begutachtungsliteratur der Deutschen Rentenversicherung berücksichtigt wird.
Wirtschaftlichkeit	Geprüft wird, inwieweit Verfahren, Methoden und Instrumente der Diagnostik geeignet und notwendig waren und inwieweit der Gutachter Sinn und Zweck einer Untersuchung ersichtlich gemacht hat und in der Epikrise auch Schlüsse daraus zieht.
Übergeordnetes Kriterium	<ul style="list-style-type: none"> → Kriterium bezieht sich auf das gesamte Gutachten → Mängel bei diesem Kriterium können das ganze Gutachten in Frage stellen
Nachvollziehbarkeit	Geprüft wird die Argumentationskette, das heißt die logische Verknüpfung der verschiedenen Begutachtungsschritte und schlüssige Herleitung der sozialmedizinischen Beurteilung der Leistungsfähigkeit. Die Zielgrößen sind die sozialmedizinische Beurteilung der quantitativen und qualitativen Leistungsfähigkeit, von Beginn und Dauer der Leistungsminderung sowie des Reha-Bedarfs. Geprüft wird auch die Einhaltung des Neutralitätsgebotes.
Quelle: Deutsche Rentenversicherung Bund (Herausgeber): Qualitätssicherung der sozialmedizinischen Begutachtung – Bericht zur Umsetzung des „Qualitätssicherungsverfahrens der sozialmedizinischen Begutachtung“ – Sachstand. Manual zum Peer Review-Verfahren. Berlin, April 2011	

Die Abbildung 6 verdeutlicht die Unterschiede und Zusammenhänge zwischen den Einzelkriterien und dem übergeordneten Qualitätskriterium in sozialmedizinischen Gutachten. Das übergeordnete Kriterium der Nachvollziehbarkeit bezieht sich immer auf das gesamte Gutachten und ein Mangel in diesem Kriterium stellt dessen Brauchbarkeit insgesamt in Frage. Mängel in einem Einzelkriterium oder mehreren Einzelkriterien müssen hingegen – je nach Ausprägung – nicht unbedingt die Verwertbarkeit des Gutachtens generell in Frage stellen. Eine kausale Verknüpfung zwischen übergeordnetem Kriterium und Einzelkriterien besteht nicht.

Abb. 6: Qualitätsbezogene Einzelkriterien und übergeordnetes Qualitätskriterium für sozialmedizinische Gutachten



4. Sozialmedizinische Beurteilung des Leistungsvermögens im Erwerbsleben

Die sozialmedizinische Beurteilung des Leistungsvermögens im Erwerbsleben im Auftrag der gesetzlichen Rentenversicherung ist eine wesentliche Entscheidungsgrundlage bei Anträgen auf Leistungen zur Teilhabe sowie auf Renten wegen Erwerbsminderung. Darüber hinaus stellt sie auch eine wichtige ärztlich-gutachterliche Aufgabe im Rahmen der Durchführung einer Leistung zur Teilhabe dar. Eine Besonderheit ergibt sich hier für den in der medizinischen Rehabilitation tätigen Arzt durch die Einnahme der Rolle des Behandlers und zugleich des Gutachters.

Krankheiten und Behinderungen können körperliche und psychische Funktionen mehr oder weniger stark beeinträchtigen. Für die Rentenversicherung sind sozialmedizinisch vor allem die Auswirkungen von Gesundheitsstörungen relevant, die einen Versicherten dauerhaft oder über einen längeren Zeitraum (mehr als sechs Monate) bei der Ausübung seiner Erwerbstätigkeit erheblich behindern.

Maßgebend für die sozialmedizinische Beurteilung des Leistungsvermögens ist bei psychischen Störungen – ebenso wie bei primär somatisch begründeten Erkrankungen – nicht die konkrete Diagnose, sondern Art, Umfang und Dauer der Symptomatik und deren Auswirkung auf die Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben.

Auch das Vorliegen bestimmter Feststellungen aus anderen Rechtsgebieten (Grad der Behinderung – GdB, Grad der Schädigungsfolgen – GdS, gesetzliche Betreuung oder Unterbringung im Maßregelvollzug) bedeutet nicht zwingend eine Minderung der Erwerbsfähigkeit im Sinne der Rentenversicherung.

Die Beurteilung, ob die Leistungsfähigkeit durch Rehabilitation bedeutsam gesteigert werden kann – Entwicklung und Ausnutzung der „Reservekapazität“ – ist ebenfalls Bestandteil jedes sozialmedizinischen Gutachtens für die Rentenversicherung. Die Reservekapazität ist als Begriff in der ICF beispielsweise nicht enthalten, sie ist jedoch für die Begutachtung des Leistungsvermögens im Erwerbsleben von zentraler Bedeutung.

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

Die sozialmedizinische Beurteilung des Leistungsvermögens im Erwerbsleben beinhaltet einen qualitativen und einen quantitativen Anteil. Innerhalb der qualitativen Beurteilung wird zwischen positivem und negativem Leistungsvermögen differenziert: Das positive Leistungsvermögen umfasst die zumutbare körperliche Arbeitsschwere, Arbeitshaltung und Arbeitsorganisation. Das negative Leistungsvermögen bezieht sich auf die Fähigkeiten, die krankheitsbedingt oder behinderungsbedingt beziehungsweise wegen der Gefahr einer gesundheitlichen Verschlimmerung beeinträchtigt oder sogar aufgehoben sind. Das quantitative Leistungsvermögen gibt den zeitlichen Umfang an, in dem eine Erwerbstätigkeit unter Berücksichtigung des qualitativen Leistungsvermögens arbeitstäglich ausgeübt werden kann, siehe auch 5.4.13.

Für die Prüfung eines Anspruchs auf Rente wegen Erwerbsminderung wird zum quantitativen Leistungsvermögen eine auf die tägliche Regelarbeitszeit bezogene Angabe aus den drei möglichen Kategorien „6 Stunden und mehr“, „3 bis unter 6 Stunden“ und „unter 3 Stunden“ benötigt. Die Kategorien „vollschichtig“, „halb- bis unter vollschichtig“, „2 Stunden bis unter halbschichtig“ und „aufgehobenes Leistungsvermögen“ sind nur noch den Fällen zu Grunde zu legen, in denen das Leistungsvermögen nach dem bis 31. Dezember 2000 geltenden Recht der §§ 43 und 44 SGB VI zu beurteilen ist, siehe 7.1.

5. Spezielle Aspekte der sozialmedizinischen Beurteilung von Menschen mit psychischen Störungen

5.1 Indikation zur fachärztlichen Begutachtung

Die sozialmedizinische Beurteilung von Versicherten mit psychischen Störungen ist äußerst komplex. Eine umfassende sozialmedizinische Begutachtung erfordert daher immer eine mehrdimensionale Betrachtungsweise entsprechend dem bio-psycho-sozialen Konzept der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF). Je nach Schweregrad, Chronifizierung, Komorbidität und Vorhandensein von mobilisierbaren persönlichen und sozialen Ressourcen beziehungsweise von entsprechenden Barrieren (positiv oder negativ wirkenden Kontextfaktoren) resultieren sehr unterschiedliche Beeinträchtigungen von Aktivitäten und Teilhabe infolge psychischer Störungen. Universal gültige und ausschließlich an Diagnosekategorien orientierte Aussagen zum individuellen Leistungsvermögen sind daher nicht möglich.

Nicht nur von den fachärztlichen Experten, sondern von jedem Gutachter wird die Berücksichtigung auch der psychischen Aspekte von individueller Leistungsfähigkeit, Beeinträchtigung der Teilhabe sowie Ressourcen verlangt. Bei der Feststellung der Leistungsfähigkeit sowie bei der Prüfung von Rehabilitationsbedürftigkeit, -fähigkeit und -prognose sind diagnoseübergreifende Aspekte zu berücksichtigen, die sich oft wechselseitig beeinflussen beziehungsweise überschneiden.

Begutachtungen auf dem Gebiet der Psychiatrie und Psychotherapie beziehungsweise Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie sind insbesondere in den Fällen angebracht, bei denen im Rahmen der allgemeinärztlichen beziehungsweise sonstigen fachärztlichen Untersuchung deutliche 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 (zum Beispiel Tranquilizer, Antidepressiva, Stimmungsstabilisierer, Neuroleptika) besteht. Gibt es fremdanamnestisch Hinweise auf ausgeprägte Stimmungsschwankungen, Suizidalität, sozialen Rückzug, Aggressivität, Selbstbeschädigungen oder wiederholte Krisensituationen, kann ebenfalls eine psychiatrisch-psychotherapeutische Begutachtung erforderlich sein.

5.2 Schnittstelle zwischen Krankenbehandlung und Rehabilitation

Durch die Weiterentwicklung der medikamentösen Behandlungsmöglichkeiten, die Verbesserung des therapeutischen Milieus in psychiatrisch-psychotherapeutischen und psychosomatischen Kliniken sowie eine verbesserte fachärztliche und psychotherapeutische ambulante Versorgung psychisch kranker Menschen hat sich die Prognose psychischer Störungen in den letzten Jahrzehnten grundlegend verbessert. Auch die Erweiterung des Leistungsspektrums der gesetzlichen Krankenversicherung um die ambulante Soziotherapie kann zur besseren Integration psychisch kranker Menschen beitragen.

Von erheblicher Relevanz für Gutachter, Therapeuten, Leistungs- und Kostenträger, aber letztendlich auch für die Betroffenen selbst, ist die Unterscheidung von Krankenbehandlung gemäß SGB V und Rehabilitation nach SGB IX. Die im Sozialgesetzbuch festgelegte Aufgabenteilung zwischen gesetzlicher Krankenversicherung und gesetzlicher Rentenversicherung bei der Behandlung von Menschen mit psychischen Störungen hat es notwendig gemacht, Kriterien für die Zuordnung zum jeweiligen Versorgungssektor zu entwickeln.

Auch eine jahrelang unbehandelt fortbestehende und somit zwangsläufig chronifizierte psychische Erkrankung, beispielsweise eine manifeste Angststörung mit ihren Auswirkungen, ist häufig einer Krankenbehandlung zugänglich und sollte nicht nur und nicht an erster Stelle an Rehabilitation oder gar Berentung wegen Erwerbsminderung denken lassen. Oftmals sind Menschen mit einer unbehandelten psychischen Störung auch gar nicht in der Lage, an einer auf die Teilhabe am Erwerbsleben ausgerichteten Rehabilitationsleistung Erfolg versprechend teilzunehmen. Dieser Umstand ist bei der Beurteilung von Rehabilitationsfähigkeit und -prognose unbedingt zu berücksichtigen, auch um den Betroffenen unnötige Frustrationen und Versagenserlebnisse zu ersparen. Die vielfach bestehenden Wartezeiten auf ambulante Psychotherapie oder einen Termin beim Facharzt dürfen nicht als Argument für die Bewilligung einer Leistung zur Teilhabe durch die Rentenversicherung herangezogen werden: Rehabilitation als erste und möglicherweise einzige Intervention ist bei psychischen Störungen ebenso wenig angezeigt wie beispielsweise bei einer rheumatoïden Arthritis oder einem Diabetes mellitus.

Krankenbehandlung beziehungsweise Akutbehandlung beinhaltet primär die Behandlung von Krankheitsepisoden. Das Fachgebiet der Psychiatrie und Psychotherapie umfasst – ähnlich wie zum Beispiel die Rheumatologie oder die Diabetologie – von Beginn der Krankenbehandlung an immer auch rehabilitative Komponenten. 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 Kranken- beziehungsweise Akutbehandlung ist die möglichst weitgehende Rückbildung der das Erleben und Verhalten beherrschenden Symptomatik, verbunden mit der Erreichung eines Zustandsbildes von Kompensation und seelischer Stabilisierung. Dies sind Ziele, die erfahrungsgemäß zumeist nur über die Einbeziehung des Umfeldes (Kontextfaktoren), sowie die Exposition in dieses Umfeld erreicht und überprüft werden können. Es handelt sich hierbei um die für eine Krankenbehandlung unabdingbaren rehabilitativen Elemente.

In vielen Fällen können notwendige Therapien psychischer Störungen nur im besonderen Rahmen einer psychiatrisch- beziehungsweise 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 einbeziehenden diagnostischen Klärung. Die diagnostischen Resultate müssen während der Behandlung fortlaufend überprüft werden, um die Therapie jeweils dem aktuellen Erkenntnisstand anpassen zu können.

Personen mit einer psychischen Multimorbidität, die einer intensiven stationären Psychotherapie und Ersteinstellung oder Optimierung der medikamentösen Therapie bedürfen, können nur mit den Mitteln eines Krankenhauses behandelt werden, wie zum Beispiel bei einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ, verbunden mit einer Anorexie und sozialen Phobie. Gerade bei dieser Patientengruppe kommt es im Rahmen einer intensiven Psychotherapie häufig zu einer Problemaktualisierung mit krisenhaften Zuspitzungen, die nur im Rahmen eines stationären akupsykiatrischen Settings adäquat behandelt werden können.

Bei Leistungen zur Teilhabe im Sinne einer medizinischen oder beruflichen Rehabilitation steht hingegen die Auseinandersetzung mit der Krankheitsentwicklung, das heißt, mit den Folgen der Erkrankung und/oder den daraus resultierenden Beeinträchtigungen von Aktivitäten und Teilhabe im Vordergrund. Ziel der Rehabilitation im Auftrag der gesetzlichen Rentenversicherung ist es, gesundheitsbedingte Beeinträchtigungen der Teilhabe am Erwerbsleben zu mindern, indem die betroffene Person in ihrer Kompetenz zur Wahrnehmung und Nutzung vorhandener Ressourcen im Hinblick auf die (Re-)Integration in das Arbeitsleben unterstützt und ihr Selbstwirksamkeitserfahrungen ermöglicht werden. Die Bedeutung der Teilhabe am Erwerbsleben für soziale Integration und psychische Gesundheit lässt sich unter anderem daran ablesen, dass die höchsten Raten an psychischen Störungen unter Arbeitslosen gefunden werden.

Die Rehabilitation von Menschen mit psychischen Störungen dient 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 oder Behinderungen zu befähigen, am Erwerbsleben teilzuhaben und/oder ein möglichst „normales“ Alltagsleben zu führen. An der Erreichung dieses übergeordneten Ziels arbeitet gemeinsam mit den Rehabilitanden ein entsprechend spezialisiertes Reha-Team unter Leitung eines sozial- und rehabilitationsmedizinisch weitergebildeten Facharztes.

5.3 Grundlagen der Durchführung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Begutachtung

5.3.1 Psychische Störungen in der ICF

Der von der Rentenversicherung beauftragte Gutachter muss bei der Begutachtung von Menschen mit psychischen Störungen mit Hilfe seines medizinischen Fachwissens und seiner Erfahrung die verschiedenen Dimensionen der Erkrankung und der gesundheitlichen Ressourcen erfassen, differenziert herausarbeiten und kritisch hinterfragen, um sie dann in eine Angabe zum qualitativen und quantitativen Leistungsvermögen im Erwerbsleben zu übersetzen. 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.

Auch psychische Störungen werden in der ICF auf der Ebene der Körperfunktionen und Körperstrukturen eingeordnet. Die Erkrankung und deren Folgesymptomatik einschließlich der manifesten mentalen Funktionseinbußen werden als Ergebnis sich wechselseitig beeinflussender somatischer, psychischer und sozialer Einflussfaktoren verstanden. So können unter anderem die folgenden „Körperfunktionen“ betroffen sein: Dimensionen der Persönlichkeit, emotionale

Funktionen, Funktionen der psychischen Energie und des Antriebs, Funktionen der Selbstwahrnehmung, höhere kognitive Leistungen und Denkfunktionen.

Auf der Ebene der Aktivitäten werden mögliche Aufgaben oder Handlungen des Individuums beschrieben, deren Durchführung weitgehend von der Integrität spezifischer Körperfunktionen und -strukturen abhängt. Dabei können die Aktivitäten sowohl unter dem Aspekt der Leistung unter den gegenwärtigen Alltagsbedingungen (einschließlich tatsächlicher Förderfaktoren und Barrieren, „performance“) als auch im Hinblick auf die Leistungsfähigkeit – also des „maximalen“ Leistungsvermögens unter Idealbedingungen, „capacity“ – betrachtet werden. Beeinträchtigungen bei psychischen Störungen können sich so beispielsweise auf die psychische Belastbarkeit, auf interpersonelle Kontakte, auf Problemlösefähigkeit und Entscheidungsfindung, auf Umstellungsfähigkeit (zum Beispiel auf eine neue Berufssituation) und auf Krankheitsbewältigung beziehen.

Aus psychischen Funktionseinschränkungen und Aktivitätsbeeinträchtigungen resultieren möglicherweise auch Beeinträchtigungen der „Teilhabe“. Dabei können unter anderem psychische Unabhängigkeit und soziale Integration, aber auch die wirtschaftliche Eigenständigkeit betroffen sein.

Beeinträchtigungen von Aktivitäten und Teilhabe können sich jedoch nicht nur aufgrund der psychischen Symptomatik einstellen, sondern werden auch durch negative Kontextfaktoren beziehungsweise psychosoziale Konsequenzen der Erkrankung hervorgerufen, wie beispielsweise beruflicher 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 den Ebenen 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 Teilhabe eines Menschen fördern oder behindern können. Hier wird der Betroffene aus der Perspektive des Subjektes in Gesellschaft und Umwelt wahrgenommen. Während die Umweltfaktoren bereits in der ICF differenziert sind, steckt die systematische Untergliederung personbezogener Faktoren noch in den Anfängen und ist mit zahlreichen methodischen und ethischen Problemen behaftet. Bei psychischen Erkrankungen können sich relevante Kontextfaktoren auf persönliche Unterstützung und tragfähige Beziehungen, beispielsweise im Familien-, Freundes- und Bekanntenkreis, aber auch auf die individuelle Arbeitssituation sowie persönliche Einstellungen und Wertesysteme beziehen.

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. Dies können beispielsweise die Integration eines Betroffenen in eine Sportgruppe oder die Aufnahme regelmäßiger Gespräche mit einer Vertrauensperson aus dem betrieblichen oder privaten Umfeld sein. Umgekehrt kann allerdings auch zutreffen, dass sich bereits scheinbar kleinere Veränderungen in den Umweltfaktoren in schwerwiegender Weise destabilisierend auswirken. Es kann ein und derselbe klinische Befund auf der Ebene der Psychopathologie unter dem Einfluss verschiedener Kontextfaktoren zu durchaus unterschiedlichen Ergebnissen in der sozialmedizinischen Beurteilung führen.

Bei der gutachterlichen Beurteilung im Rahmen von beantragten Leistungen zur Teilhabe oder im Rahmen der Überprüfung des Leistungsvermögens im Erwerbsleben ist zu beachten, dass auch bei klinisch eher gering ausgeprägten psychischen Störungen bereits eine Beeinträchtigung der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben drohen kann. Gestörte Selbstwertschätzung, inadäquate Krankheitsverarbeitung, mangelnde Resilienz gegenüber alltäglichen Belastungen oder Spannungen oder die Unfähigkeit zur Ausgestaltung des persönlichen Lebensumfeldes sind häufig mit Beeinträchtigungen der Teilhabe verbunden.

Individuelle Vorstellungen von Krankheit und Gesundheit sowie die Störung selbst modifizieren die subjektiv wahrgenommenen Beeinträchtigungen teilweise erheblich, sowohl im Sinne einer verstärkten Wahrnehmung (zum Beispiel bei einer depressiven Störung) als auch eines Wahrnehmungsdefizits (zum Beispiel bei einer Manie oder Schizophrenie) im Hinblick auf bestehende Beeinträchtigungen. Äußerungen krankheitsgeprägter subjektiver Wahrnehmungen des Probanden bezüglich des eigenen Leistungsvermögens sind bei der Einschätzung des Leistungsvermögens vom Gutachter kritisch zu hinterfragen.

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, Fixierung auf somatische Erkrankungen oder deren ängstliche, hypochondrische beziehungsweise wahnhaft-Verarbeitung zu nennen; das Gleiche gilt für drohende oder bereits eingetretene Beeinträchtigungen der Teilhabe, die erst durch diagnostische beziehungsweise therapeutische Interventionen, also iatrogen, entstanden sind. Erst die sorgfältige Erhebung und Zusammenschau aller relevanten körperlichen Befunde, des psychischen Befundes sowie der Verlaufscharakteristika einschließlich der Behandlungsanamnese erlauben hier eine angemessene Beurteilung des Leistungsvermögens.

Als Grundlage für die sozialmedizinische Beurteilung des Leistungsvermögens im Erwerbsleben und für die Empfehlung von Rehabilitationsleistungen sind vom Gutachter unter 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 Beeinträchtigungen in der Arbeitssituation selbst sind auch die mit der Arbeitstätigkeit eng verbundenen problematischen Situationen im sozialen und lebenspraktischen Bereich zu beschreiben.

5.3.2 Ärztliche Schweigepflicht und Datenschutz

Die Wahrung der ärztlichen Schweigepflicht, des Persönlichkeitsschutzes und des Datenschutzes gehört zwar zu den Aufgaben des Gutachters, es ist dabei aber zu berücksichtigen, dass sozialmedizinische Gutachten Bestandteil eines Verwaltungsverfahrens sind, vom Versicherten auf Antrag eingesehen und später – zum Beispiel in einem Sozialgerichtsverfahren – teilweise öffentlich werden können. Der Proband ist vor der Begutachtung darauf hinzuweisen.

Das Gutachten muss zwar alle für die Diagnosestellung und die Beurteilung der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben erforderlichen Aspekte enthalten. Auf die Wiedergabe detaillierter persönlicher Informationen des Probanden, die dieser nicht öffentlich machen möchte, muss im Zweifelsfall verzichtet werden.

Wenn ein Proband allerdings der Wiedergabe für den Zweck der Gutachtenerstellung wesentlicher Aspekte widerspricht, so dass die Aufgabenstellung des

Gutachtens nicht mehr erfüllt werden kann, muss der Gutachter den Probanden darauf hinweisen, dass das Gutachten ohne diese Informationen nicht erstellt und über seinen Leistungsanspruch nicht entschieden werden kann. Zudem muss der Gutachter gegenüber dem Auftraggeber darlegen, warum das Gutachten nicht erstellt werden kann.

5.3.3 Sprachliche Verständigung, Begleitperson bei Begutachtungen

Sofern sprachliche Verständigungsschwierigkeiten (Fremdsprache, Hörmindering) bestehen, ist die Hinzuziehung eines (Sprach- beziehungsweise Gebärdens-) Dolmetschers notwendig. Dabei sollten Familienangehörige sowohl zur Wahrung der Objektivität als auch zum Schutz der Vertraulichkeit keine Berücksichtigung finden. Gegen die Einbeziehung einer Begleitperson aus dem Familien- beziehungsweise Freundeskreis bei Probanden ohne ausreichende Deutschkenntnisse sprechen auch die häufig komplexen kulturellen Hintergründe, die im Einzelfall kaum überschaubar sind, siehe auch 5.3.4. Über die Notwendigkeit zur Beiziehung eines Dolmetschers entscheidet der Gutachter und holt dafür die Zustimmung des Auftraggebers ein.

Auch eine hochgradige Sehbehinderung kann den Ablauf einer Begutachtung beeinträchtigen, beispielsweise wenn psychodiagnostische Zusatzuntersuchungen in visueller Form durchgeführt werden sollen. Hier müssen alternative Möglichkeiten der Befunderhebung zum Einsatz kommen.

Befürchtungen und Sorgen bezüglich des Ablaufs und der Ergebnisse ärztlicher (sozialmedizinischer) Begutachtungen sind in der Bevölkerung verbreitet. Nicht selten wird die Unabhängigkeit von Gutachtern angezweifelt und aus diesem Grund eine Begleitperson gewünscht. Derartige Befürchtungen lassen sich seitens des Gutachters durch eine verständnisvolle Gesprächsführung und sorgfältige Information über Sinn und Inhalte des Gutachtens meist im Vorfeld der eigentlichen Begutachtung ausräumen, so dass diese auch ohne Anwesenheit Dritter möglich ist. Das Angebot eines gemeinsamen Gesprächs mit Proband und Begleitperson nach Abschluss der eigentlichen Begutachtung kann ebenfalls hilfreich sein, Vorbehalte und Ängste abzubauen.

Während sich die Anwesenheit einer Begleitperson bei einer Begutachtung wegen primär körperlicher Beeinträchtigungen und bei ausreichender sprachlicher Verständigungsmöglichkeit mit dem Probanden meist als weniger problematisch darstellt, verhält es sich bei Begutachtungen wegen psychischer beziehungsweise psychosomatischer Beschwerden komplizierter.

Der Ablauf der Begutachtung kann durch die Anwesenheit einer Begleitperson beeinflusst werden. Aus gutachterlicher Sicht ist die Anwesenheit einer Begleitperson während der psychiatrisch-psychotherapeutischen Begutachtung nur selten unerlässlich und in der Regel verzichtbar, sie kann sogar dem Zweck der Begutachtung zuwiderlaufen. Erleben und Verhalten sowie Art und Inhalt der Mitteilungen des Probanden werden durch die Begleitperson modifiziert. Infolge der spezifischen sozialen Einbindung ist mit selektiven Äußerungen des Probanden zu rechnen, sei es aus Scham, aus Angst oder aus Rücksicht auf die Gefühle der Begleitperson. Mitunter konstellieren sich in der Begutachtungssituation problematische Abhängigkeitsbeziehungen des Probanden, die zwar diagnostisch ebenfalls bedeutsam sein können, den Nachteil der Befangenheit des Probanden in der Untersuchungssituation jedoch nicht aufwiegen. Gelegentlich entspricht es auch nicht primär dem Wunsch des Probanden, zu einer Begutachtung begleitet zu werden, sondern es ist das Anliegen der entsprechenden Bezugsperson, nicht „außen vor gelassen“ zu werden oder sogar eigene Interessen vertreten zu können.

Demgegenüber werden in einer von einer vertrauensvollen Atmosphäre getragenen Begutachtungssituation zwischen Proband und Gutachter nicht selten erstmals kränkende oder sogar traumatische Erfahrungen aus dem sozialen Umfeld seitens des Probanden offenbart, wobei die Neutralität des Gutachters – also gerade auch die Unabhängigkeit von den sozialen Bezügen des Probanden – eine wichtige Rolle spielt.

Wenn durch die Anwesenheit einer Begleitperson bei der psychiatrisch-gutachterlichen Exploration die Gefahr besteht, dass Angaben verfälscht und die Verwertbarkeit des Gutachtens in Frage gestellt werden, so kann der Proband gemäß neuerer Rechtsprechung (Landessozialgericht Berlin-Brandenburg, Aktenzeichen L 31 R 1292/09 B) die Anwesenheit der Begleitperson nicht verlangen.

Dies bedeutet nicht den Verzicht auf fremdanamnestiche Erhebungen, sofern komplexere Fragestellungen vorliegen oder die Eigenanamneseerhebung störungsbedingt erschwert ist. Wenn möglich, sollten in die sozialmedizinische Beurteilung – unter Beachtung datenschutzrechtlicher Vorschriften – auch Informationen durch behandelnde Ärzte und gegebenenfalls Psychologen, Sozialarbeiter, Rehabilitationsberater, Arbeits- und Beschäftigungstherapeuten einfließen, gegebenenfalls auch solche von Angehörigen sowie bei speziellen Fragestellungen Angaben von Arbeitskollegen und Vorgesetzten.

5.3.4 Begutachtung von Versicherten mit Migrationshintergrund

Der Begriff der „Personen mit Migrationshintergrund“ schließt nicht nur die Zuwanderer selbst, sondern auch bestimmte ihrer in Deutschland geborenen Nachkommen ein. Dabei handelt es sich gemäß einer Definition des Statistischen Bundesamts Deutschland um Personen, die nach 1949 auf das heutige Gebiet der Bundesrepublik Deutschland zugezogen sind sowie alle in Deutschland geborenen Ausländer und alle in Deutschland Geborenen mit zumindest einem zugezogenen oder als Ausländer in Deutschland geborenen Elternteil. Der Anteil von Personen mit Migrationshintergrund betrug in Deutschland im Jahr 2010 fast 20%.

Die Begutachtung von Menschen mit Migrationshintergrund stellt den sozialmedizinischen Gutachter vor besondere Herausforderungen. Nicht nur die Beschwerdeschilderung bei körperlichen Krankheiten, sondern gerade auch Erleben und Verhalten bei Vorliegen psychischer Störungen sind oft deutlich kulturspezifisch geprägt. Hinzu kommen mögliche Sprachbarrieren (siehe auch 5.3.3), die eine psychiatrische Diagnostik erschweren können. Trotz dieser Schwierigkeiten muss die Begutachtung nach den gleichen Grundsätzen der Neutralität und Objektivität durchgeführt werden, wie sie für die gesamte Versichertengemeinschaft gelten, siehe auch 5.5 bis 5.7.

Die Varianz kulturspezifischer Besonderheiten im Erscheinungsbild psychischer Störungen ist beträchtlich. Beispielsweise werden in manchen Kulturkreisen psychische Beeinträchtigungen primär auf den Körper projiziert, unter anderem in Form von Schmerzen ohne entsprechende organische Grundlage. Die Beschreibungen sind nicht selten vage und verallgemeinernd („Mir tut alles weh“, „Ich bin ganz kaputt“). Diese Art der Beschwerdeschilderung kann auf den Gutachter demonstrativ-appellativ wirken, entspricht in diesem Falle jedoch lediglich dem kulturell üblichen Verständnis von Krankheit und Kranksein. Hier ist auch zu berücksichtigen, dass psychische Störungen in bestimmten Kulturkreisen weitaus stärker tabuisiert sind als in Deutschland, gelegentlich werden sie sogar mit „Besessenheit“ und anderen spirituellen Vorstellungen assoziiert, verknüpft mit einer passiv-schicksalsergebenden Haltung. Vor diesem Hintergrund sind sowohl Schamgefühle und ausgeprägte Ängste vor einer Begutachtung, als

auch Complianceprobleme hinsichtlich einer schulmedizinischen Behandlung nach westlichem Standard nachvollziehbar. Insbesondere Kriegsflüchtlinge und Asylanten haben häufig traumatische Situationen erlebt, was die Exploration ebenfalls erschweren kann. Aber auch der Migrantenstatus selber ist oftmals mit psychischen Belastungen wie der dauerhaften Trennung von nahen Angehörigen, sozialer Unsicherheit sowie häufiger mit Stigmatisierung seitens der Mehrheitsgesellschaft verbunden.

Hilfreich zum Verständnis der individuellen Problematik bei Migrationshintergrund sind eine ausführliche biografische, soziale und Arbeits-Anamnese sowie das Erfragen der aktuellen kulturellen und sozialen Einbindung. Sowohl eine Tendenz zu unangemessener Nachgiebigkeit vor dem Hintergrund des Migrantenstatus als auch eine Tendenz zu überzogener Härte, beispielsweise wegen einer demonstrativ anmutenden Beschwerdeschilderung, müssen in der Begutachtung vermieden werden.

Bei der Beurteilung des Leistungsvermögens im Erwerbsleben können mangelnde Deutschkenntnisse nicht per se im Sinne einer Leistungsminderung bewertet werden. Dieser Kontextfaktor erschwert zwar die berufliche Integration oftmals erheblich, eine Bedeutung im Hinblick auf die Beurteilung des Leistungsvermögens kommt ihm jedoch nur in den Fällen zu, in denen eine psychische Störung mit erheblichen Beeinträchtigungen (zum Beispiel von Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, Kontaktfähigkeit zu Dritten) den Erwerb der Fremdsprache Deutsch behindert hat. Der Gutachter muss hier eine sorgfältige Differenzierung vornehmen.

Zur Vertiefung relevanter transkultureller Aspekte der verschiedenen Herkunftssituationen sowie der speziellen Problematik bei der Begutachtung empfiehlt sich entsprechende Fachliteratur (zum Beispiel Hausotter, Schouler-Ocak, 2006).

5.3.5 Begutachungskriterien

Kriterien für die Begutachtung von Menschen mit psychischen Störungen im Auftrag der gesetzlichen Rentenversicherung müssen insbesondere die Funktionen und Aktivitäten berücksichtigen, die für die Teilhabe am Erwerbsleben maßgeblich sind. Eine umfassende und klar abgrenzende Darstellung der Begutachungskriterien, ihres Zusammenwirkens und ihrer Gewichtung im Einzelfall ist bei psychischen und Verhaltensstörungen oft deutlich schwieriger als bei somatischen Krankheiten. Zudem sind motivationale Aspekte auf Seiten des Probanden zu beachten. Die Überführung der in der Gutachtensituation verfügbaren Informationen in die sozialmedizinische Beurteilung stellt hohe Anforderungen an den Gutachter; ICF-basierte Assessments können den Begutachtungsprozess zwar unterstützen, ersetzen jedoch nicht die sozialmedizinische Kompetenz und gutachterliche Erfahrung.

Die Beurteilung der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben erfolgt anhand von Begutachungskriterien. Die Ausprägung der einzelnen Begutachungskriterien wird maßgeblich durch bestimmte Ausprägungen und Kombinationen verschiedener Aspekte des psychischen Befundes determiniert (unter anderem direkt oder indirekt gewonnene Erkenntnisse über kognitive, mnestiche, affektiv-emotionale, psychomotorische sowie integrative und komplexe psychische Funktionen).

Die sozialmedizinische Beurteilung kann sich jedoch nicht nur auf den aktuellen psychischen Befund stützen, sondern muss in der Zusammenschau aller erhobenen Befunde und Informationen erfolgen. Personenbezogene Kontextfaktoren wie Krankheits- und Alltagsbewältigung, soziale Kompetenz und Integration sind

ebenso in die Gesamtbeurteilung einzubeziehen wie psychische und somatische Komorbidität. Bei der „Übersetzung“ von psychischem Befund und weiteren Informationen in Fähigkeitsdimensionen beziehungsweise Begutachtungskriterien und in die Beurteilung des Leistungsvermögens kann die ICF eine wertvolle Unterstützung bieten.

Die Begutachtungskriterien bei psychischen und Verhaltensstörungen beziehen sich auf Fähigkeiten beziehungsweise Aktivitäten, die für die Teilhabe am Erwerbsleben von besonderer Bedeutung sind (nach Mini-ICF-APP, Linden et al., 2009):

- **Fähigkeit zur Anpassung an Regeln und Routinen**
- **Fähigkeit zur Planung und Strukturierung von Aufgaben**
- **Flexibilität und Umstellungsfähigkeit**
- **Fähigkeit zur Anwendung fachlicher Kompetenzen**
- **Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit**
- **Durchhaltefähigkeit**
- **Selbstbehauptungsfähigkeit**
- **Kontaktfähigkeit zu Dritten**
- **Gruppenfähigkeit**
- **Fähigkeit zu außerberuflichen Aktivitäten**
- **Fähigkeit zur Selbstpflege**
- **Wege- /Verkehrsfähigkeit**

Nicht alle der aufgeführten Fähigkeitsdimensionen sind für jede denkbare Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt gleich relevant. Während beispielsweise Durchhaltefähigkeit eine Grundvoraussetzung jeder regulären Vollzeittätigkeit darstellt, existieren durchaus Tätigkeiten, für deren Ausübung Gruppenfähigkeit oder Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit nicht zwingend erforderlich sind. Die gutachterliche Beurteilung muss daher immer auch in Kenntnis der individuellen Arbeitsplatzanforderungen erfolgen, um auf dieser Basis den Abgleich mit den vorhandenen Ressourcen des Probanden vornehmen zu können.

5.4 Aufbau und Inhalte des psychiatrisch-psychotherapeutischen Gutachtens

5.4.1 Sozialmedizinische Sachaufklärung

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 2009“ (Erstfassung 1997) und in „Das ärztliche Gutachten für die gesetzliche Rentenversicherung – Hinweise zur Begutachtung“ (Verband Deutscher Rentenversicherungsträger, VDR, 2001) niedergelegt sind.

Bezüglich der Inhalte und des Umfangs eines psychiatrisch-psychotherapeutischen Gutachtens sind die Erfordernisse im Einzelfall maßgeblich. Ziel ist eine prägnante, valide und nachvollziehbare sozialmedizinische Beurteilung und keine umfassende und abschließende Darstellung der gesamten Lebensgeschichte eines Probanden. Insofern sind die folgenden Gliederungspunkte als Orientierungsrahmen zu verstehen und nicht für jedes Gutachten sind alle aufgeführten Aspekte relevant.

Zur Beurteilung von Leistungsvermögen im Erwerbsleben, Rehabilitationsbedürftigkeit, Rehabilitationsfähigkeit und Rehabilitationsprognose von Versicherten mit psychischen Störungen ist neben den eigenen Angaben des Versicherten im Selbsteinschätzungsbogen ein Befundbericht vom behandelnden Arzt, Facharzt und/oder Psychotherapeuten heranzuziehen.

Insbesondere bei Begutachtungen im ambulanten Rahmen hat sich die Dokumentation der folgenden allgemeinen Informationen als hilfreich erwiesen:

- bereits vorhandene Unterlagen (zum Beispiel Befundberichte, Entlassungsberichte, Akte des Rentenversicherungsträgers mit Angabe des Umfangs und der zitierten Seiten)
- vom Probanden mitgebrachte Unterlagen
- Erreichen der Untersuchungsstelle durch den Probanden (Pkw, öffentliche Verkehrsmittel, Zeitbedarf, Pünktlichkeit, Begleitperson)
- Untersuchungsbeginn und -ende

5.4.2 Derzeitige Beschwerden, Krankheitsvorgeschichte, vegetative Anamnese

Dem Probanden sollte zu Beginn der Exploration ausreichend Gelegenheit gegeben werden, seine derzeitigen Beschwerden, ihren Verlauf und die subjektive Einschätzung des bisherigen Therapieerfolgs in freier Form zu schildern. Aus der Art, dem Umfang und den Inhalten der Beschwerdeschilderung können bereits erste Rückschlüsse auf die zugrundeliegende Problematik beziehungsweise die psychische Störung abgeleitet werden.

Die Erhebung der Krankheitsvorgeschichte beinhaltet die allgemeine Anamnese der körperlichen und psychischen Beschwerden und Erkrankungen einschließlich ihrer bisherigen Therapie (zum Beispiel Psychotherapie, Medikation), gegebenenfalls ergänzt durch fremdanamnestische Angaben. Dazu gehören unter anderem Angaben zu Beginn und Verlauf der Beschwerden, zu ambulanten und stationären Behandlungen insbesondere im Bereich von Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik sowie zu Unfällen und Berufskrankheiten. Darüber hinaus sind alle für die aktuelle Begutachtung relevanten Vorbefunde, Vorgutachten und Therapieberichte möglichst vollständig beizuziehen.

Die Erhebung der vegetativen Anamnese beinhaltet Angaben zu Schlaf, Appetit, Durst, Gewichtsverlauf, Ausscheidungs- und Sexualfunktionen sowie zu einer regelmäßigen oder gelegentlichen Medikamenteneinnahme und zum Konsum psychotroper Substanzen (Alkohol, Nikotin, illegale Drogen).

5.4.3 Familienanamnese

Für das psychiatrisch-psychotherapeutische Gutachten der Rentenversicherung sind vor allem Angaben zur familiären Belastung hinsichtlich psychischer Störungen von Bedeutung sowie zur familiären Belastung durch solche körperliche Krankheiten, die mit häufigen oder regelmäßigen Auswirkungen auf psychische Funktionen (beispielsweise Chorea Huntington, Morbus Parkinson) einhergehen.

5.4.4 Arbeits- und Sozialanamnese

Aus ihr sollten die sozialen und beruflichen Kontextfaktoren zu entnehmen sein, hierzu zählen:

5.4.4.1 Bildungs-, Berufs- und Arbeitsanamnese

- Schulbildung, schulische Probleme, höchster erreichter Schulabschluss, Berufswunsch
- Berufsausbildung mit/ohne Abschluss, Arbeitsbiografie: Gründe für eventuelle Berufswechsel, Umschulung
- jetzige Tätigkeit mit konkreter Beschreibung des Arbeitsplatzes, der Arbeitsinhalte und der -atmosphäre
- besondere psychische und physische Belastungen am Arbeitsplatz, betriebsärztliche Betreuung
- Weg zur Arbeitsstelle, Kfz-Führerschein
- Dauer und Begründung für Arbeitslosigkeit und Arbeitsunfähigkeit

5.4.4.2 Anamnese der sozialen Integration am Arbeitsplatz

- arbeitet die betroffene Person an einem Arbeitsplatz, an dem sich nur wenige oder sehr viele Kontakte zu anderen Menschen ergeben?
- sind die Arbeitsanforderungen für sie eher zu niedrig/zu hoch/zu monoton/zu unregelmäßig?
- unterhält die betroffene Person während der Arbeit regelmäßig Kontakt zu Kollegen und Kontakte zu Vorgesetzten?
- spricht sie Konflikte am Arbeitsplatz von sich aus an und versucht sie sie zu lösen?
- entzieht sie sich dem Kontakt zu Kollegen?
- bringt die betroffene Person ihre Interessen zum Ausdruck, versucht sie sie durchzusetzen, auf welche Weise?
- wird sie in Arbeitsabsprachen einbezogen?
- wird sie an Gesprächen (Unterhaltung) beteiligt?
- wird sie um ihre Meinung/ihren Rat gefragt?
- verfügt die betroffene Person über tätigkeitsbezogene Entscheidungs-, Verantwortungs- und Handlungsspielräume?
- bestehen für sie motivierende berufliche Perspektiven/Aufstiegschancen?

5.4.4.3 Selbsteinschätzung des beruflichen Leistungsvermögens

- wie schätzt die betroffene Person ihre eigene Leistungsfähigkeit ein, in Bezug auf die zuletzt ausgeübte berufliche Tätigkeit und in Bezug auf irgendeine Tätigkeit des allgemeinen Arbeitsmarktes?

5.4.4.4 Umstände der Antragstellung, bisherige Sozialleistungen

- warum wurde der Antrag gestellt und – gegebenenfalls – durch wen erfolgte die Aufforderung zur Antragstellung?
- bisheriger Erhalt von Sozialleistungen: zum Beispiel Leistungen zur Teilhabe (Rehabilitation), Rente, Krankengeld, Leistungen des Versorgungsamts (Grad der Behinderung, GdB), Rente der gesetzlichen Unfallversicherung (Grad der Schädigungsfolgen, GdS, bis 31.12.2008: MdE, Minderung der Erwerbsfähigkeit), Arbeitslosengeld (ALG), Grundsicherung für Arbeitsuchende (ALG II/Hartz IV), Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (Sozialhilfe)
- frühere und aktuelle weitere parallel laufende Anträge auf Sozialleistungen (unter anderem auf Leistungen zur Teilhabe, Rente, gegebenenfalls Rechtsmittelverfahren)

5.4.4.5 Familiäre und sonstige soziale Integration

- unterhält die betroffene Person Kontakt zu Angehörigen?
- hat sie Ablösungsschwierigkeiten von ihren Eltern? Wohnt sie als Erwachsene noch bei den Eltern?
- wie ist die Wohnsituation der betroffenen Person? Ist die betroffene Person in eine Wohngemeinschaft integriert? Unterhält sie Kontakte zu Nachbarn und anderen Personen im Wohngebiet?
- nimmt sie von sich aus Kontakte auf?
- spricht sie Konflikte mit Nachbarn oder anderen Personen an und trägt sie sie aus?
- wurden Partnerbeziehungen aufgebaut und wie sind sie verlaufen?
- lebt die betroffene Person getrennt vom (Ehe-)Partner/ist sie geschieden?
- erfährt sie Unterstützung durch ihren Partner/ihre Familie?
- spricht sie Konflikte in der Familie an und trägt sie sie aus?
- welche Aufgaben/Aktivitäten hat sie in Familie/Partnerschaft verantwortlich übernommen?

- Angaben zur familiären Situation und den damit verbundenen Belastungen und Ressourcen (beispielsweise pflegebedürftige Angehörige, Kinderbetreuung durch Angehörige)
- Selbsteinschätzung der Leistungsfähigkeit bezüglich familiärer Aufgaben und Verpflichtungen
- Vorhandensein, Umfang und Qualität des „sozialen Netzes“, fester Freundeskreis am Wohnort?
- Freizeitverhalten: Art und Umfang von Freizeitaktivitäten (zum Beispiel Hobbies, Vereinsmitgliedschaften, Sport, Haustiere)
- Teilnahme am öffentlichen Leben (zum Beispiel Vereine, Freizeit- und Bildungsangebote)

5.4.4.6 Lebenspraktische Fertigkeiten hinsichtlich selbstständiger Lebensführung

- wie weit kann die betroffene Person ihre persönlichen Interessen zum Ausdruck bringen und verwirklichen?
- besteht die Fähigkeit zur selbstständigen Körperpflege?
- kann sie sich ausreichend mit Lebensmitteln versorgen?
- ist sie in der Lage, selbstständig ihren Haushalt zu führen?
- ist die betroffene Person in der Lage, eigenverantwortlich ärztlich verordnete Medikamente einzunehmen?
- kann sie mit ihrem Einkommen haushalten?
- nimmt sie öffentliche Angebote wahr (zum Beispiel kulturelle und gesellige Veranstaltungen; psychosoziale Versorgung)?
- holt sie gegebenenfalls notwendige Informationen (zum Beispiel bei Behörden) ein?

5.4.4.7 Schilderung eines üblichen Tagesablaufs

Erfragen detaillierter Angaben des Probanden darüber, wie ein gewöhnlicher Tag bei ihm verläuft. Dadurch sind unter anderem Rückschlüsse möglich auf Tagesstrukturierung, berufliche Aktivitäten, Freizeitaktivitäten, körperliche Bewegung und Arbeit in Haus und Garten, Hobbies, soziale Integration und letztendlich auch allgemeine Belastbarkeit und Motivation.

Inkonsistenzen zwischen Freizeitaktivitäten und beruflichen Aktivitäten werden nicht selten im Zuge der Schilderung eines üblichen Tagesablaufs durch den Probanden offenbar.

5.4.5 Biografische Anamnese

Eine biografische 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 – beispielsweise bei einer deutlich ausgeprägten demenziellen Entwicklung – verzichtet werden.

5.4.6 Körperliche Untersuchung: Körperfunktionen und -strukturen

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

5.4.7 Psychischer Befund: Psychische Funktionen

Der psychische Befund stellt die Grundlage jeder Begutachtung von Versicherten mit psychischen Störungen dar. Er ist in möglichst differenzierter Form zu erheben und zu dokumentieren. Hierzu gehört nach der Schilderung des Erstdrucks eine ausführliche Beschreibung der individuellen Ausprägung der verschiedenen psychischen Qualitäten (siehe unten) und der Persönlichkeit des

Probanden, wobei der Gutachter eigene emotionale Reaktionen (Gegenübertragungsphänomene, siehe 5.5) in seiner Wahrnehmung beachten und kontrollieren muss, aber auch als diagnostisches Element nutzen kann. Der psychische Befund darf keine diskriminierenden Elemente oder hypothesengeleiteten Feststellungen enthalten und 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, 2007) an. Es sollte durch weitere, komplexe Kategorien, beispielsweise auf der Ebene des Krankheits- und Selbsterlebens, der Beziehungen, der persönlichen Grundüberzeugungen, der Einstellungen und der verfügbaren Ressourcen (zum Beispiel Flexibilität, soziale Kompetenz) ergänzt werden.

Die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD-2) stellt ein weiteres, allerdings schulenspezifisches, differenziertes Modell zur Erfassung relevanter psychischer Dimensionen zur Verfügung, das auch mit dem ICD-10-Diagnosesystem kompatibel ist.

Der psychische Befund sollte klar von anamnestischen Angaben des Probanden abgegrenzt werden. Aussagen wie beispielsweise „Der Proband klagte über erhöhte Erschöpfbarkeit und eine depressive Stimmung“ gehören zur Anamnese und nicht in den psychischen Befund. Die Angabe „Der Patient ist klagsam“ wäre – soweit zutreffend – dagegen Bestandteil des psychischen Befundes.

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

Bewusstsein

Bewusstsein als Zustand der Bewusstheit bezüglich des Selbst und der Umwelt, verbunden mit der Fähigkeit zu situationsangemessenen Reaktionen. Es werden quantitative von qualitativen Bewusstseinsstörungen unterschieden. Quantitative Bewusstseinsstörungen sind mit einer verminderten Vigilanz unterschiedlicher Ausprägung verbunden und weisen ganz überwiegend auf eine organische Genese hin: Benommenheit, Somnolenz, Sopor, Koma. Bei den qualitativen Bewusstseinsstörungen ist die Vigilanz unbeeinträchtigt und es liegen Veränderungen des Bewusstseins wie Bewusstseinstäubung (mit mangelnder Klarheit im Denken und Handeln), Bewusstseinsengung oder Bewusstseinsweiterung vor. Anhaltende Bewusstseinsstörungen bedingen ein aufgehobenes Leistungsvermögen im Erwerbsleben.

Orientierung

Die Orientierung zur Zeit, zum Ort, zur Situation und zur Person ist immer zu überprüfen. Anhaltende deutlichere oder mehrere Aspekte betreffende Orientierungsstörungen schließen eine Erwerbstätigkeit aus.

Auffassung, Aufmerksamkeit und Konzentrationsfähigkeit

Als Auffassungsstörung wird die Störung der Fähigkeit bezeichnet, Wahrnehmungen in ihrer Bedeutung zu begreifen und sinnvoll miteinander zu verbinden, im weiteren Sinne auch in den Erfahrungsbereich einzubauen. Störungen der Auffassung, der Aufmerksamkeit oder der Konzentrationsfähigkeit wirken sich im Allgemeinen auf Güte und Tempo der zu leistenden Arbeit aus. Die Aufmerksamkeits- oder Konzentrationsfähigkeit kann grundlegend gestört sein oder

aber im Zeitverlauf abnehmen (Ermüdung). Je nach Ausprägungsgrad wird sich eine Einschränkung des zeitlichen Leistungsvermögens oder eine Einschränkung des qualitativen Leistungsvermögens 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 gegebenenfalls durch den Einsatz neuropsychologischer Verfahren zur Leistungsdiagnostik unterstützt werden.

Gedächtnis

Gedächtnis bezeichnet die Fähigkeit eines Individuums, Informationen aufzunehmen, zu speichern und abzurufen. Gedächtnisleistungen können nach folgenden Aspekten eingeteilt werden:

- Dauer der Informationsspeicherung: Ultrakurzzeitgedächtnis, Kurzzeitgedächtnis, Langzeitgedächtnis
- Art des gespeicherten Materials: verbal, nonverbal
- Form des Abrufens der gespeicherten Information: freie Erinnerung, Assoziation, Wiedererkennung

Sozialmedizinisch relevant sind das Kurzzeitgedächtnis und das Langzeitgedächtnis. Das Kurzzeitgedächtnis bezeichnet die Fähigkeit, sich frische Eindrücke über eine kurze Zeitspanne zu merken. Die Haltedauer und die Menge gleichzeitig gespeicherter Informationen sind im Kurzzeitgedächtnis stark begrenzt. Seine Inhalte werden innerhalb von Sekunden durch neue ersetzt. Die Dauer des Verbleibs von Informationen im Kurzzeitgedächtnis kann durch Wiederholungen der Information erhöht werden, die Kapazität kann durch den Einsatz bestimmter Gedächtnistechniken wie beispielsweise des „chunking“ (Bündeln von Informationen) erweitert werden. Eine einfache, orientierende Überprüfung der Kapazität des Kurzzeitgedächtnisses besteht darin, Probanden eine Reihe dargebotener Zahlen oder Begriffe unmittelbar wiederholen zu lassen; je mehr Items wiederholt werden können, umso größer ist die Kapazität des Kurzzeitgedächtnisses.

Das Langzeitgedächtnis enthält längerfristig gespeicherte Informationen, die zunächst im Kurzzeitgedächtnis zwischengespeichert wurden. Die Kapazität des Langzeitgedächtnisses ist nahezu unbegrenzt. Eine gebräuchliche Einteilung des Langzeitgedächtnisses unterscheidet

- das explizite (deklarative) Gedächtnis, das die bewusste Erinnerung an selbst Erlebtes (episodisches Gedächtnis) und allgemeine Wissensinhalte (semantisches Gedächtnis) umfasst sowie
- das implizite (prozedurale) Gedächtnis, dessen Inhalte unbewusst abgerufen werden, wie beispielsweise die Bewegungsabläufe beim Fahrradfahren.

Neugedächtnis und Altgedächtnis sind Aspekte des episodischen Langzeitgedächtnisses. Das Neugedächtnis umfasst dabei relativ kurz zurückliegende Ereignisse, während das Altgedächtnis sich auf Ereignisse bezieht, die bereits Jahre oder Jahrzehnte zurückliegen. Das Neugedächtnis darf nicht mit dem Kurzzeitgedächtnis verwechselt werden.

Gravierendere Gedächtnisstörungen werden in aller Regel bereits im Rahmen der Anamneseerhebung deutlich; dies gilt insbesondere für Störungen des Kurzzeit- und des Altgedächtnisses. Störungen des Kurzzeitgedächtnisses beeinträchtigen das Leistungsvermögen häufig so erheblich, dass eine geordnete Tätigkeit gar nicht mehr ausgeführt werden kann. Einschränkungen durch Störungen des Kurzzeitgedächtnisses können sich auch auf der Ebene des

qualitativen Leistungsvermögens abbilden. Zur Objektivierung stehen standardisierte testpsychologische Verfahren ergänzend zur Verfügung, die gegebenenfalls auch eine Plausibilitätsprüfung beinhalten sollten. Empfehlungen zur Diagnostik sind auch der S1-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie von Gedächtnisstörungen der AWMF (Reg.-Nr. 030/124) zu entnehmen.

Formales Denken

Denkabläufe können in Bezug auf Geschwindigkeit, Kontrolle, Organisation und Produktivität gestört sein. Formale Denkstörungen beeinflussen grundsätzlich die kognitiven Fähigkeiten eines Probanden. Gravierende formale Denkstörungen im Sinne einer Desorganisation der Denkabläufe sind insbesondere bei Probanden mit psychotischen Störungen häufig und führen bei chronischem Verlauf zu einer Einschränkung der quantitativen Leistungsfähigkeit. Bei depressiven Erkrankungen, insbesondere bei chronisch depressiven Störungen, bedingen die hier bestehenden formalen Denkstörungen im Sinne einer Verarmung und/oder Verlangsamung des Denkens eher eine Einschränkung des qualitativen Leistungsvermögens.

Inhaltliches Denken

Störungen des inhaltlichen Denkens (zum Beispiel Wahn, Zwangsgedanken) 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 jedoch, insbesondere bei stark affektiv besetzten Wahnhaltungen, auch zu quantitativen Leistungseinschränkungen kommen. Andauernde und den Tagesablauf dominierende Zwangsgedanken können ebenfalls mit einem reduzierten oder sogar aufgehobenen zeitlichen Leistungsvermögen einhergehen.

Wahrnehmung

Störungen der Wahrnehmung können einzelne oder mehrere Sinnesqualitäten (akustische, optische, taktile, olfaktorische, gustatorische) betreffen. Oft ist nur ein indirekter Rückschluss aus dem Verhalten des Probanden auf das Vorhandensein von Sinnestäuschungen möglich, da diese häufig aus Scham oder Angst verschwiegen werden. Bei der Illusion handelt es sich um eine leichtere Form einer Sinnestäuschung mit Verkennung eines existierenden Sinnesreizes, während Halluzinationen kein realer Sinnesreiz zu Grunde liegt. Halluzinationen sind zwar typisch, aber nicht spezifisch für schizophrene Störungen, sondern kommen beispielsweise auch bei organischen psychischen Störungen und beim Delir vor.

Ich-Erleben

Störungen des Ich-Erlebens können ebenfalls oft nur durch gezielte Exploration festgestellt werden. Der Betroffene schildert dann ein verändertes Erleben der eigenen Identität und ihrer Grenze gegenüber der Außenwelt, letztere wird als durchlässig oder sogar der eigenen Kontrolle entzogen empfunden. Beispiele für gestörtes Ich-Erleben sind Derealisation, Depersonalisation, Gedankenausbreitung und Gedankenentzug. Während letztere recht charakteristisch für Schizophrenien und andere psychotische Störungen sind, können Derealisation und Depersonalisation auch bei sonstigen psychischen Störungen wie zum Beispiel nach schweren psychischen Traumata (Folter) oder im Rahmen von ausgeprägten Angststörungen, aber auch bei extremer Erschöpfung vorkommen. Leichtere Ausprägungen von Störungen des Ich-Erlebens können durchaus mit einer regulären, gut strukturierten Erwerbstätigkeit ohne hohe Anforderungen an die psychische Belastbarkeit vereinbar sein. Bei schwereren Ich-Störungen ist in der Regel von einem aufgehobenen Leistungsvermögen auszugehen.

Affektivität

Störungen der Affektivität, zu denen Veränderungen von Gefühlen, 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. Mitunter bilden sich Veränderungen der Affektivität im Querschnittsbefund nicht ausreichend ab, beispielsweise bei einer Agoraphobie oder einer leichteren Zwangsstörung; hier sollte unter Einbeziehung der vorhandenen medizinischen Unterlagen möglichst eine Längsschnittbetrachtung vorgenommen werden.

Antrieb

Das Vorhandensein eines ausreichenden Antriebs ist Voraussetzung für die Fähigkeit zur zielstrebigem Erfüllung konkreter Aufgaben, wie es in jedem Arbeitsalltag erforderlich ist. Eng hiermit verbunden ist der Begriff der Vitalität. Störungen des Antriebs beziehungsweise der Intentionalität sollten sich sowohl innerhalb als auch außerhalb der Untersuchungssituation, unter Alltagsbedingungen, im Kontext der Arbeit und im Freizeitverhalten gleichermaßen manifestieren. Sie sind von motivationalen Schwierigkeiten, beispielsweise hinsichtlich der Arbeit, abzugrenzen. Hinweise auf das Antriebsniveau können sich aus Anamnese und Fremdanamnese ergeben. Bei bestimmten Erkrankungen (zum Beispiel demenzielle Abbauprozesse, psychotische Störungen) können ausgeprägte Störungen des Antriebs eine Minderung nicht nur der qualitativen, sondern auch der zeitlichen Leistungsfähigkeit bedingen. Es finden sich aber auch Antriebsstörungen von derartiger Ausprägung, beispielsweise bei einer chronifizierten schweren Depression, dass eine Tätigkeit gar nicht erst aufgenommen werden kann und die Leistungsfähigkeit vollständig aufgehoben ist.

Flexibilität

Der Begriff Flexibilität wird sowohl im Zusammenhang mit psychischen Funktionen (als Gegenpol zu Rigidität) als auch als Fähigkeitsdimension im Hinblick auf Aktivitäten verwendet. Flexibilität bedeutet, sich bei wechselnden Anforderungen rasch geistig umstellen und bei Problemlösungen von einer Strategie auf eine andere wechseln zu können. Anhaltspunkte für Einschränkungen ergeben sich aus der Exploration und können gegebenenfalls durch testpsychologische Verfahren objektiviert werden. Höheres Alter allein bedingt keine Minderung der Flexibilität.

Weitere relevante psychische Dimensionen

Das subjektive Krankheitsverständnis, die Fähigkeit zur Krankheitsbewältigung, das Selbsterleben und das Selbstwirksamkeitserleben der Betroffenen spielen bei allen psychischen Störungen gerade im Hinblick auf die Prognose eine bedeutsame Rolle.

Neben subjektivem Krankheitserleben und Krankheitseinsicht kann auch die Exploration von Introspektionsfähigkeit, Psychogeneseverständnis, Veränderungsmotivation, Therapieadhärenz sowie krankheitsfixierender Einstellungen oder persönlicher Grundhaltungen einen wichtigen Beitrag zur Beurteilung des quantitativen und qualitativen Leistungsvermögens liefern. Ein möglicherweise vorhandener primärer oder sekundärer Krankheitsgewinn oder eine eventuelle Regressionsneigung sollten berücksichtigt werden. Einzubeziehen sind auch die verfügbaren persönlichen Ressourcen beispielsweise in Form von perfektionistischem Leistungsanspruch, Pflichtgefühl, Durchsetzungsvermögen, sozialer

Kompetenz oder Konfliktfähigkeit. Ein reduziertes Selbstwertgefühl oder eine verminderte interne Kontrolle bei der Ursachenattribution („schicksalhafter Erleben“) sind als personbezogene Kontextfaktoren zu berücksichtigen.

Die psychiatrisch-psychotherapeutische Erfahrung spricht insgesamt dafür, dass vor allem Auffälligkeiten innerhalb der oben beschriebenen Kerndimensionen des psychischen Befundes wie Orientierung, Auffassung, Konzentrationsfähigkeit, Gedächtnis, formales und inhaltliches Denken, Wahrnehmung, Affektivität, Antrieb und Flexibilität zu einer Einschränkung des qualitativen und/oder quantitativen Leistungsvermögens im Erwerbsleben führen. Auch die komplexeren Dimensionen des psychischen Befundes lassen sich letztendlich in ihren Auswirkungen auf das Leistungsvermögen auf die Ebene der Kerndimensionen herunterbrechen.

Merke:

1. Voraussetzung jeder Beurteilung des Leistungsvermögens bei psychischen Störungen ist die Erhebung eines psychischen Befundes mit Aussagen zu psychopathologischen Phänomenen.
2. Einschränkungen der Leistungsfähigkeit durch psychische Störungen ohne psychopathologische Auffälligkeiten im Quer- und Längsschnittsbefund sind nicht begründbar.

5.4.8 Psychodiagnostische Zusatzuntersuchungen

Als Ergänzung zur psychiatrisch-psychotherapeutischen Anamnese und Befunderhebung stehen psychodiagnostische Verfahren zur Verfügung, die im Rahmen der klinischen Psychologie sowie der Arbeits-, Betriebs- und Organisationspsychologie entwickelt wurden. Es handelt sich überwiegend um testpsychologische Instrumente zur

- Diagnostik und Quantifizierung bestimmter psychischer Störungen,
- Persönlichkeitsdiagnostik und
- Leistungsdiagnostik.

Durch den zielgerichteten Einsatz testpsychologischer Verfahren kann die Aussagekraft der sozialmedizinischen Beurteilung im Einzelfall deutlich erhöht werden. Bestimmte psychische Störungen wie Teilleistungsstörungen (umschriebene Entwicklungsstörungen, F80-F83) lassen sich oft nur mittels psychometrischer Verfahren differenziert erfassen. Hierfür sind spezifische Erfahrung und Kompetenz hinsichtlich Durchführung und Auswertung testpsychologischer Verfahren unabdingbar. Ein unreflektierter, routinemäßiger Einsatz solcher Verfahren ist abzulehnen.

Eine standardisierte Befunderhebung und ein normativer Vergleich mit unterschiedlichen Bezugsgruppen sind unter anderem für folgende Bereiche möglich:

- Gedächtnis (verbales, visuell-räumliches, numerales Kurzzeitgedächtnis; Wiedererkennung- und freie Reproduktionsleistung; Kapazität des Arbeitsgedächtnisses; Langzeitgedächtnis)
- Wahrnehmung/visuell-räumliche Funktionen
- Aufmerksamkeit und Konzentration
- (weitere) exekutive Funktionen wie Planungs-, Kontroll- und Problemlösefunktionen, Prozesse der Zielsetzung und des vorausschauenden Denkens, Entscheidungsprozesse, Impulskontrolle und emotionale Regulierung, Umstellfähigkeit/Flexibilität, Interferenzfreiheit, Verarbeitungskapazität
- allgemeines Wissen, verbales (= kristallines, überwiegend bildungsabhängiges) intellektuelles Leistungsniveau
- allgemeine intellektuelle Leistungsfähigkeit

- Einstellungen 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 teilweise an größeren Probandengruppen normiert wurden. Viele Verfahren liegen mittlerweile in computergestützter Version vor. Bei spezifischen Fragestellungen muss gegebenenfalls auf neuropsychologische Zusatzuntersuchungen zurückgegriffen werden.

Aufwändigere standardisierte und bewährte psychodiagnostische Verfahren zur Diagnosesicherung sind beispielsweise das Strukturierte Klinische Interview für DSM-IV (SKID; Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen IV), das Diagnostische Interview bei psychischen Störungen (DIPS) sowie die Internationalen Diagnose Checklisten für ICD-10 (IDCL). Direkte Rückschlüsse auf das Leistungsvermögen im Erwerbsleben erlauben diese Verfahren nicht.

Mit dem SKID-I des **Strukturierten Klinischen Interviews für DSM-IV** können verschiedene psychische Syndrome und Störungen der Achse I des DSM-IV erfasst werden: Affektive Störungen, psychotische Störungen, Störungen durch psychotrope Substanzen, Angststörungen, somatoforme Störungen, Essstörungen und Anpassungsstörungen. Außerdem beinhaltet das SKID-I Kodierungsmöglichkeiten für die Achse III (körperliche Störungen) und Achse V (psychosoziales Funktionsniveau) des DSM-IV. Die Diagnosen werden im Längs- und Querschnitt sowie mit Informationen über Beginn und Verlauf erhoben. Das SKID-II wird zur Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen eingesetzt. Es handelt sich um ein zweistufiges Verfahren, bestehend aus einer Abfrage der Kriterien für die zwölf verschiedenen Persönlichkeitsstörungen im DSM-IV mit Screening-Funktion für das nachfolgende Interview, in dem dann nur noch diejenigen Fragen gestellt werden müssen, für die zuvor eine «ja»-Antwort angekreuzt wurde.

Das **Diagnostische Interview bei psychischen Störungen (DIPS)** dient der Feststellung psychischer Störungen nach ICD-10 und DSM-IV und ermöglicht zugleich die Erhebung von Informationen, die für die Planung und Durchführung psycho- und verhaltenstherapeutischer Behandlungen notwendig sind. Das DIPS fokussiert auf Angststörungen, affektive Störungen, somatoforme Störungen sowie Essstörungen und enthält ein Screening für substanzabhängige Störungen, körperliche Krankheiten und psychotische Störungen.

Die **Internationalen Diagnose Checklisten für ICD-10 (IDCL)** können zur Diagnostik psychischer Störungen, zur Dokumentation des psychischen Befundes und zur Verlaufsbeschreibung eingesetzt werden. Die IDCL wurden vor allem für die tägliche Routinediagnostik im Bereich der psychiatrischen und psychosozialen Versorgung entwickelt. Es handelt sich um 32 Checklisten für die wichtigsten und häufigsten psychischen Störungen nach ICD-10, darunter affektive Störungen, Angststörungen, Störungen durch Einnahme psychotroper Substanzen, Schizophrenie und andere psychotische Störungen, Essstörungen und organisch bedingte Störungen. Die jeweiligen Diagnosekriterien sind in übersichtlicher Form aufgelistet und die exakte Diagnosestellung ist noch während der Exploration möglich.

Die Auswahl der Verfahren und der Umfang der testpsychologischen Untersuchung sind abhängig von der jeweiligen Fragestellung. Hinsichtlich der psychometrischen Qualität müssen die drei primären Gütekriterien standardisierter Testverfahren (Objektivität, Reliabilität, Validität) jedoch immer erfüllt sein.

Eine sinnvolle Durchführung und Auswertung psychologischer Testverfahren ist sowohl bei Selbst- als auch bei Fremdbeurteilungsinstrumenten und Interviews an die aktive Mitarbeit des Probanden gebunden. Insbesondere in der Leistungsdiagnostik, beispielsweise zu Gedächtnis, Konzentration oder Reaktionsgeschwindigkeit, sind integrierte Plausibilitätsprüfungen inzwischen verbreitet. Mit Hilfe sogenannter Beschwerdenuvalidierungstests, die auf verschiedenen Konstruktionsprinzipien (zum Beispiel Alternativwahlverfahren, „forced choice“; Prinzip der verdeckten Leichtigkeit) beruhen, sollen durch Täuschungsabsicht zustande gekommene auffällige Befunde eines Probanden von real existenten Beeinträchtigungen zum Beispiel neurokognitiver Art abgegrenzt werden. Beispiele für solche Beschwerdenuvalidierungstests sind der Word Memory Test, der Test of Memory Malinger und der Aggravations- und Simulationstest. Auch die Beobachtung des Probandenverhaltens während der testpsychologischen Untersuchung kann Hinweise auf die Leistungsmotivation geben.

Wenn sich aus klinischem Befund und Gesamteindruck Hinweise auf das Vorliegen negativer Antwortverzerrungen, etwa im Rahmen einer Aggravation (siehe auch 5.6) im Hinblick auf neurokognitive Beeinträchtigungen ergeben haben, können die von Slick et al. (1999) entwickelten Kriterien dem Gutachter eine gewisse diagnostische Unterstützung bieten:

- A Präsenz eines substanziellen externalen Anreizes (zum Beispiel Erhalt einer Erwerbsminderungsrente)
- B Evidenz aus der neuropsychologischen Testung
 - B1 Eindeutige negative Antworttendenz (Werte schlechter als Zufallswahrscheinlichkeit im Alternativwahlverfahren)
 - B2 Wahrscheinliche negative Antworttendenz (Auffälligkeiten in einem Validierungsverfahren)
 - B3 Widersprüche zwischen Testresultaten und Erkenntnissen über Gehirnfunktionen
 - B4 Widersprüche zwischen Testresultaten und beobachtetem Verhalten
 - B5 Widersprüche zwischen Testresultaten und Fremdanamnese
 - B6 Widersprüche zwischen Testresultaten und Vorgeschichte
- C Evidenz aus der Beschwerdeschilderung (Inkonsistenzen)
 - C1 Eigene Angaben widersprechen der Vorgeschichte
 - C2 Eigene Angaben widersprechen den Erkenntnissen über Gehirnfunktionen
 - C3 Eigene Angaben widersprechen dem beobachteten Verhalten
 - C4 Eigene Angaben widersprechen der Fremdanamnese
 - C5 Hinweise auf Vortäuschung psychischer Funktionsstörungen (zum Beispiel Auffälligkeiten in den Validitätsskalen des MMPI-2)
- D Verhaltensweisen, die die notwendigen Kriterien B und C erfüllen, sind nicht vollständig durch psychopathologische, neurologische oder entwicklungsbedingte Faktoren erklärbar

Dem Kriterium D kommt insofern eine besondere Bedeutung zu, als es dem Gutachter abverlangt, zwischen krankheitsbedingt übersteigter (zum Beispiel bei einer depressiven Störung) und motivational-willentlich übertriebener Beschwerdedarstellung (ohne Krankheitsbezug) zu differenzieren. Dies erfordert große fachliche und gutachterliche Kompetenz.

Es wird zwischen der Feststellung von gesicherter, wahrscheinlicher und möglicher Aggravation oder Simulation unterschieden. Die Feststellung einer Aggravation besagt, dass ein authentischer Kern an Beschwerden oder Symptomen nachweisbar ist. Wo ein authentischer Kern nicht mit rechtlich gebotener Sicherheit festgestellt oder er nur spekulativ angenommen werden kann, muss die Frage, ob es sich um eine Aggravation oder Simulation handelt, in der Regel unbeantwortet bleiben. Selbstverständlich sind auch auf der Basis der Slick-Kriterien gewonnene Einschätzungen zum Vorhandensein oder Fehlen negativer Antwortverzerrungen nicht unfehlbar.

Aggravation oder Simulation sollen **als gesichert gelten**, wenn

- Kriterium A erfüllt ist,
- Kriterium B1 erfüllt ist (in mindestens einer forced choice-Aufgabe werden eindeutig Antwortmuster gezeigt, die unterhalb der Ratewahrscheinlichkeit liegen) und
- Kriterium D erfüllt ist.

Wahrscheinliche Aggravation oder Simulation wird angenommen, wenn

- Kriterium A erfüllt ist,
- mindestens zwei Kriterien der Gruppe B (außer B1) erfüllt sind oder
- ein Kriterium der Gruppe B (außer B1) und mindestens eines der Gruppe C erfüllt werden und
- Kriterium D erfüllt ist.

Für **mögliche** Aggravation oder Simulation sollen die folgenden Konstellationen sprechen:

- Kriterium A ist erfüllt,
 - Kriterium B ist nicht erfüllt,
 - mindestens ein Kriterium der Gruppe C ist erfüllt,
 - Kriterium D ist nicht erfüllt,
- oder
- Kriterien für „sichere“ oder „wahrscheinliche“ Aggravation/Simulation ist erfüllt und
 - Kriterium D ist nicht erfüllt.

Auch Tests zur Abgrenzung manifester psychischer Störungen von vorgetäuschten Beschwerden wurden entwickelt, wie beispielsweise der Strukturierte Fragebogen Simulierter Symptome (SFSS). Eine absolut zuverlässige Differenzierung absichtsvoller Täuschung von krankheitsbedingtem suboptimalem Leistungsverhalten ist allerdings mit keinem Testverfahren möglich.

Im Rahmen der Beurteilung der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben sowie der arbeitsbezogenen Leistungsmotivation haben sich zudem Erhebungsinstrumente zur Erfassung spezifisch arbeitsbezogener motivationaler Dimensionen des Erlebens und Verhaltens als hilfreich erwiesen, beispielsweise der AVEM-Fragebogen (AVEM = Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster; Schaarschmidt, Fischer 1997). Dieser Selbsterhebungsfragebogen beinhaltet 11 Dimensionen aus drei Bereichen arbeitsbezogenen Verhaltens und Erlebens:

1. Berufliches Engagement:
 - Subjektive Bedeutsamkeit der Arbeit
 - Beruflicher Ehrgeiz
 - Verausgabungsbereitschaft
 - Perfektionsstreben
 - Distanzierungsfähigkeit

2. Widerstandskraft gegenüber beruflichen Belastungen:
 - Distanzierungsfähigkeit
 - Resignationstendenz
 - Offensive Problembewältigung
 - Innere Ruhe und Ausgeglichenheit
3. Emotionen bei der Berufsausübung:
 - Erfolgserleben im Beruf
 - Lebenszufriedenheit
 - Erleben sozialer Unterstützung

Aus den verschiedenen Antwortkonstellationen ergeben sich vier typische Erlebens- und Verhaltensmuster, wobei Mischtypen häufig sind:

Muster G	= gesundheitsförderliche Einstellung gegenüber der Arbeit
Muster S	= geprägt von Schonung bei der Arbeit, geringes Engagement
Risikomuster A	= überhöhtes Engagement bei der Arbeit, Selbstüberforderung
Risikomuster B	= hohe Resignationstendenz, Burn-out-Risiko

Mittels der Skala zur globalen Erfassung des Funktionsniveaus (Global Assessment of Functioning, GAF) können die aktuelle Funktionsfähigkeit eines Probanden hinsichtlich psychischer, sozialer und beruflicher Funktionen gemeinsam erfasst und der Schweregrad eventueller Beeinträchtigungen der Funktionsfähigkeit beurteilt werden. Die GAF entspricht der Achse V des DSM-IV.

Die Dokumentation psychodiagnostischer Zusatzuntersuchungen muss vollständig und nachvollziehbar erfolgen und die genaue Testbezeichnung, Art (zum Beispiel Papier-Bleistift-Version oder computergestützt), Dauer und Besonderheiten der Durchführung, Auswertungsmodalitäten und die Ergebnisinterpretation umfassen. Entscheidend bei der Anwendung psychologischer Testverfahren ist die kritische Gewichtung, Interpretation und Wertung der ermittelten Testergebnisse im Zusammenhang mit den übrigen Einzelbefunden. Die sozialmedizinische Beurteilung des Leistungsvermögens kann sich nie alleine oder primär auf testpsychologische Befunde stützen. Zu Verdeutlichung, Aggravation, Simulation, Dissimulation siehe auch 5.6.

5.4.9 Technisch-apparative Untersuchungen

Möglicherweise begutachtungsrelevante Befunde von bereits im Vorfeld erfolgten technisch-apparativen Untersuchungen sind möglichst vollständig beizuziehen. Die Durchführung folgender Untersuchungen ist nur dann im Rahmen eines sozialmedizinischen Gutachtens sinnvoll, wenn aus den Untersuchungsergebnissen Rückschlüsse auf die Leistungsfähigkeit zu erwarten sind; ihr Einsatz ist individuell zu begründen:

- Elektroenzephalografie (EEG)
- Dopplersonografie
- Elektromyografie (EMG)
- Elektroneurografie (zum Beispiel Messung der Nervenleitgeschwindigkeit)
- evozierte Potenziale
- craniale Computertomografie (CCT)
- Magnetresonanztomografie (MRT)

Aufwändigere Verfahren erfordern vorab die Rücksprache mit dem Auftraggeber zur Klärung der Kostenübernahme. Nicht alle technischen Untersuchungen sind duldungspflichtig. Außerdem ist die Frage der Zumutbarkeit für den Probanden zu bedenken. Hier gelten die gleichen Kriterien wie für die Behandlung (siehe 5.4.12); nicht zumutbar sind gemäß § 65 Absatz 2 SGB I solche Untersuchungen,

- bei denen im Einzelfall ein Schaden für Leben oder Gesundheit nicht mit hoher Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden kann,
- die mit erheblichen Schmerzen verbunden sind oder
- die einen erheblichen Eingriff in die körperliche Unversehrtheit bedeuten.

Die Durchführung aufwändiger technisch-apparativer Untersuchungen, die ausschließlich der diagnostischen Klärung dienen und die keinen Bezug zur Beurteilung des Leistungsvermögens haben, ist nicht Bestandteil des Gutachtenauftrags. Eine direkte Korrelation zwischen den Ergebnissen solcher Untersuchungen und dem qualitativen und quantitativen Leistungsvermögen besteht in der Regel nicht.

5.4.10 Laboruntersuchungen

Hier gelten die gleichen Grundsätze. Laboruntersuchungen können auch bei psychiatrisch-psychotherapeutischen Begutachtungen – je nach Fragestellung und Krankheitsbild – angebracht sein, dürfen aber nicht routinemäßig durchgeführt werden.

Bei fehlender Korrelation zwischen den Angaben zur Medikamenteneinnahme und dem vom Gutachter festgestellten klinischen Bild kann im Einzelfall die Blutspiegelbestimmung von Medikamenten sinnvoll sein, um zu einer nachvollziehbaren Beurteilung des Leistungsvermögens zu gelangen. Ein nicht im therapeutischen Bereich liegender Medikamentenspiegel kann durch unterschiedliche Faktoren bedingt sein (zum Beispiel Schnell-Metabolisierer, Non-Compliance, Laborfehler).

Bei entsprechenden Hinweisen kann auch eine Bestimmung von alkohol- beziehungsweise drogenassoziierten Laborwerten in Frage kommen.

5.4.11 Klinische Diagnose

Die Diagnose einer psychischen Störung ist nach der ICD-10-GM, Kapitel V zu kodieren. Die Diagnose alleine ist für die sozialmedizinische Beurteilung des Leistungsvermögens im Erwerbsleben und für die Prüfung von Notwendigkeit, Art und Umfang von Leistungen zur Teilhabe jedoch nicht entscheidend. Nur das mit der Diagnose verbundene, individuell jeweils unterschiedlich ausgeprägte Profil von Aktivitäten und Teilhabe erlaubt die Einschätzung des Leistungsvermögens im Erwerbsleben, aus der sich gegebenenfalls Art und Ziel der Rehabilitation ergeben. Sofern mehrere Diagnosen gestellt werden, sind sie in absteigender Reihenfolge ihrer sozialmedizinischen Bedeutung für das Leistungsvermögen aufzuführen.

5.4.12 Sozialmedizinische Epikrise

Die sozialmedizinische Epikrise ist von zentraler Bedeutung für Aussagefähigkeit und Entscheidungsrelevanz des Gutachtens, denn sie bildet die Grundlage für die nachfolgende sozialmedizinische Beurteilung des Leistungsvermögens im Erwerbsleben.

Die sozialmedizinische Epikrise besteht aus einer zusammenfassenden Darstellung der Schädigung von Körperfunktionen und -strukturen (einschließlich psychischer Funktionen), der Beeinträchtigung von Aktivitäten und Teilhabe durch die gutachterlich festgestellten Gesundheitsstörungen und schließlich der kritischen fachlichen Würdigung (einschließlich Plausibilitäts- und Konsistenzprüfung) aller für die sozialmedizinische Beurteilung der Leistungsfähigkeit im

Erwerbsleben relevanten Fakten und Befunde und ihrer klinischen und sozialmedizinischen Auswirkungen.

Die Ergebnisse vorangegangener Gutachten sind zu berücksichtigen und gegebenenfalls zu diskutieren. Gesundheitsstörungen ohne Bedeutung für die sozialmedizinische Beurteilung sollten in der Epikrise als solche benannt werden.

Jeweils auf den Einzelfall bezogen sollte die Epikrise enthalten:

- Aussagen zu Schädigungen von Körperfunktionen und -strukturen einschließlich psychischer Funktionen, also einschließlich des psychischen Befundes im Quer- und Längsschnitt
- die Beschreibung der krankheits- oder behinderungsbedingten Beeinträchtigungen von Aktivitäten und insbesondere der Teilhabe am Erwerbsleben (erwerbsbezogene Fähigkeitsstörungen, siehe auch 5.3.5)
- den Verlauf jeder relevanten Erkrankung unter kritischer Würdigung der Anamnese einschließlich der Arbeitsanamnese (beispielsweise Arbeitsunfähigkeitszeiten, krankheitsbedingte Arbeitslosigkeit oder Umschulung), der erhobenen Befunde, der bisherigen Therapie und noch denkbarer Möglichkeiten der Krankenbehandlung und der Rehabilitation
- die Diskussion wichtiger Vorbefunde (Krankenhaus- und Rehabilitations-Entlassungsberichte, mitgereichte Untersuchungsergebnisse, Gutachten anderer Sozialleistungsträger) und gegebenenfalls differenzialdiagnostische Überlegungen
- die 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 gestellt werden
- Aussagen zu Dauer, Frequenz und Schweregrad der Schübe bei schubweisem Krankheitsverlauf und derzeit symptomarmem Bild
- prognostische Aussagen zum weiteren Verlauf, gegebenenfalls unter Einbeziehung von Empfehlungen für Leistungen zur Teilhabe
- Hinweise auf besondere Probleme bei der Begutachtung (zum Beispiel Sprachschwierigkeiten, auffällige Verhaltensweisen, mangelnde Kooperationsbereitschaft)
- gegebenenfalls die Anregung weiterer Begutachtungen mit Begründung

Das Profil der gesundheits- beziehungsweise behinderungsbezogenen Funktionseinschränkungen ist in der Epikrise schlüssig und auch für den medizinischen Laien nachvollziehbar herauszuarbeiten. Die aus den Funktionseinschränkungen resultierenden Beeinträchtigungen von Aktivitäten (Fähigkeiten) und der Teilhabe sind darzustellen.

Für die Erfüllung der Aufgaben der gesetzlichen Rentenversicherung sind insbesondere die gesundheitsbezogenen Auswirkungen auf die Teilhabe am Erwerbsleben detailliert zu beschreiben. Dazu gehört der Abgleich des individuellen Fähigkeitsprofils mit den Anforderungen der bisherigen beruflichen Tätigkeit sowie mit den Anforderungen einer beliebigen Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt.

Bei Begutachtungen im Falle der Rentenantragstellung ist im Rahmen der epikritischen Betrachtung auch immer die Notwendigkeit und Erfolgswahrscheinlichkeit einer Leistung zur Teilhabe zu klären. Umgekehrt muss bei Anträgen auf Leistungen zur Teilhabe neben der gutachterlichen Einschätzung von Rehabilitationsbedürftigkeit, Rehabilitationsfähigkeit und Rehabilitationsprognose die Frage des Leistungsvermögens im Erwerbsleben berücksichtigt werden.

Kriterienlisten können Hilfestellung für die systematische Beurteilung der Rehabilitationsprognose liefern, beispielsweise die IREPRO-Indikatorenliste zur systematischen Beurteilung von Reintegrationsprognose und Rehabilitationsbedürftigkeit in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Begutachtung von Renten-antragstellern (Hesse et al. 2007).

Typische Mängel in psychiatrisch-psychotherapeutischen Epikrisen:

Weder die Darstellung einer biografischen Entwicklung, noch die einer spezifischen psychodynamischen Konstellation ist alleine für eine abschließende sozialmedizinische Beurteilung ausreichend. Immer sind die durch die psychopathologischen Auffälligkeiten verursachten Beeinträchtigungen der Teilhabe möglichst präzise herauszuarbeiten und für den Leser nachvollziehbar darzustellen. Rein therapeutisch orientierte Epikrisen, die sich beispielsweise in der Anregung bestimmter therapeutischer Interventionen, wie der Gabe von Psychopharmaka oder in differenzialdiagnostischen Überlegungen erschöpfen, werden der Aufgabenstellung eines sozialmedizinischen Gutachtens für die Rentenversicherung nicht gerecht.

5.4.13 Sozialmedizinische Beurteilung des Leistungsvermögens

Die sozialmedizinische Beurteilung des Leistungsvermögens im Erwerbsleben beschreibt das Fähigkeitsprofil eines Versicherten und setzt es in Bezug zu den Anforderungen der zuletzt ausgeübten Tätigkeit und zu den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes. Unterschieden werden das qualitative und das quantitative Leistungsvermögen.

Funktionsbeeinträchtigungen sind in der Begutachtung für die Rentenversicherung nur dann relevant, wenn sie sich auf die Fähigkeit zur Teilhabe unter besonderer Berücksichtigung des Erwerbslebens – qualitativ und/oder quantitativ – auswirken.

Das **qualitative Leistungsvermögen** wird unterteilt in das positive und das negative Leistungsvermögen. Als positives Leistungsvermögen werden die Fähigkeiten beschrieben, über die der Versicherte unter Berücksichtigung der festgestellten gesundheitsbezogenen Funktionseinschränkungen im Hinblick auf die zumutbare körperliche Arbeitsschwere, die Arbeitshaltung und die Arbeitsorganisation noch verfügt. Das negative Leistungsvermögen umfasst die Fähigkeiten, die erkrankungs- oder behinderungsbedingt nicht mehr bestehen oder die wegen der Gefahr einer gesundheitlichen Verschlechterung nicht mehr verwertbar sind.

Die positiven und negativen Leistungsmerkmale müssen sich aus den in der sozialmedizinischen Epikrise dargestellten Funktionseinschränkungen aufgrund der vorliegenden Gesundheitsstörungen nachvollziehbar herleiten lassen. Diese Funktionseinschränkungen können sich beispielsweise auf geistig-psychische Belastbarkeit, Sinnesorgane, Bewegungsapparat oder Gefährdungs- und Belastungsfaktoren beziehen.

Zusätzlich zur Beurteilung des qualitativen Leistungsvermögens ist eine Aussage zum **quantitativen Leistungsvermögen** erforderlich. Qualitative Leistungseinschränkungen haben einen unterschiedlichen Einfluss auf das quantitative Leistungsvermögen. Ein Großteil 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 qualitative Funktionseinschränkungen kompensiert werden können, muss keine relevante Einschränkung des quantitativen Leistungsvermögens vorliegen. Sind die Beeinträchtigungen durch die psychische Störung hingegen so gravierend, dass die Lebensführung durch sie übernommen wird, ist von einem quantitativ gemindertem Leistungsvermögen auszugehen.

Versicherte mit einer Teilzeitbeschäftigung sind bezüglich ihres Leistungsvermögens 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 das quantitative Leistungsvermögen entsprechend eingeschränkt ist.

Eine zum Zeitpunkt der Begutachtung bestehende Arbeitsunfähigkeit ist keinesfalls gleichzusetzen mit einem aufgehobenen Leistungsvermögen im Erwerbsleben. Gemäß den Arbeitsunfähigkeitsrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses liegt Arbeitsunfähigkeit vor, wenn der Versicherte auf Grund von Krankheit seine zuletzt vor der Arbeitsunfähigkeit ausgeübte Tätigkeit nicht mehr oder nur unter der Gefahr der Verschlimmerung der Erkrankung ausführen kann. Auslösende Diagnose und voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit werden ärztlich bescheinigt. Zur Definition von Erwerbsminderung siehe 7.1.

Bei der sozialmedizinischen Beurteilung des Leistungsvermögens im Erwerbsleben im Auftrag der gesetzlichen Rentenversicherung können die folgenden Kontextfaktoren nicht im Sinne einer reduzierten Leistungsfähigkeit interpretiert werden:

- die eingeschränkte Vermittelbarkeit am Arbeitsmarkt
- eine bestehende Arbeitslosigkeit
- die „Entwöhnung“ von einer beruflichen Tätigkeit
- das (höhere) Lebensalter des Versicherten – ohne manifeste gesundheitsbedingte Beeinträchtigungen der Teilhabe
- eine „Doppelbelastung“, beispielsweise durch die Pflege kranker Eltern oder eines behinderten Kindes
- die Anerkennung eines GdB (Grad der Behinderung; Schwerbehindertenrecht) oder eines GdS (Grad der Schädigungsfolgen, bis 31.12.2008: MdE, Minderung der Erwerbsfähigkeit) in der gesetzlichen Unfallversicherung, im Sozialen Entschädigungsrecht und Beamtenversorgungsgesetz; diese Begriffe basieren auf anderen Rechtsgrundlagen und Beurteilungskriterien

Die Beurteilung des qualitativen und quantitativen Leistungsvermögens muss nachvollziehbar begründet sein und setzt beim Gutachter nicht nur eine kritisch-abwägende Auseinandersetzung mit dem individuellen klinischen Gesamtbild voraus, sondern auch die Kenntnis der Bedeutung bestimmter Fähigkeitsmerkmale im Hinblick auf die Erwerbsfähigkeit. Dies gilt vor allem für die Merkmale, die eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit zur Folge haben können, wie beispielsweise quantitativ eingeschränktes Leistungsvermögen, aufgehobene Wegfähigkeit, betriebsunüblicher Pausenbedarf oder eine Kombination mehrerer Leistungseinschränkungen.

Zur Ermittlung des qualitativen und quantitativen Leistungsvermögens im Erwerbsleben anhand von Anamnese und Befundkonstellation kann auch die Beantwortung der folgenden Fragen hilfreich sein:

- ist die betroffene Person in der Lage, ihre erworbenen Qualifikationen einzusetzen?
- haben die Aktivitätseinschränkungen von vornherein zu einer Unterqualifikation und damit zu einer Beeinträchtigung der Teilhabe geführt?
- kann der bisherige Beruf beziehungsweise die letzte berufliche Tätigkeit aufgrund der psychischen Störung, aber auch beispielsweise wegen organischer Krankheiten, Medikamenteneinflüsse und weiterer Faktoren nicht weiter ausgeübt werden, und weshalb? Welche Aspekte der zuletzt ausgeübten Tätigkeit sind betroffen?

- sofern die letzte berufliche Tätigkeit zwingend mit dem Führen eines Kraftfahrzeuges verbunden ist: Kann die betroffene Person als Fahrer eines Kraftfahrzeuges am Straßenverkehr teilnehmen oder ist die Fähigkeit dazu aufgrund der psychischen Störung, aber auch wegen organischer Störungen oder Medikamenteneinflüsse eingeschränkt (Orientierungshilfe: Begutachtungs-Leitlinien zur Kraftfahrereignung, Herausgeber: Bundesanstalt für Straßenwesen, zum Überarbeitungsstand siehe www.bast.de)?
- ist die berufliche Tätigkeit mit dem Bedienen potenziell gefahrenträchtiger Maschinen (zum Beispiel in Walz- oder Sägewerken, Baufahrzeuge, Kran) oder dem Führen von Fahrzeugen (zum Beispiel Zug, Schiff, Flugzeug) verbunden und bestehen diesbezüglich Beeinträchtigungen aufgrund der psychischen Störung?
- behindert eine unrealistische Selbstwerteinschätzung die Integration am Arbeitsplatz?

Das sozialmedizinische Gutachten muss eine eindeutige Aussage zum qualitativen und quantitativen Leistungsvermögen enthalten.

Der Gutachter muss sich festlegen. Es ist nicht sinnvoll, die Entscheidung über das Leistungsvermögen aufzuschieben und vom Ansprechen auf bestimmte, noch ausstehende Therapiemaßnahmen oder vom Erfolg einer Rehabilitationsleistung (zum Beispiel im Rahmen eines Rentenverfahrens) abhängig zu machen. Vielmehr soll der Gutachter bei der Beurteilung des Leistungsvermögens die noch vorhandenen therapeutischen und rehabilitativen Optionen einschließlich deren Zumutbarkeit und Erfolgswahrscheinlichkeit einbeziehen. Beispielsweise ist bei einer zwar schon länger dauernden, aber noch unbehandelten depressiven Störung selbst bei Vorliegen aktueller Beeinträchtigungen der Teilhabe nicht von einem geminderten Leistungsvermögen im Erwerbsleben auszugehen, da bei Nutzung der vorhandenen und zumutbaren Behandlungsoptionen die Annahme einer wesentlichen Besserung in absehbarer Zeit gerechtfertigt ist.

In der Regel sind gemäß § 65 Absatz 2 SGB I solche Behandlungsmaßnahmen nicht zumutbar,

- bei denen im Einzelfall ein Schaden für Leben oder Gesundheit nicht mit hoher Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden kann,
- die mit erheblichen Schmerzen verbunden sind oder
- die einen erheblichen Eingriff in die körperliche Unversehrtheit bedeuten.

Zumutbar sind hingegen beispielsweise medikamentöse Behandlungen, sofern erhebliche Nebenwirkungen (Organschädigungen, länger anhaltende Beeinträchtigungen des Wohlbefindens oder der Psyche) nicht oder nur mit einer sehr geringen Wahrscheinlichkeit vorkommen. Weitere Beispiele für grundsätzlich zumutbare Therapien sind Psychotherapie, Physiotherapie und das Einhalten einer Diät, aber auch die Durchführung einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation.

In diesem Kontext ist zu bedenken, dass eine mangelnde Inanspruchnahme therapeutischer Möglichkeiten trotz vorgebrachter erheblicher Beschwerden

- störungsimmanent sein kann, zum Beispiel bei schizophrenen oder anhaltenden wahnhaften Störungen, aber auch
- Rückschlüsse auf Leidensdruck und motivationale Faktoren ermöglichen kann.

Die sozialmedizinische Beurteilung des Leistungsvermögens erfordert auch differenzierte Aussagen zur Prognose der Leistungseinschränkungen im weiteren Verlauf der Erkrankung. Da Renten wegen Erwerbsminderung in der Regel zeitlich befristet sind (bis zu drei Jahren, Wiederholung möglich, siehe 7.4), muss die Prognoseabschätzung sich auf diesen Zeitraum beziehen.

Insbesondere bei den psychischen Störungen, die sich unabhängig von den direkten Einwirkungsmöglichkeiten des Betroffenen bessern können, sollte keine unbefristete Berentung erfolgen. Dies gilt beispielsweise für manche – insbesondere jüngere – Personen, die zum Zeitpunkt der Begutachtung an noch floriden Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis leiden. Bei durchgängiger strukturierter Behandlung, Betreuung und Beratung von außen – beispielsweise im Sinne des Empowerment-Konzeptes – sind hier auch aus einer Berentung heraus durchaus positive Weiterentwicklungen in Richtung beruflicher Reintegration möglich.

5.5 Gegenübertragung und Selbstreflexion in der Begutachtungssituation

Der Begriff „Gegenübertragung“ stammt aus der Psychoanalyse und bezeichnet allgemein die Reaktionen eines Therapeuten auf den verbalen und nonverbalen Ausdruck des Patienten. Inhalte der Gegenübertragung sind beispielsweise unbewusste, aber auch bewusste Gefühle, Erwartungen, Fantasien, Wünsche, Vorurteile und körperliche Reaktionen, ausgelöst durch den Patienten und determiniert durch die eigene psychosoziale Entwicklung des Therapeuten, wobei vor allem frühe Beziehungserfahrungen eine wichtige Rolle spielen. Die bewusste Wahrnehmung und Interpretation der eigenen Gegenübertragung kann ein erfahrener Therapeut diagnostisch nutzen.

Analog zu dieser Definition versteht man unter Gegenübertragung in der Begutachtungssituation den Einfluss des untersuchten Probanden auf die Reaktionen des Gutachters. Dieser Einfluss bleibt den Beteiligten häufig unbewusst und ist bezüglich der möglichen Auswirkungen nicht zu unterschätzen. Affekte wie Empörung und Antipathie, aber auch Mitleid oder Zuneigung können sich – sofern unreflektiert – im Ergebnis der Begutachtung niederschlagen und dieses verzerren. Es ist daher gerade in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Begutachtung von großer Bedeutung, dass der Gutachter um Gegenübertragungspänomene weiß und mit diesen selbstreflektierend umgeht.

Beispielsweise kann bei Begutachtungen im Rahmen von Anträgen auf Erwerbsminderungsrente die Gefahr unreflektiert-aversiver Reaktionen seitens des Gutachters bestehen, wenn der Proband aufgrund bestimmter Persönlichkeitseigenschaften oder Verhaltensweisen negative Affekte beim Gutachter auslöst, deren Zusammenhang mit der eigenen Biografie und Prägung diesem nicht bewusst sind. Hier kann der Gutachter beispielsweise versucht sein, dem Probanden eine Täuschung nachzuweisen und dafür „Indizien“ zu suchen, ohne hierbei den unbewussten Konflikt aus der nötigen Distanz wahrzunehmen.

Eine weitere Quelle verzerrter gutachterlicher Beurteilungen kann darin liegen, dass der Gutachter seinen Beurteilungsmaßstab an seinen eigenen hohen Leistungsanforderungen und -idealen und nicht an dem allgemein Erwartbaren, Möglichen und Zumutbaren ausrichtet. Dies kann dazu führen, dass die vorhandene gesundheitliche Problematik des Probanden nicht mehr angemessen und umfassend gewürdigt wird.

Auch kulturelle Besonderheiten in der Darstellung der Leiden können dazu führen, dass der seelische Hintergrund nicht adäquat wahrgenommen und beschrieben wird, siehe auch 5.3.4.

Als Unterstützung der Selbstreflexion des Gutachters sowie als Instrument der Qualitätssicherung kann beispielsweise die Teilnahme an interkollegialer Supervision, Qualitätszirkeln und Balintgruppen dienen.

Für die meisten Probanden stellt eine psychiatrisch-psychotherapeutische Begutachtung mit der Notwendigkeit, sich gegenüber einem fremden Menschen zu öffnen und ihm gegebenenfalls auch scham- und angstbesetzte Inhalte anzuvertrauen, eine große Belastung dar. In der Begutachtungssituation muss jede zusätzliche Schädigung beispielsweise in Form einer (Re-)Traumatisierung vermieden werden. Daher sind Wünsche, Ziele und Lebenspläne des Probanden zu respektieren und in der Begutachtungssituation keinesfalls wertend zu kommentieren. Eine unterschiedliche Auffassung zwischen Gutachter und Proband in diesen Bereichen darf sich nicht im Ergebnis der sozialmedizinischen Begutachtung niederschlagen.

5.6 Verdeutlichung, Aggravation, Simulation, Dissimulation

Verdeutlichung, Aggravation, Simulation und Dissimulation spielen in der sozialmedizinischen Begutachtung unter anderem im Rahmen der Plausibilitäts- und Konsistenzprüfung eine Rolle. Dabei sollen nach dem aktuellen medizinisch-fachlichen Wissensstand als unplausibel geltende Inkongruenzen zwischen verschiedenen Gutachtenbestandteilen (beispielsweise zwischen Anamnese und psychischem Befund) identifiziert werden, da diese einen Hinweis auf willentliche, motivational gesteuerte Verfälschungstendenzen bei dem Probanden geben können. Verdeutlichung, Aggravation und Simulation sind verschiedene Ausprägungen negativer Antwortverzerrungen, Dissimulation als positive Antwortverzerrung ist im Kontext der Begutachtung für die Rentenversicherung eher selten anzutreffen.

Verdeutlichung bezeichnet eine in Begutachtungssituationen häufiger anzutreffende milde Form der negativen Antwortverzerrung mit Betonung vorhandener Beschwerden und Symptome durch den Probanden. Sie erfolgt aus der Motivation heraus, den Gutachter von der Existenz der Beschwerden zu überzeugen. Verdeutlichungstendenzen unterliegen nicht vollständig der bewussten Steuerung.

Aggravation beschreibt eine bewusst intendierte, übertriebene Darstellung vorhandener Gesundheitsstörungen zu bestimmten, klar erkennbaren Zwecken. Die Grenzen zwischen Aggravation und Verdeutlichung sind fließend und in der Untersuchungssituation nicht immer zweifelsfrei zu ziehen.

Wenn der Gutachter Verdeutlichungs- und/oder Aggravationstendenzen begründet vermutet oder nachweist, muss er dies bei der Beurteilung des Schweregrads der Störung und bei der Beurteilung der Leistungsfähigkeit berücksichtigen (siehe auch 5.4.8).

Simulation ist definiert als das bewusste Vortäuschen einer nicht real existenten Gesundheitsstörung zu bestimmten, klar erkennbaren Zwecken. Sie kommt häufiger im Zusammenhang mit der Vermeidung von Haft- oder Strafverfolgung oder der Erlangung illegaler Drogen vor. Bei der Begutachtung im Rentenverfahren wird sie nur 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 und Funktionseinschränkungen bestehen, während diese bei einer psychischen Störung vorhanden sind.

Dissimulation ist definiert als das Verbergen vorhandener gesundheitlicher Beeinträchtigungen durch den Probanden. Beschwerden werden dabei als unbedeutender dargestellt, als sie es tatsächlich sind oder sie werden gänzlich negiert. Dissimulation ist meist Ausdruck eines psychischen Abwehrprozesses und dient der Verleugnung von Symptomen aus Angst vor bedrohlichen Erkrankungen oder vor sozialer Ausgrenzung. Bewusst eingesetzt kommt Dissimulation beispielsweise bei Begutachtungen im Rahmen der Überprüfung der Kraftfahreignung vor. Zu unterscheiden ist sie von einer verminderten Wahrnehmungsfähigkeit von Beschwerden, beispielsweise bei akuten manischen Episoden und Schizophrenien oder bei bestimmten organischen Krankheiten.

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

Folgende Aspekte können auf eine mögliche Antwortverzerrung hinweisen:

- Diskrepanz zwischen der Schilderung der subjektiven Beschwerden und dem Verhalten des Probanden in der Untersuchungssituation
- Diskrepanz zwischen der Schilderung der subjektiven Beschwerden und sonstigen Befunden/Fremdanamnese
- Diskrepanz zwischen subjektiv geschilderter Beeinträchtigung und bisheriger Inanspruchnahme von Behandlung
- Diskrepanz zwischen subjektiver Schilderung arbeitsbezogener Beeinträchtigungen und von Beeinträchtigungen in Alltags- beziehungsweise Freizeitaktivitäten
- Missverhältnis zwischen subjektiv geschilderter Beschwerdeintensität und diffuser Symptombeschreibung
- Diffuse, unpräzise Schilderung des Krankheitsverlaufs
- Theatralisch-appellative Beschwerdeschilderung

5.7 Zumutbare Willensanspannung

Die „zumutbare Willensanspannung“ ist ein ursprünglich aus der Rechtsprechung stammendes Konstrukt. Dahinter steht eine prognostische Aussage im Hinblick auf ein spezifisches Ziel, beispielsweise die Fortführung oder Aufnahme einer Erwerbstätigkeit. Letztlich geht es um die Abgrenzung zwischen „Können“ und „Wollen“.

Im Kontext der psychiatrisch-psychotherapeutischen Begutachtung für die Rentenversicherung bezeichnet „zumutbare Willensanspannung“ das Vermögen eines Probanden, die aus einer psychischen Störung resultierenden Beeinträchtigungen von Aktivitäten und Teilhabe – im Hinblick auf das Ziel der Aufnahme einer Erwerbstätigkeit – innerhalb von sechs Monaten (= juristisch festgelegte Frist) durch Willenskraft zu überwinden, ohne dass dies für ihn mit dem Risiko einer Verschlechterung seines gesundheitlichen Zustands verbunden ist.

Der Begriff „Willenskraft“ steht hier unter anderem für die aktive und motivierte Durchführung Erfolg versprechender Behandlungen und für gesundheitsförderliche Eigeninitiative in ausreichender Intensität und Dauer mit dem Ziel der Aufnahme einer Erwerbstätigkeit. Gerade bei psychiatrisch-psychotherapeutischen Begutachtungen klaffen die Auffassungen bezüglich dessen, was – bei entsprechender Motivation – noch zumutbar sei, zwischen Gutachter und Begutachtetem nicht selten auseinander.

Die gutachterliche Problematik liegt in der mangelhaften Operationalisierung des Begriffs der „zumutbaren Willensanspannung“. „Zumutbare Willensanspannung“ ist letztlich nicht objektiv messbar. Ihre Ausprägung hängt unter anderem von

- störungsspezifischen und
- persönlichkeitsstrukturellen Faktoren sowie

- von individueller Erfahrung und
- gesellschaftlichen Konventionen ab.

Individuelle motivationale Faktoren spielen für die Ausprägung der zielgerichteten „Willensanspannung“ naturgemäß eine wesentliche Rolle: Zur Erreichung angenehmer Ziele werden willentlich große Kräfte mobilisiert und Anstrengungen unternommen, während aversiv besetzte Ziele oder Anforderungen oft eher zu Passivität und Vermeidungsreaktionen führen. Wenn ein Proband den Erhalt einer Erwerbsminderungsrente anstrebt, obwohl er noch über ausreichende gesundheitliche Ressourcen für eine berufliche Reintegration verfügt, wird seine auf das Ziel der beruflichen Reintegration ausgerichtete „Willensanspannung“ deutlich gemindert sein. Die „zumutbare“ – also im Hinblick auf die Zielerreichung maximal erwartbare – „Willensanspannung“ darf jedoch seitens des Gutachters nur als reduziert betrachtet werden, wenn entsprechende **gesundheitliche**, also störungsimmanente Beeinträchtigungen vorliegen, nicht aber bei rein motivationalen Hemmnissen des Probanden. Eine mangelnde Veränderungs**motivation**, die nicht als Symptom einer psychischen Störung auftritt, reduziert die „zumutbare Willensanspannung“ also nicht und kann auch letztlich nicht zur Feststellung eines geminderten Leistungsvermögens führen. Störungsbedingte Einbußen an Motivation und Handlungsbereitschaft, wie sie beispielsweise bei schwereren depressiven oder schizophrenen Störungen, aber auch bei bestimmten Persönlichkeitsstörungen vorkommen, sind unbedingt abzugrenzen.

Hilfreich zur Beurteilung der „zumutbaren Willensanspannung“ sind unter anderem die Beobachtung des Spontanverhaltens in der Begutachtungssituation sowie das Erfragen von Freizeitbeschäftigungen und eines üblichen Tagesablaufs, verbunden mit einem Abgleich mit den durch den Probanden geschilderten (erwerbsbezogenen) Beeinträchtigungen. Testpsychologische Untersuchungen einschließlich des Einsatzes von Beschwerdenuvalidierungstests können ergänzend sinnvoll sein.

Wesentliche Kriterien, die nach Dohrenbusch (2007) zur Beurteilung der „zumutbaren Willensanspannung“ bei Probanden mit psychischen Störungen herangezogen werden können, sind:

- der Schweregrad der Störung
- der Verlauf der Störung
- die Therapierbarkeit
- die Angemessenheit der bisherigen Behandlung
- die bisherige Behandlungsmotivation (welche Bemühungen hat der Proband selber unternommen, um seine Beschwerden und Beeinträchtigungen zu lindern?)
- das Vorhandensein krankheitswertiger Störungen der Motivation (zum Beispiel Depression)
- eine verzerrte Beschwerdedarstellung (Aggravation, Simulation)

Der pragmatische Umgang mit dem Problem der „zumutbaren Willensanspannung“ stellt sich folgendermaßen dar: Wenn sich ein Proband nicht mehr leistungsfähig fühlt, muss der Gutachter zunächst feststellen, ob dieser subjektiven Angabe überhaupt eine psychische Störung zu Grunde liegt, einschließlich der Abgrenzung gegenüber Simulation. Hat der Gutachter eine psychische Störung diagnostiziert, muss er die bestehende Symptomatik beschreiben und quantifizieren, unter Berücksichtigung von möglicher Verdeutlichung, Aggravation oder Dissimulation. Schließlich muss der Gutachter die resultierenden Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe (am Erwerbsleben) präzise und möglichst konkret darstellen.

Wenn der Gutachter keine körperlichen Gesundheitsstörungen feststellt, die das quantitative Leistungsvermögen beeinträchtigen und keine leistungsmindernden psychopathologischen Auffälligkeiten bestehen, wird eine Minderung des zeitlichen Leistungsvermögens nicht anzunehmen sein. Vor diesem gesundheitlichen Hintergrund ist dann davon auszugehen, dass der Proband die Hemmungen, die einer Arbeitsaufnahme entgegenstehen, mit „zumutbarer Willensanspannung“ innerhalb von sechs Monaten (juristisch festgelegte Frist) überwinden kann.

Wenn ein Proband hingegen aufgrund einer psychischen Störung die Hemmungen oder Barrieren, die einer Arbeitsaufnahme entgegenstehen, mit „zumutbarer Willensanspannung“ nicht mehr überwinden kann, muss das Leistungsvermögen als aufgehoben betrachtet werden, unabhängig von einem unter Umständen zeitlich uneingeschränkten körperlichen Leistungsvermögen.

5.8 „Red Flags“

Fehlerhafte sozialmedizinische Schlussfolgerungen resultieren häufiger aus der Vernachlässigung der folgenden wesentlichen Aspekte, die bei jeder sozialmedizinischen psychiatrisch-psychotherapeutischen Begutachtung zu berücksichtigen sind:

1. Die Beurteilung der Leistungsfähigkeit eines Versicherten im Erwerbsleben darf sich nie alleine auf die Feststellung einer Krankheitsdiagnose stützen.
2. Eine Beeinträchtigung des Leistungsvermögens im Erwerbsleben ist seitens des Gutachters nur dann festzustellen, wenn entsprechende psychopathologische Befunde im Quer- und/oder Längsschnitt erhoben werden können und daraus resultierende erwerbsbezogene Fähigkeitseinbußen vorliegen.
3. Die gesundheitsbedingten Fähigkeitseinbußen und die möglicherweise daraus resultierende Beeinträchtigung des Leistungsvermögens im Erwerbsleben müssen durch den Gutachter auf bio-psycho-sozialer Ebene differenziert wahrgenommen, konkret beschrieben und abschließend in der Epikrise gewichtet werden.
4. Die Symptomatik vieler psychischer Störungen kann durch eine adäquate Behandlung gelindert werden. Daher ist bei einer bislang unbehandelten oder inadäquat behandelten psychischen Störung mit entsprechend auffälligem Querschnittsbefund nicht ohne weiteres von einer erheblich gefährdeten Erwerbsfähigkeit und Rehabilitationsbedürftigkeit oder gar von einem dauerhaft geminderten Leistungsvermögen auszugehen.
5. Erhebliche gesundheitliche Beeinträchtigungen manifestieren sich in der Regel nicht nur in der Teilhabe am Erwerbsleben, sondern zeitigen in allen Lebensbereichen mehr oder weniger starke und nachweisbare Auswirkungen. Für psychische und Verhaltensstörungen bedeutet dies, dass von einer Minderung des Leistungsvermögens im Erwerbsleben auszugehen ist, wenn die psychische Störung die gesamte Lebensführung übernommen hat.
6. Die sozialmedizinische Beurteilung beinhaltet immer eine Plausibilitäts- und Konsistenzprüfung. Eine individuelle Konstellation von Beschwerden, Anamnese und Befund kann dann als plausibel gelten, wenn sie mit dem aktuellen medizinisch-fachlichen Wissensstand vereinbar und eine Übereinstimmung mit entsprechenden Konstellationen in einer Vergleichspopulation gegeben ist. Im Rahmen der Konsistenzprüfung müssen vorhandene Inkongruenzen zwischen verschiedenen Gutachtenbestandteilen identifiziert, dokumentiert und bewertet werden.

6. Leistungen zur Teilhabe

6.1 Aufgaben der Leistungen zur Teilhabe, persönliche Voraussetzungen

Die umfassende Aufgabe der Rehabilitation wird in § 4 des SGB IX (Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen) formuliert. Die Integration von Betroffenen in Familie, Arbeit, Beruf und Gesellschaft ist im gegliederten Sozialleistungssystem der Bundesrepublik Deutschland unterschiedlichen Trägern der Leistungen zur Teilhabe zugeordnet, für die jeweils eigene leistungsrechtliche Kriterien gelten.

Gemäß § 10 SGB VI (Gesetzliche Rentenversicherung) haben Versicherte die persönlichen Voraussetzungen für Leistungen zur Teilhabe 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 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben abgewendet werden
- b) bei geminderter Erwerbsfähigkeit kann diese durch Leistungen zur medizinischen Rehabilitation 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 Erbringung einer Leistung zur Teilhabe oder von Rente wegen Erwerbsminderung durch die gesetzliche Rentenversicherung setzt die Antragstellung seitens des Versicherten oder seines gesetzlichen Vertreters voraus. Details zur Antragstellung können den Internetseiten der Deutschen Rentenversicherung entnommen werden (www.deutsche-rentenversicherung.de).

Arbeitgeber sind gemäß § 84 SGB IX seit dem 01.05.2004 zur Durchführung eines betrieblichen Eingliederungsmanagements (BEM) verpflichtet. Damit soll Arbeitnehmern, die innerhalb eines Jahres länger als 6 Wochen oder wiederholt arbeitsunfähig sind, geholfen werden, die Arbeitsunfähigkeit möglichst zeitnah zu überwinden und wieder im Betrieb arbeiten zu können. Der Bedarf an Leistungen zur Teilhabe, die der Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit dienen, soll im Rahmen des BEM frühzeitig erkannt und die Leistung rechtzeitig eingeleitet werden. Hierdurch soll der Arbeitsplatz langfristig erhalten bleiben.

Die sozialmedizinische Begutachtung für die gesetzliche Rentenversicherung muss immer die Frage nach dem körperlichen, geistigen und seelischen Leistungsvermögen eines Versicherten beantworten. Ist dieses aufgrund einer Gesundheitsstörung erheblich beeinträchtigt, so muss der Gutachter in jedem Fall – also auch bei Vorliegen eines Antrags auf Rente wegen Erwerbsminderung – die Möglichkeit einer Leistung zur Teilhabe prüfen. Eine Voraussetzung für die Erbringung einer 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 kann.

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

6.2 Rehabilitationsbedürftigkeit

Rehabilitationsbedürftigkeit im Sinne der Rentenversicherung besteht, wenn die Erwerbsfähigkeit des Versicherten aus gesundheitlichen Gründen erheblich gefährdet oder gemindert ist und ein umfassendes, multimodales, interdisziplinäres Rehabilitationskonzept im Rahmen von Leistungen zur Teilhabe erforderlich ist, um ein vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu verhindern und den Betroffenen möglichst dauerhaft in das Erwerbsleben einzugliedern. Sofern eine kurative Versorgung in Form einer ambulanten fachärztlichen Mitbehandlung, einer medikamentösen Therapie, einer ambulanten oder stationären Psychotherapie ausreichend und geeignet ist, um eine Besserung zu erreichen, oder eine stationäre Behandlung in einem Fachkrankenhaus vorrangig erforderlich ist, liegt keine Rehabilitationsbedürftigkeit vor.

6.3 Rehabilitationsfähigkeit

Rehabilitationsfähigkeit besteht, wenn die psychische und somatische Verfassung des Versicherten eine Erfolg versprechende und aktive Teilnahme an einem geeigneten Rehabilitationsangebot zulässt. Dies umfasst beispielsweise auch die Fähigkeit zu einem Wechsel des therapeutischen Settings im Hinblick auf die spezifischen rehabilitativen Zielsetzungen. Unter den folgenden beispielhaft aufgeführten Umständen ist bei psychischen Störungen keine Rehabilitationsfähigkeit gegeben:

- ausgeprägte Antriebsstörungen
- schwere Zwangsrituale
- Beeinträchtigungen der Realitätskontrolle
- schwere Kommunikationsstörungen
- durch Wahnphänomene oder Halluzinationen beeinflusstes Verhalten
- Selbst- oder Fremdgefährdung
- erhöhter pflegerischer oder ärztlicher Behandlungs- und/oder Überwachungsbedarf
- gravierende Suchtproblematik, die primär eine Entzugsbehandlung oder eine spezifische Rehabilitation für Menschen mit Abhängigkeitskrankheiten (Entwöhnungsbehandlung) notwendig macht

Neben der psychischen Stabilität können ebenso auch gravierende körperliche Beeinträchtigungen die Rehabilitationsfähigkeit beeinflussen.

6.4 Rehabilitationsprognose

Eine positive Rehabilitationsprognose liegt vor, wenn es unter Berücksichtigung des bisherigen Krankheitsverlaufs, des Kompensationspotenzials und der individuellen Ressourcen medizinisch begründet **überwiegend wahrscheinlich** ist, dass das Rehabilitationsziel durch die Leistung zur Teilhabe erreicht werden kann. Dabei ist es Ziel der Rentenversicherung, Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit der Versicherten entgegen zu wirken und ihr vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu verhindern. Der Einschätzung der Rehabilitationsprognose kommt angesichts der erheblich variierenden Krankheitsverläufe bei psychischen Störungen und des individuellen Rehabilitationspotenzials unter Berücksichtigung der wichtigsten Kontextfaktoren eine besondere Bedeutung zu. Häufige oder länger andauernde Arbeitsunfähigkeitszeiten – vor allem in Kombination mit einem Rentenwunsch –, fehlende Motivation für psychosomatisch-psychotherapeutische Behandlungsansätze und ein laufendes Rentenverfahren sind oft ungünstige Faktoren im Hinblick auf die Rehabilitationsprognose.

6.5 Leistungen zur Teilhabe für Menschen mit psychischen Störungen

Für Menschen mit psychischen Störungen stellt die Teilhabe am Erwerbsleben nicht nur durch die Möglichkeit zur eigenständigen Existenzsicherung einen besonders wichtigen Lebensbereich dar. Vielmehr beinhaltet die Integration in Arbeit auch ein implizites Training sozialer Kompetenz durch regelmäßige Sozialkontakte sowie häufig einen wertvollen Zugewinn an Selbstvertrauen. Die durch die gesetzliche Rentenversicherung erbrachten Leistungen zur Teilhabe mit dem Ziel des Erhalts beziehungsweise des Wiedererlangens der Erwerbsfähigkeit bei gesundheitlich bedingter Beeinträchtigung tragen somit auch ganz wesentlich zur Förderung der Teilhabe an weiteren Lebensbereichen bei.

Allerdings werden psychische Störungen häufig sowohl von den Betroffenen als auch vom direkten sozialen Umfeld mit Scham oder als persönliches Versagen erlebt. Die psychische Symptomatik wird dann – oft unter größten Anstrengungen – so lange wie möglich verheimlicht und eine adäquate Behandlung findet nicht statt. Dysfunktionale Selbstheilungsversuche, beispielsweise durch vermehrten Alkoholkonsum oder unkontrollierte Medikamenteneinnahme, können die Situation zusätzlich komplizieren. Trotz groß angelegter Aufklärungskampagnen, Hilfsangebote und störungsbezogener Netzwerke (zum Beispiel Kompetenznetze Depression, Schizophrenie und Demenz) sind auch heute noch Stigmatisierungstendenzen in der Gesellschaft gegenüber Menschen mit psychischen Störungen verbreitet. Dies trägt dazu bei, dass eine frühzeitige adäquate Krankenbehandlung und Inanspruchnahme nachfolgender Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben häufig unterbleiben.

Je nach zugrunde liegender Störung hat daher ein großer Teil der Erkrankten bereits eine umfangreiche Krankheitsvorgeschichte hinter sich, ablesbar unter anderem an längeren beziehungsweise häufigeren Arbeitsunfähigkeitszeiten, häufigen Arztkonsultationen und Arztwechseln, vermehrtem Medikamentenkonsum und wiederholter, aber oft unergiebigem technisch-apparativer Diagnostik. Trotz deutlich verbesserter diagnostischer und therapeutischer Möglichkeiten im ambulanten Bereich kann die Spanne zwischen Erstmanifestation, Diagnosestellung und dem Beginn einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Fachbehandlung im Einzelfall mehrere Jahre betragen.

Bei psychischen Störungen und Behinderungen kommt es im Verlauf zu einem Zusammenwirken zwischen somatischen, psychischen und sozialen Faktoren im Sinne einer wechselseitigen Beeinflussung. Bei stärkerer Ausprägung der psychischen Störung sind die Betroffenen häufig von einem sozialen Abstieg bedroht, zum Beispiel durch Verlust des Arbeitsplatzes, aber auch von sozialer Isolation in Folge kommunikativer Schwierigkeiten oder von Unverständnis seitens des Umfeldes. Eine erhebliche Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit kann die Folge sein.

Spezifisch auf die Bedürfnisse psychisch kranker Menschen ausgerichtete Leistungen zur medizinischen Rehabilitation haben das längerfristige Ziel, eine Chronifizierung mit ausgeprägten Funktionsstörungen und resultierenden Beeinträchtigungen von Aktivitäten und Teilhabe zu verhindern. Die Rentenversicherung kann neben Leistungen zur medizinischen Rehabilitation auch eine medizinisch-berufliche Rehabilitation und/oder Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben anbieten, um Versicherte in das Erwerbsleben zu (re-)integrieren. Zusätzlich zur Erfüllung der versicherungsrechtlichen Voraussetzungen müssen Rehabilitationsfähigkeit und eine positive Rehabilitationsprognose (siehe 6.3 und 6.4) gegeben sein.

Im Bereich der medizinischen und beruflichen Rehabilitation von Versicherten mit psychischen Störungen wurden neue Konzepte entwickelt, die neben innovativen indikationsspezifischen Behandlungsmethoden auch eine verstärkte Ziel- und Patientenorientierung beinhalten. Dies gilt sowohl für die Versorgung von psychischen und psycho-somatischen Störungsbildern im Rahmen der kontinuierlichen Zunahme psychosomatischer Behandlungsplätze (derzeit nahezu 16.000 in Deutschland), als auch im Bereich der Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen und in der Rehabilitation psychisch kranker Menschen in spezialisierten Einrichtungen (RPK). Diese konzeptionell differenzierten Rehabilitationsansätze, die auch verschiedene berufsbezogene Module beziehungsweise Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben im engeren Sinne umfassen, sind bei Anträgen auf medizinische oder berufliche Rehabilitation bei psychischen Störungen durch den sozialmedizinischen Gutachter zu berücksichtigen. Er muss daher das ganze Spektrum der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben für Versicherte mit psychischen Störungen kennen. Laut SGB IX ist auch ein Rehabilitationsbedarf zu Lasten eines anderen Sozialversicherungsträgers zu berücksichtigen.

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

- das Störungsbild darf nicht mehr akut behandlungsbedürftig im Sinne des SGB V (siehe 5.2) sein,
- trotz möglicher Einschränkungen muss ausreichende Belastbarkeit zur Durchführung der Rehabilitationsleistung vorliegen, und
- es muss eine hinreichende Erfolgsaussicht im Sinne der Rentenversicherung bestehen. Dies bedeutet, dass durch die Leistung zur Teilhabe entweder ein auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt verwertbares Leistungsvermögen erreicht und/oder die Gefahr einer Minderung des Leistungsvermögens im Erwerbsleben in zeitlicher und qualitativer Hinsicht abgewendet werden kann.

6.5.1 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

In § 26 Abs. 1 SGB IX („Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen“) heißt es: „Zur medizinischen Rehabilitation behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen werden die erforderlichen Leistungen erbracht, um

1. Behinderungen einschließlich chronischer Krankheiten abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, eine Verschlimmerung zu verhüten oder
2. Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit und Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern, eine Verschlimmerung zu verhüten sowie den vorzeitigen Bezug von laufenden Sozialleistungen zu vermeiden oder laufende Sozialleistungen zu mindern.“

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bei psychischen Störungen zielen – wie bei körperlichen chronischen Krankheiten und Behinderungen auch – primär auf eine Behebung oder deutliche Reduzierung krankheitsbedingter Funktionsstörungen (beispielsweise Aufmerksamkeits- oder Gedächtniseinbußen) und der daraus resultierenden teilhaberelevanten Fähigkeitsstörungen (zum Beispiel Einbußen hinsichtlich Durchhaltefähigkeit oder Fähigkeit zur Strukturierung von Aufgaben) ab.

Sofern trotz der rehabilitativen Behandlung erhebliche Beeinträchtigungen erwerbsbezogener Fähigkeiten bestehen bleiben, wird auch geprüft, ob die Bedingungen am Arbeitsplatz so gestaltet werden können, dass eine berufliche

Reintegration dennoch möglich ist. Die Umsetzung umfangreicherer Arbeitsplatzanpassungen erfolgt gegebenenfalls im Zuge einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben, siehe 6.5.3.

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation umfassen gemäß dem Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung:

- die Diagnostik der Erkrankung und der Funktionsstörungen auf der Ebene der Körperstrukturen und -funktionen (falls noch nicht ausreichend erfolgt oder falls die vorliegenden Befunde nicht mehr aktuell sind), spezielle Leistungsdiagnostik auf der Ebene der Aktivitäten (körperliche und psychische Leistungsfähigkeit), psychosoziale Diagnostik als Eingangs-, Verlaufs- und Abschlussdiagnostik, Berücksichtigung individueller Kontextfaktoren (Umwelt- und personbezogene Faktoren) im Hinblick auf ihre unterstützende oder Barrierewirkung
- die Erstellung eines Rehabilitationsplans, der soweit wie möglich die Behandlungskonzepte der Vorbehandler berücksichtigt, auf den Ergebnissen der (Verlaufs-)Diagnostik in der Rehabilitationseinrichtung aufbaut und die individuellen Voraussetzungen der Rehabilitanden sowie die besonderen Anforderungen an sie in Beruf und Alltag einbezieht. Dabei ist es notwendig, Rehabilitanden bei der Erstellung des Rehabilitationsplans einzubinden
- die Fortführung, gegebenenfalls Anpassung der medizinischen Therapie und die Durchführung von physikalischen, psychologischen und weiteren Therapieleistungen (zum Beispiel Ergotherapie, Logopädie)
- das Training von Restfunktionen und die Ausbildung neuer Fertigkeiten zur Kompensation von beeinträchtigten Funktionen und Aktivitäten. Abbau hemmend und Unterstützung fördernd wirkender Kontextfaktoren
- die Information über die Erkrankung und deren Folgen sowie über die erforderlichen aktuellen und langfristigen Behandlungsmaßnahmen
- die Förderung einer angemessenen Einstellung zur Erkrankung: Akzeptanz irreversibler Krankheitsfolgen, Motivation zur aktiven Krankheitsverarbeitung („Wandel vom Behandelten zum Handelnden“) und Aufbau eines eigenverantwortlichen Gesundheitsbewusstseins
- die Anleitung und Schulung zum eigenverantwortlichen Umgehen (Selbstmanagement) mit der Erkrankung
- die Verhaltensmodifikation mit dem Ziel des Aufbaus einer krankheitsadäquaten und gesundheitsförderlichen Lebensweise und des Abbaus gesundheitsschädigenden Verhaltens
- die Beratung und Anleitung von Bezugspersonen über den adäquaten Umgang mit dem Rehabilitanden und den Folgen der Gesundheitsstörung
- die sozialmedizinische Beurteilung der Leistungsfähigkeit des Rehabilitanden
- die Beratung im Hinblick auf die berufliche Tätigkeit und das Alltagsleben auf der Basis des erreichten Leistungsvermögens
- die Planung und Anregung weiterer Maßnahmen (Nachsorge, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, Indikationsstellung für weitere diagnostische und/oder therapeutische Maßnahmen) und die Vorbereitung des Rehabilitanden darauf

Die weit überwiegende Zahl der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation für Versicherte mit psychischen Störungen wird in psychosomatisch-psychotherapeutischen Rehabilitationseinrichtungen durchgeführt. Im Rahmen eines integrativen bio-psycho-sozialen Rehabilitationsansatzes liegt der Fokus hier vor allem im verbalen und interaktionellen Bereich; ergänzend kommen übende, aktivitäts- und bewegungsfördernde, kreativtherapeutische, edukative und beratende Module sowie Entspannungsverfahren zum Einsatz. Interventionen in offenen oder geschlossenen Gruppen besitzen gegenüber Einzelinterventionen Vorrang. In der Psychotherapie ist die traditionelle Ausrichtung an einer bestimmten Therapieschule zunehmend durch ein pragmatisches, an den individuellen Ressourcen und Bedürfnissen der Rehabilitanden orientiertes Vorgehen abgelöst worden. Dabei werden psychodynamisch geprägte Rehabilitationskonzepte und verhaltenstherapeutische Ansätze flexibel eingesetzt und bedarfsabhängig kombiniert.

Vor dem Hintergrund des gesetzlichen Auftrags der Rentenversicherung hat die Berücksichtigung arbeitsbezogener Aspekte in der medizinischen Rehabilitation einen besonderen Stellenwert erhalten. Sie sollen nicht nur in die psychotherapeutischen Gruppen- und Einzelangebote, sondern in alle rehabilitativen Module einfließen. Berufstherapeutische Angebote im engeren Sinne wie Belastungserprobungen oder Arbeitstherapie werden entweder von den Rehabilitationseinrichtungen selbst oder in Kooperation mit externen Trägern beziehungsweise mit örtlichen Betrieben erbracht.

Indikationsspezifische Schwerpunktsetzungen ermöglichen auch die Rehabilitation seltenerer psychischer Störungen oder solcher, die eines besonderen therapeutischen Konzeptes oder Milieus bedürfen. Für die in der Rehabilitationsstatistik der Rentenversicherung besonders häufig verzeichnete Indikation „Depressive Störung“ wurden inzwischen im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung Reha-Therapiestandards auf wissenschaftlicher Basis entwickelt. Selbstverständlich ist die psychosomatisch-psychotherapeutische Rehabilitation in die umfangreiche Reha-Qualitätssicherung der Deutschen Rentenversicherung integriert.

„Rehabilitationseinrichtungen für psychisch kranke und behinderte Menschen (RPK)“: Aufgrund von Ausprägung und Schwere der Teilhabebeeinträchtigung bei einer psychischen Störung, beispielsweise bei einer Schizophrenie oder schweren Persönlichkeitsstörung, kann neben dem Rehabilitations- auch ein spezifischer medizinischer Behandlungs- und psychosozialer Betreuungsbedarf bestehen. Für diese meist jungen Versicherten steht mit den RPK-Einrichtungen ein trägerübergreifend und überwiegend wohnortnah genutzter Einrichtungstyp mit einem spezifischen therapeutischen Setting zur Verfügung, in dem sowohl eine längerfristig angelegte, meist mehrmonatige medizinische Rehabilitation als auch Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben in stationärer und ambulanter Form angeboten werden. Medizinische (analog Phase I), medizinisch-berufliche (analog Phase II) und berufliche Rehabilitation (analog Phase III) werden in diesen Einrichtungen „unter einem Dach“ integriert. 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 – auch in Abgrenzung zu Übergangseinrichtungen – festgelegt. Danach wird die medizinische Rehabilitation im Rahmen der RPK-Leistungen über 3 bis maximal 12 Monate durchgeführt. Bei gegebener Indikation können im Anschluss Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben unterschiedlicher spezieller

Zielsetzung und Dauer in RPK-Einrichtungen durchgeführt werden (Arbeitserprobung und Eignungsabklärung: bis zu 6 Wochen; Berufsvorbereitung: bis zu 6 Monate; berufliche Anpassung: bis zu 9 Monate).

6.5.2 Medizinisch-berufliche Rehabilitation (Phase II)

Bei Versicherten mit einer erheblichen Beeinträchtigung der Teilhabe aufgrund einer schwerwiegenden psychischen Störung (beispielsweise einer affektiven oder schizophrenen Störung, einer schweren neurotischen, Belastungs-, Impulskontroll- oder somatoformen Störung, einer Persönlichkeitsstörung) soll die medizinisch-berufliche Rehabilitation die Lücke zwischen Akutbehandlung oder medizinischer Rehabilitation und einer im Anschluss notwendig werdenden beruflichen Rehabilitation schließen.

Die medizinisch-berufliche Rehabilitation für Menschen mit psychischen Störungen wird in spezialisierten Einrichtungen erbracht, insbesondere den in einer Bundesarbeitsgemeinschaft zusammengeschlossenen medizinisch-beruflichen Rehabilitationszentren (sogenannten Einrichtungen der Phase II) sowie den RPK-Einrichtungen (siehe 6.5.1). Das Hauptanliegen der medizinisch-beruflichen Rehabilitation ist eine Steigerung der beruflichen Belastbarkeit mit dem Ziel der (Wieder-)Eingliederung in Arbeit.

In diesem konzeptionellen Rahmen sind eine längerfristige qualifizierte Analyse individueller Ressourcen und Fähigkeitsstörungen einerseits, aber auch eine berufsbezogene Selbsterfahrung für die Rehabilitanden möglich. Dies kann beispielsweise als sechswöchige Belastungserprobung (BE) zur Bestandsaufnahme des Leistungsvermögens beziehungsweise als mehrmonatige Arbeitstherapie (AT) mit dem Ziel der beruflichen Anpassung durchgeführt werden. Belastungserprobung (BE) und Arbeitstherapie (AT) sollen nach längerem krankheitsbedingtem Ausschluss vom Erwerbsleben über noch erforderliche medizinische Leistungen zur Rehabilitation hinaus der Erprobung beziehungsweise Stabilisierung von erwerbsbezogenen Fähigkeiten wie Ausdauer, Gruppen- und Kommunikationsfähigkeit, Belastbarkeit und sozialer Kompetenz dienen.

Zudem bietet die medizinisch-berufliche Rehabilitation die Möglichkeit der psychotherapeutischen Bearbeitung von möglicherweise durch die psychische Störung beeinflussten Qualifizierungswünschen für nicht dem Leistungsvermögen entsprechende Tätigkeiten sowie der Erarbeitung realistischer beruflicher Perspektiven.

Bei der Indikationsstellung für eine medizinisch-berufliche Rehabilitation (Phase II) darf eine manifeste Abhängigkeitserkrankung mit fortgesetztem Gebrauch psychotroper Substanzen oder eine geistige Behinderung nicht im Vordergrund stehen.

6.5.3 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Eine gelungene Integration in das Erwerbsleben bedeutet gerade für Menschen mit psychischen Störungen einen wichtigen stabilisierenden Faktor. Die Ausübung einer Erwerbsarbeit ist unter anderem mit Existenzsicherung, Zugewinn an Selbstvertrauen, Sozialkontakten, Wertschätzung, Tagesstrukturierung und Sinngabe verknüpft. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben können dazu beitragen, Menschen mit psychischen Störungen den Erhalt der Erwerbsfähigkeit beziehungsweise die Reintegration in das Erwerbsleben zu ermöglichen. Dabei sind die Motive der Antragsteller bezüglich einer möglicherweise gewünschten beruflichen Veränderung zu eruieren. Der Veränderungswunsch kann beispielsweise das Resultat eines psycho- und soziotherapeutischen Prozesses sein, wobei beachtet werden muss, dass Leistungen zur Teilhabe am

Arbeitsleben nicht als therapeutisches Element im engeren Sinne durchzuführen sind, sondern weil die zuletzt ausgeübte Tätigkeit nicht mehr auf Dauer zumutbar ist.

Der bei Anträgen auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zu ermittelnde sogenannte Bezugsberuf ist nicht immer mit der zuletzt ausgeübten Tätigkeit identisch. Wenn die zuletzt ausgeübte Tätigkeit beispielsweise nur über kurze Zeit verrichtet wurde oder mit einer geringen Qualifikation verbunden war, wird diese Tätigkeit häufig nicht als Bezugsberuf gewertet. Der Bezugsberuf wird anhand der folgenden Kriterien verwaltungsseitig festgestellt:

- Dauer der ausgeübten Tätigkeit
- erworbene berufliche Qualifikation
- zeitliche Abfolge verschiedener ausgeübter Tätigkeiten

Insgesamt ist zu berücksichtigen, dass die Wiederaufnahme der Berufstätigkeit (zum Beispiel an einem anderen Arbeitsplatz) oder die Absolvierung einer Umschulung mit erneuten Belastungen verbunden ist und Anpassungs-, Identitäts- und Rollenprobleme hervorrufen kann. Die gleichzeitige Bewältigung der fachlichen und der sozialen Anforderungen an einem neuen Arbeitsplatz gestaltet sich für Menschen mit psychischen Störungen oft besonders schwierig. Daher sollten in Kenntnis der individuellen psychischen Belastbarkeit berufliche Überforderung, aber auch private und soziale Überlastungen vermieden werden, um einer psychischen Dekompensation vorzubeugen. Bei der differenziellen Indikationsstellung für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sind vorhandene berufliche Kompetenzen einzubeziehen. Erforderliche Leistungen erfolgen vorzugsweise in der gewohnten Umgebung der Rehabilitanden, um vorhandene soziale Ressourcen und therapeutische Kontakte zu erhalten. Darüber hinaus müssen die Verlaufskarakteristika der psychischen Störungen bei Planung und Ablauf der beruflichen Rehabilitation berücksichtigt werden.

Hinweise auf das Anforderungsprofil der geplanten Tätigkeiten können geeigneten arbeitsmedizinischen und berufskundlichen Sammelwerken beziehungsweise den berufskundlichen Internetseiten der Bundesagentur für Arbeit entnommen werden (zum Beispiel <http://berufenet.arbeitsagentur.de/berufe/>).

Grundsätzlich orientiert sich die Entscheidung über die Durchführung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben auch bei Versicherten mit psychischen Störungen an den folgenden Fragen:

1. Kann die **bisherige** Berufstätigkeit am **selben** Arbeitsplatz ausgeübt werden?
2. Kann die **bisherige** Berufstätigkeit an einem **anderen** Arbeitsplatz ausgeübt werden?
3. Kann die **bisherige Berufstätigkeit** an einem den Ressourcen und Fähigkeitsstörungen des Versicherten **entsprechend angepassten Arbeitsplatz** ausgeübt werden?
4. Kann eine den vorhandenen Ressourcen und Fähigkeiten **angemessene andere** Erwerbstätigkeit ausgeübt werden?
5. Kann eine **andere** Berufstätigkeit ausgeübt werden?

Wenn die erste und zweite Frage bejaht werden können, sind Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben durch den Rentenversicherungsträger nicht erforderlich. Wenn der bisherige Beruf auch an einem anderen Arbeitsplatz nicht mehr ausgeübt werden kann und eine der Fragen 3 bis 5 bejaht werden kann, ist

jeweils die Indikation zur Durchführung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zu prüfen. Das Spektrum der in Frage kommenden Leistungen ist vielfältig und die Auswahl der geeigneten Leistung ist an dem individuellen Bedarf des Rehabilitanden auszurichten, unter Berücksichtigung ökonomischer Aspekte.

Aufgrund der unterschiedlichen psychischen Belastbarkeit und Leistungsfähigkeit von Menschen mit einer psychischen Störung ist es sehr wichtig, mit jedem Rehabilitanden einen individuell zugeschnittenen Rehabilitationsplan mit dem Ziel der Reintegration in das Erwerbsleben zu entwerfen. Die Möglichkeiten innerbetrieblicher Umsetzung, der Vermittlung von Eingliederungshilfen, von Hilfen zur Erhaltung oder Erlangung eines passenden Arbeitsplatzes sowie betrieblicher Anpassungsmaßnahmen – beispielsweise im Rahmen des betrieblichen Eingliederungsmanagements (BEM) – sind vorrangig zu prüfen.

Wenn Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erforderlich sind, sollten möglichst wohnortnahe Einrichtungen und Dienste mit überschaubaren Strukturen bevorzugt werden. Zur beruflichen Reintegration nach längerer krankheitsbedingter Ausgliederung aus dem Erwerbsleben sind insbesondere integrierende Praktika in ortsansässigen Betrieben oder in Übungsfirmen geeignet. Die Einbindung in das soziale Umfeld bleibt so erhalten. Dies ist für Menschen mit psychischen Störungen umso wichtiger, als eine Beeinträchtigung der Kommunikations- und Beziehungsfähigkeit oft zentraler Bestandteil psychischer Störungen ist.

In Einzelfällen können für Menschen mit psychischen Störungen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben gemäß § 33 SGB IX in Form von Mobilitätshilfen einschließlich Kraftfahrzeughilfen sowie technische Arbeitshilfen erforderlich sein, unter Umständen auch die Kostenübernahme für eine notwendige Arbeitsassistenz. Zu beachten ist, dass die Eignung zum Führen eines Kraftfahrzeugs beziehungsweise zur aktiven Teilnahme am Straßenverkehr durch eine psychische Störung in einem Ausmaß eingeschränkt sein kann, dass entsprechende Hilfen, die primär der Erreichung des Arbeitsplatzes mittels eines Kraftfahrzeugs dienen sollen, nicht Erfolg versprechend eingesetzt werden können. Einzelheiten zur Kraftfahrereignung bei psychischen Störungen können den „Begutachtungsleitlinien zur Kraftfahrereignung“ der Bundesanstalt für Straßenwesen (zum Stand der Überarbeitung siehe www.bast.de) entnommen werden.

Andere, überregionale Einrichtungen (Phase-III-Einrichtungen) sollten in der Rehabilitation von Menschen mit psychischen Störungen dann ausgewählt werden, wenn deren spezifische psychiatrische, psychologische, pädagogische und sozialpädagogische Kompetenz erforderlich ist. Die Reintegration in eine bisher ausgeübte Tätigkeit oder eine andere Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt erfolgt in Beruflichen Trainingszentren (BTZ), für notwendige Umschulungen beziehungsweise Qualifizierungsmaßnahmen stehen speziell auf die Bedürfnisse von Menschen mit psychischen Störungen ausgerichtete Berufsförderungswerke (BFW) zur Verfügung. Im Einzelnen sind an Einrichtungen für die Durchführung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zu nennen:

Berufliche Trainingszentren (BTZ)

Diese wurden speziell für die Erfordernisse und Bedürfnisse psychisch kranker Menschen eingerichtet. In beruflichen Trainingszentren wird berufsfeldorientiert ein Aufbautraining mit dem Ziel der Wiedererlangung der Leistungsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt durchgeführt. Es erfolgt zum Beispiel über 6 bis 12 Monate eine stufenweise Anpassung an die aktuellen Anforderungen im bereits erlernten Beruf oder ein Anlernen in einem für den Rehabilitanden neuen Berufsfeld. Auch dreimonatige Arbeitserprobungs- und Trainingsmaßnahmen werden angeboten.

Berufsförderungswerke (BFW)

Berufsförderungswerke sind außerbetriebliche Bildungseinrichtungen der beruflichen Rehabilitation für Menschen mit Behinderungen, die bereits berufstätig waren. Leistungen in Berufsförderungswerken sind besonders dann indiziert, wenn die zuletzt ausgeübte Tätigkeit beziehungsweise der Bezugsberuf aufgrund der psychischen Behinderung nicht mehr ausgeübt werden kann, in einem anderen Tätigkeitsfeld jedoch keine zeitliche Leistungseinschränkung besteht und eine Umschulung erforderlich ist. BFW bieten neben Umschulung auch individuelle Qualifizierungen an. Die Angebote der Berufsförderungswerke für Menschen mit psychischen Störungen sind insbesondere gekennzeichnet durch eine geringe Gruppengröße, adäquate Pausen, die Bevorzugung handlungsorientierter Gruppenarbeit, eine klare Tagesstruktur sowie Auffang- und Stützmöglichkeiten für Krisensituationen und sollten auch flexible Wiederholungsmöglichkeiten bieten. Voraussetzung dafür ist eine strukturelle und personelle Ausstattung, die den besonderen Anforderungen an die Rehabilitation von Menschen mit psychischen Störungen Rechnung trägt. Die Leistungen können ambulant oder – soweit erforderlich – in Internatsform durchgeführt werden.

→ **Abklärung der beruflichen Eignung und erweiterte Arbeitserprobung (EAP) für psychisch behinderte Menschen**

Abklärung der beruflichen Eignung und erweiterte Arbeitserprobung (3–6 Wochen) für Menschen mit psychischen Störungen werden in konzeptionell entsprechend ausgerichteten Berufsförderungswerken durchgeführt. Wenn Unsicherheiten bezüglich der angestrebten Berufstätigkeit beziehungsweise der Eignung des Rehabilitanden für diese Berufstätigkeit bestehen, kann auf diesem Wege der fundierte und praxisorientierte Abgleich von Ressourcen und Fähigkeitsstörungen einerseits mit dem Anforderungsprofil der angestrebten Tätigkeit andererseits erfolgen, verbunden mit einer auf dieser Basis möglichen eingehenden Beratung.

→ **Rehabilitations-Vorbereitungs-Training (RVT)**

Ein Rehabilitations-Vorbereitungs-Training (in der Regel 3 Monate) kann im Einzelfall vor einer Umschulungsmaßnahme bei Rehabilitanden mit solchen psychischen Störungen angezeigt sein, die mit einer besonderen Beeinträchtigung der sozialen Kompetenz einhergehen, wenn die Umschulung behinderungsbedingt ohne eine solche Vorbereitung nicht durchgeführt werden kann.

→ **Rehabilitations-Vorbereitungs-Lehrgänge (RVL)**

Verlängerte und speziell zugeschnittene umschulungsvorbereitende Rehabilitations-Vorbereitungs-Lehrgänge (3 Monate) dienen der Vertiefung von Grundkenntnissen beziehungsweise Behebung von Defiziten im schulischen Bereich und der Erhöhung der Sozialkompetenz; sie kommen in Frage, wenn eine Umschulung behinderungsbedingt sonst nicht zu erreichen ist.

→ **Qualifizierung / Umschulung**

Die Umschulung in einem Berufsförderungswerk bietet den Vorteil der ständigen Betreuungsmöglichkeit durch das multiprofessionelle Team der begleitenden Fachdienste und – bei krankheitsbedingten Versäumnissen – die Möglichkeit, entstandene Wissenslücken durch Förderunterricht zu kompensieren. Generell ist auch für Menschen mit psychischen Störungen die auf zwei Jahre angelegte Rehabilitationsdauer ausreichend. Bei Versicherten mit schweren affektiven oder schizophrenen Störungen sowie schweren Persönlichkeitsstörungen ist die Belastbarkeit für die Absolvierung einer qualifizierten Umschulung sorgfältig zu prüfen, um eine Überforderung mit eventueller Dekompensation der psychischen Störung zu vermeiden.

Berufliche Fortbildungszentren (BFZ)

Berufliche Fortbildungszentren sind überwiegend in Bayern lokalisierte Einrichtungen, die durch die Arbeitgeberverbände getragen werden und ein konzeptionell an Berufsförderungswerken oder Beruflichen Trainingszentren orientiertes Leistungsspektrum für Menschen mit psychischen Störungen erbringen.

Reintegrationsmaßnahmen für Menschen mit psychischen Störungen

Hierbei handelt es sich um Trainingsmaßnahmen im Angebot überregionaler Leistungsanbieter, aber auch um Integrationsprogramme lokaler Träger (6–12 Monate). Sie sind geeignet für psychisch behinderte Menschen mit und ohne abgeschlossene Berufsausbildung, die krankheitsbedingt längerfristig aus dem Erwerbsleben ausgegliedert sind und bei denen eine Vollqualifizierung aus medizinischen oder arbeitsmarktbedingten Gründen nicht angezeigt ist. Eine Wiedererlangung der Leistungsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt ist diesem Personenkreis ohne integrierende Hilfen nicht möglich. In der Regel bestehen die Integrationsprogramme aus einem Trainingsprogramm, das die vorhandenen Ressourcen nutzt, einem berufsfeldorientierten Aufbautraining sowie betrieblichen Praktika, über die idealerweise eine Wiedereingliederung in den allgemeinen Arbeitsmarkt erfolgen soll.

Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM)

Werkstätten für behinderte Menschen haben den Auftrag, im Berufsbildungsbereich eine angemessene berufliche Bildung und im Arbeitsbereich eine leistungsgerecht vergütete Beschäftigung für Menschen vorzuhalten, die behinderungsbedingt nicht, noch nicht oder nicht wieder auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt tätig sein können. 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 in den allgemeinen Arbeitsmarkt vorbereitet werden kann. Prognostisch besteht hier allerdings nur ein Reintegrationspotential von maximal 15 %, so dass dieser Rehabilitationsbaustein nur in wenigen Einzelfällen in Betracht zu ziehen ist. In der Regel beziehen die Teilnehmer eine Erwerbsminderungsrente.

Die medizinischen Kriterien für die Aufnahme in den Eingangs- und Berufsbildungsbereich einer WfbM stützen sich 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 Monate) 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.

Die Förderung behinderter Menschen im Arbeitsbereich einer WfbM im Rahmen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen ist in der Regel die Aufgabe des Sozialhilfeträgers. Wenn ein Mindestmaß an wirtschaftlich verwertbarer Arbeitsleistung nicht erzielt werden kann und erhöhter Betreuungsbedarf besteht, kommt lediglich die Integration in den Förderbereich einer WfbM in Betracht.

6.5.4 Rehabilitationsform

Die psychosomatisch-psychotherapeutische Rehabilitation kann in ganztägig ambulanter oder in stationärer Form oder in einer Kombination beider Modalitäten durchgeführt werden. Beide Formen basieren auf dem gleichen Konzept einer komplexen, multimodalen Behandlung und unterliegen vergleichbar hohen Qualitätsanforderungen. Im Jahr 2010 erfolgten rund 2% der Leistungen ganztägig ambulant. Als Grundlage für den Ausbau einer bedarfsgerechten und qualitätsgesicherten ganztägig ambulanten Rehabilitation bei psychischen Störungen dienen unter anderem die auf der Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) trägerübergreifend konsentierten Rahmenempfehlungen für die ambulante Rehabilitation bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen vom 22. Januar 2004.

Ganztägig ambulante, wohnortnahe stationäre und wohnortferne stationäre Rehabilitation unterscheiden sich unter anderem im Setting und im Bezug zur Umgebung, zum sozialen Umfeld. Für viele Versicherte mit psychischen Störungen stellen alle drei Formen gleichermaßen geeignete Optionen dar. Für manche Versicherte ist jedoch eine bestimmte Rehabilitationsform auszuwählen, beispielsweise aufgrund der Notwendigkeit einer vorübergehenden Distanzierung vom häuslichen Milieu (stationär, gegebenenfalls wohnortfern) oder der engmaschigen Einbeziehung von Bezugspersonen in den therapeutischen Prozess (ganztägig ambulant).

Bei der ganztägig ambulanten Rehabilitation und bei der wohnortnahen stationären Rehabilitation lässt sich die Einbeziehung des beruflichen und familiären Umfeldes des Rehabilitanden in den Rehabilitationsprozess praktisch leichter organisieren. Auch örtliche Selbsthilfegruppen und Vor- beziehungsweise Nachbehandler können schon während der Rehabilitation kontaktiert werden. Allerdings bietet die ganztägig ambulante Durchführung keine Gewähr für das Gelingen der Einbeziehung des sozialen Umfeldes. Nicht selten liegen oft gerade bei den Rehabilitanden in ganztägig ambulanter Rehabilitation erhebliche störungsbedingte und kommunikative Hemmnisse vor, die dies behindern. Die Entlastung von häuslichen Pflichten unterscheidet die wohnortnahe stationäre Rehabilitation maßgeblich von der ganztägig ambulanten. Bei der wohnortfernen stationären Rehabilitation kommt eine stärkere räumliche Distanzierung von der gewohnten Umgebung hinzu, was bei bestimmten Konstellationen hilfreich oder sogar notwendig sein kann (zum Beispiel bei einer Posttraumatischen Belastungsstörung).

Voraussetzungen für die Teilnahme an einer ganztägig ambulanten Leistung sind unter anderem die Erreichbarkeit der Rehabilitationseinrichtung in einer zumutbaren Fahrzeit, ausreichende psychische Stabilität und Motivation sowie eine häusliche Situation, die die erfolgreiche Durchführung einer ganztägig ambulanten Rehabilitationsleistung erlaubt. Im Rahmen eines interdisziplinären Behandlungssettings sind in der Regel täglich mindestens vier bis maximal sechs Stunden Therapiezeit an fünf bis sechs Tagen vorgesehen. Bei der ganztägig ambulanten Rehabilitation verbringt der Rehabilitand die Abende und das Wochenende in seinem gewohnten Umfeld und hat damit die Möglichkeit, die in der Rehabilitation erworbenen Kompetenzen und Erfahrungen unmittelbar zu erproben, im Alltag umzusetzen und die damit möglicherweise verbundenen

Schwierigkeiten wiederum in der Therapie zu thematisieren. Allerdings können die häufigen Milieuwechsel und die lediglich partielle häusliche Entpflichtung gerade für Menschen mit psychischen Störungen auch eine Belastung darstellen, was bei der Indikationsstellung beachtet werden sollte.

Wenn bereits ein Antrag auf Erwerbsminderungsrente gestellt wurde, ist bei der Indikationsstellung für eine – nicht selten von Antragstellern bevorzugte – ganztägig ambulante Rehabilitationsleistung einerseits zu prüfen, ob die Durchführung einer solchen aufgrund der Schwere der Erkrankung Erfolg versprechend sein kann. Andererseits ist zu berücksichtigen, dass bei einer ganztägig ambulanten Rehabilitation die für die sozialmedizinische Begutachtung relevanten Informationen zum Leistungsvermögen des Rehabilitanden nur auf der Basis des Verhaltens in der konkreten Therapie- und Begutachtungssituation gewonnen werden können. Demgegenüber liegt der Vorteil einer stationären Rehabilitation darin, dass auch informelle Wahrnehmungen durch Mitglieder des therapeutischen Teams außerhalb der fixierten Therapiezeiten in die Begutachtung einfließen können.

Im Rahmen einer wohnortfernen beziehungsweise stationären Rehabilitation besteht die Chance, familiäre und berufliche Problemlagen innerhalb eines geschützten therapeutischen Milieus anzugehen. Bei bestimmten psychischen Störungen beziehungsweise psychosozialen Problemkonstellationen ist die Distanzierung aus dem häuslichen Umfeld Bestandteil der therapeutischen Strategie. Grundsätzlich kann eine stationär begonnene Rehabilitation in ganztägig ambulanter Form fortgesetzt werden (und umgekehrt).

6.5.5 Rehabilitationsdauer

Die Modifikation oft über Jahre verfestigter dysfunktionaler Erlebens- und Verhaltensweisen und eines ungesunden Lebensstils sowie der Aufbau gesundheitsförderlicher Coping-Strategien bei Versicherten durch eine multimodale psychosomatisch-psychotherapeutische Rehabilitation mit den im Zentrum stehenden psychotherapeutischen Prozessen ist ein personal- und zeitintensiver Prozess. Bei den meisten Versicherten ist daher von der Notwendigkeit einer mehrwöchigen Dauer der Rehabilitation auszugehen. Der im Bescheid der Deutschen Rentenversicherung an den Versicherten und an die Rehabilitationseinrichtung mitgeteilte Bewilligungszeitraum gibt den zeitlichen Rahmen vor und ist nicht mit der tatsächlichen Rehabilitationsdauer identisch: In Abhängigkeit von der Art und Schwere der Erkrankung, den damit einhergehenden persönlichen, beruflichen und sozialen Beeinträchtigungen sowie vom Rehabilitationsverlauf kann während des therapeutischen Prozesses von der Rehabilitationseinrichtung selbst die Behandlungsdauer im Rahmen eines verfügbaren einrichtungsbezogenen Kontingents an Behandlungstagen („Behandlungstagebudget“) verkürzt oder verlängert werden.

6.5.6 Rehabilitationsnachsorge

Sowohl bei stationären als auch bei ganztägig ambulanten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation kommen zur Sicherung des Rehabilitationserfolges oder zur Festigung der bisher erreichten Rehabilitationsergebnisse Nachsorgeleistungen in Frage. Diese zeitlich begrenzten, an eine Rehabilitation anschließenden Nachsorgeangebote sollen neben dem Fortführen einer begonnenen Therapie insbesondere einen Anstoß in Richtung regelmäßiger Eigenaktivitäten geben und einen Transfer in den Alltag unterstützen. Die Anregung zur Durchführung einer Nachsorgeleistung erfolgt durch den Arzt der Rehabilitationseinrichtung, er empfiehlt auch den inhaltlichen und zeitlichen Rahmen sowie die konkrete, wohnortnah gelegene Nachsorge-Einrichtung. Nachsorgeleistungen finden in der Regel im Gruppensetting statt. Soweit erforderlich und möglich, können Angehörige oder Bezugspersonen in die Nachsorge einbezogen werden.

Auf der Grundlage der im Jahr 2007 herausgegebenen Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Rehabilitationsnachsohle in der Rentenversicherung können Nachsorgeleistungen noch flexibler und besser an den individuellen Bedarf angepasst durchgeföhrt werden. Beispielsweise können die Nachsorgeleistungen innerhalb eines Zeitraums von bis zu einem Jahr nach Ende der Rehabilitationsleistung durchgeföhrt werden, wobei sowohl eine kontinuierliche als auch eine initial komprimierte Therapieabfolge möglich ist, gegebenenfalls kombiniert mit einem späteren „Auffrischungsangebot“ (refresher) zur weiteren Unterstützung der in der Rehabilitation erworbenen Kompetenzen und Erfahrungen.

Es existieren unterschiedliche Nachsorgekonzepte der einzelnen Rentenversicherungsträger, die wechselseitig anerkannt werden können, so dass jede Rehabilitationseinrichtung ihren Rehabilitanden sowohl Angebote des jeweils zuständigen Regionalträgers als auch der Bundesträger empfehlen kann. Die bekanntesten Nachsorgeangebote für Menschen mit psychischen Störungen sind die entsprechenden Module aus der Intensivierten Rehabilitations-Nachsorge (IRENA) sowie das Curriculum Hannover; daneben existiert eine Vielzahl weiterer Ansätze und Modellprojekte zur Reha-Nachsorge (zum Beispiel Psychosomatische Nachsorge Rehabilitation, PRN), neuerdings auch unter Nutzung moderner Medien (zum Beispiel Internet-Nachsorge). Eine ambulante Psychotherapie im engeren Sinne oder eine empfohlene psychiatrische Behandlung kann durch eine Nachsorgeleistung der Rentenversicherung nicht ersetzt werden; vielmehr sollten diese Therapiemaßnahmen mit der Nachsorge zeitlich und inhaltlich koordiniert werden und die meist erforderliche langfristige Behandlung nach Beendigung der Nachsorgeleistung sicherstellen.

6.5.7 Stufenweise Wiedereingliederung

Neben den aufgeführten Nachsorgeangeboten können die Träger der Deutschen Rentenversicherung Leistungen zur stufenweisen Wiedereingliederung von Versicherten am bestehenden Arbeitsplatz in unmittelbarem Anschluss an eine von ihnen erbrachte Leistung zur medizinischen Rehabilitation erbringen. Dabei werden die Notwendigkeit zur stufenweisen Wiedereingliederung in der Rehabilitationseinrichtung festgestellt und das Verfahren dort eingeleitet. Stufenweise Wiedereingliederung hat zum Ziel, arbeitsunfähige Versicherte, die ihre bisherige Tätigkeit nur teilweise verrichten können, „stufenweise“ an die volle Arbeitsbelastung heranzuföhren (§ 28 SGB IX). Die Wiedereingliederung erfolgt in Absprache zwischen Arbeitnehmer, Arbeitgeber, behandelndem Arzt, Arzt der Rehabilitationseinrichtung, dem Betriebsarzt und dem Leistungsträger. Die Anregung der Leistung kann über jeden der oben genannten Beteiligten erfolgen. Der Wiedereingliederungsplan, das heißt, die Festsetzung der Belastungsstufen, der Zeitablauf sowie der Ausschluss bestimmter Tätigkeiten wird vom behandelnden Arzt nach den individuellen gesundheitlichen Möglichkeiten des Arbeitnehmers und den Gegebenheiten des Arbeitsplatzes erstellt und während der Maßnahme bedarfsgerecht angepasst. Während der stufenweisen Wiedereingliederung besteht Arbeitsunfähigkeit. Zur wirtschaftlichen Absicherung des Versicherten wird Übergangsgeld gezahlt (§ 51 Abs. 5 SGB IX).

6.5.8 Persönliches Budget

Mit dem Persönlichen Budget (§ 17 SGB IX) wird behinderten und von Behinderung bedrohten Menschen die Möglichkeit gegeben, ihren Bedarf an Teilhabeleistungen in eigener Verantwortung und Gestaltung zu decken. Seit dem 1. Januar 2008 besteht ein Rechtsanspruch auf Leistungen in Form eines Persönlichen Budgets. Ein Persönliches Budget nach § 17 Absatz 2 und 4 SGB IX setzt einen Anspruch auf Leistungen zur Teilhabe beziehungsweise andere budgetfähige Sozialleistungen voraus. Als Budgetnehmer erhält der behinderte Mensch

die ihm bewilligten Leistungen auf Antrag als Geldbetrag (gegebenenfalls auch Gutscheine) als Alternative zu Sachleistungen und er kann damit auf Grundlage der Zielvereinbarung selbst darüber entscheiden, wann, wo, wie und durch wen er seine der Leistung zu Grunde liegenden Bedarfe deckt und wie und wodurch die vereinbarten Ziele erreicht werden. Nach § 17 SGB IX sind alle Leistungen zur Teilhabe budgetfähig. Außerdem sind auch die weiteren erforderlichen Leistungen der Krankenkassen und Pflegekassen, Leistungen der Träger der Unfallversicherung bei Pflegebedürftigkeit sowie Hilfe zur Pflege der Sozialhilfe budgetfähig, wenn sie sich auf alltägliche und regelmäßig wiederkehrende Bedarfe beziehen und als Geldleistungen oder durch Gutscheine erbracht werden können. Das Persönliche Budget kann von allen Rehabilitationsträgern sowie den Pflegekassen und Integrationsämtern bewilligt werden. Sind mehrere Leistungsträger beteiligt, handelt es sich um ein trägerübergreifendes Persönliches Budget, welches als Komplexleistung und „wie aus einer Hand“ erbracht wird. Mit dem im Wesentlichen in der Budgetverordnung verankerten Verfahren wird ein Rehabilitationsträger zum Beauftragten, der dem Budgetnehmer als Ansprechpartner in allen Fragen zu seinem Persönlichen Budget zur Verfügung steht, alle daran beteiligten Leistungen koordiniert und im Auftrag der beteiligten Leistungsträger handelt.

7. Renten wegen Erwerbsminderung

7.1 Gesetzliche Rahmenbedingungen

Wenn Leistungen zur Teilhabe bezüglich des Erhalts oder der Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit nicht erfolgreich waren oder nicht Erfolg versprechend durchgeführt werden können, kommt eine Rente wegen Erwerbsminderung in Betracht.

Mit dem am 01.01.2001 in Kraft getretenen Gesetz zur Reform der Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit wurden die Renten wegen teilweiser und voller Erwerbsminderung (§ 43 SGB VI) eingeführt. Aus Gründen des Vertrauensschutzes kommt für einen bestimmten Personenkreis darüber hinaus noch die Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit (§ 240 SGB VI) in Betracht, siehe Tabelle 6.

Tab. 6: Renten wegen Erwerbsminderung, rechtliche Rahmenbedingungen

Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung	Rente wegen voller Erwerbsminderung	Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit
§ 43 Absatz 1 SGB VI	§ 43 Absatz 2 SGB VI	§ 240 SGB VI
„Teilweise erwerbsgemindert sind Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außerstande sind, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig zu sein.“	„Voll erwerbsgemindert sind Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außerstande sind, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens drei Stunden täglich erwerbstätig zu sein.“	„Anspruch auf Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung haben bei Erfüllung der sonstigen Voraussetzungen ...auch Versicherte, die 1. vor dem 2. Januar 1961 geboren und 2. berufsunfähig sind.“

Keine Erwerbsminderung besteht bei Versicherten, die unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens sechs Stunden erwerbstätig sein können.

Berufsunfähig sind Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung ihren bisherigen versicherungspflichtigen Beruf nicht mehr mindestens sechs Stunden täglich ausüben können und die unter Berücksichtigung ihres sozialmedizinisch festgestellten Leistungsvermögens und der Qualität ihres bisherigen Berufs (Berufsschutz) nicht mehr auf eine ihren Kräften und Fähigkeiten entsprechende zumutbare berufliche Tätigkeit verwiesen werden können. Sie verfügen allerdings noch über eine nur qualitativ eingeschränkte Erwerbsfähigkeit von mindestens sechs Stunden täglich, so dass eine Erwerbsminderung gemäß § 43 SGB VI nicht besteht. In der Deutschen Rentenversicherung kann seit Inkrafttreten des Gesetzes zur Reform der Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit zum 01.01.2001 ein Rentenanspruch wegen Berufsunfähigkeit nur noch von denjenigen Versicherten geltend gemacht werden, die vor dem 02.01.1961 geboren wurden (§ 240 SGB VI).

7.2 Allgemeiner Arbeitsmarkt

Der „allgemeine Arbeitsmarkt“ ist ein rechtliches Konstrukt und umfasst im Bereich der Deutschen Rentenversicherung jede nur denkbare Erwerbstätigkeit außerhalb einer geschützten Einrichtung (zum Beispiel Werkstätten für behinderte Menschen, WfbM), für die auf dem Arbeitsmarkt Angebot und Nachfrage besteht, unabhängig von ihrer qualitativen Einordnung. Inbegriffen sind alle Beschäftigungen sowohl in abhängiger als auch in selbstständiger Stellung. Allerdings sind nur solche Tätigkeiten in Betracht zu ziehen, die auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt üblich, also nicht ausgesprochen selten sind. Grundsätzlich sind Versicherte, die nach dem 02.01.1961 geboren sind, auf jede Tätigkeit unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes verweisbar, ein Berufsschutz besteht für diese Gruppe nicht mehr.

Die sozioökonomischen Entwicklungen in Deutschland in den letzten Jahren und Jahrzehnten sind mit dem Wandel von einer Industriegesellschaft zu einer Dienstleistungs- und Informationsgesellschaft einhergegangen. Der allgemeine Arbeitsmarkt wird zunehmend stärker von Tätigkeiten mit Anforderungen an geistige Leistungsfähigkeit und psychische Belastbarkeit geprägt. Demgegenüber haben handwerkliche Tätigkeiten im traditionellen Sinne, Tätigkeiten mit ganz überwiegend körperlichen Anforderungen und insbesondere Tätigkeiten, die nur eine geringe Vorbildung voraussetzen, abgenommen.

7.3 Bestimmung des Beginns einer Leistungsminderung (Leistungsfall)

Es gehört zu den gutachterlichen Aufgaben, den Beginn einer rentenrelevanten Minderung des Leistungsvermögens im Erwerbsleben zeitlich festzulegen. Sofern ein plötzlich eingetretenes Ereignis, beispielsweise eine Hirnblutung oder ein Herzinfarkt, der Minderung des Leistungsvermögens zugrunde liegt, kann diese Klärung relativ einfach erfolgen. Schwieriger ist jedoch die Feststellung des Beginns der Leistungsminderung bei Krankheiten oder Behinderungen, die sich schleichend entwickelt haben und einen chronisch-fortschreitenden (Beispiel Demenz) oder chronisch-fluktuierenden Verlauf (Beispiel rezidivierende depressive Störung) zeigen, wie es bei vielen psychischen Störungen der Fall ist.

Hier darf sich der Gutachter nicht nur auf die subjektive Schilderung des Versicherten stützen, sondern er ist gefordert, weitere Kriterien für die Ermittlung des Beginns der Leistungsminderung heranzuziehen. Dazu zählen beispielsweise:

- der Beginn der letzten und möglicherweise noch anhaltenden Arbeitsunfähigkeit, wenn das Ausmaß der psychischen Störung bereits zu diesem Zeitpunkt vorgelegen hat
- der Beginn einer Abfolge von Arbeitsunfähigkeitszeiten wegen der psychischen Störung, mit höchstens kurzen Unterbrechungen
- das Datum der Aufgabe der Erwerbstätigkeit oder des Verlustes der Arbeitsstelle wegen der psychischen Störung
- Angaben zum Beginn der aktuell vorhandenen Symptomatik wie zum Beispiel Krankenhausentlassungsberichte, Befundberichte von Hausarzt, Psychiater oder Psychotherapeut
- bei arbeitslosen Versicherten die Feststellung gravierender Brüche in der Lebensführung

Wenn sich der Beginn der Leistungsminderung für den Gutachter nicht überzeugend anhand störungsimmanenter und externer Kriterien festlegen lässt, muss behelfsweise das Datum des Renten- oder Rehabilitationsantrags als Beginn der Leistungsminderung gelten.

7.4 Befristung der Renten wegen Erwerbsminderung

Renten wegen Erwerbsminderung werden von der Deutschen Rentenversicherung grundsätzlich nur für längstens drei Jahre befristet geleistet. Verlängerungen sind auf Antrag des Versicherten um jeweils bis zu drei Jahre möglich, bis zu einer maximalen Rentenbezugsdauer von neun Jahren insgesamt. Erst wenn die Erwerbsminderung bis zum Ablauf dieser Zeit nicht behoben werden konnte und eine Behebung zum Beispiel durch eine Leistung zur Teilhabe unwahrscheinlich ist, muss über eine unbefristete Rente wegen Erwerbsminderung entschieden werden. Ausnahmen stellen schwerste, nicht mehr besserungsfähige Erkrankungen oder Behinderungen dar, bei denen von einer Befristung der Rente bereits beim Erstantrag abgesehen werden kann.

„Unwahrscheinlich“ ist eine Behebung der Minderung der Erwerbsfähigkeit dann, wenn aus ärztlicher Sicht bei Betrachtung des bisherigen Krankheitsverlaufs nach medizinischen Erkenntnissen auch unter Berücksichtigung von noch vorhandenen therapeutischen Möglichkeiten eine Besserung auszuschließen ist, durch die sich eine rentenrelevante Steigerung des qualitativen und/oder quantitativen Leistungsvermögens im Erwerbsleben ergeben würde.

Demgegenüber bedeutet eine „wesentliche Besserung“ im Sinne der Deutschen Rentenversicherung eine nicht nur geringfügige oder nicht nur kurzzeitige Steigerung des durch gesundheitliche Beeinträchtigungen geminderten Leistungsvermögens des Versicherten im Erwerbsleben. Die sozialmedizinisch-gutachterliche Feststellung einer wesentlichen Besserung des Leistungsvermögens im Erwerbsleben ist Voraussetzung für den Wegfall einer ohne zeitliche Befristung bewilligten Rente wegen Erwerbsminderung.

7.5 Summierung ungewöhnlicher Leistungseinschränkungen

Gemäß der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) ist unter der „Summierung ungewöhnlicher Leistungseinschränkungen“ das Zusammentreffen mehrerer Funktionseinschränkungen zu verstehen, die nicht bereits von dem Erfordernis „körperlich leichte Arbeit“ erfasst werden, so dass sie als „ungewöhnlich“ anzusehen sind. Mehrere Einschränkungen, die jeweils nur einzelne Verrichtungen oder Arbeitsbedingungen betreffen, können zusammengenommen das mögliche Arbeitsfeld in erheblichem Umfang einengen. Die Bandbreite der Einsatzmöglichkeiten kann sich so sehr verengen, dass fraglich sein kann, ob der betroffene Versicherte – trotz eines Leistungsvermögens für körperlich leichte Tätigkeiten im zeitlichen Umfang von mindestens sechs Stunden täglich – zum Beispiel noch in einem Betrieb einsetzbar ist. Damit stellt sich die Frage der möglichen Verschlussheit des Arbeitsmarktes.

Auf der Grundlage des sozialmedizinisch beschriebenen Leistungsvermögens wird im Verwaltungsverfahren geprüft, ob „ungewöhnliche Leistungseinschränkungen“ vorliegen, die in ihrer Gesamtheit und in ihrem Zusammenwirken einen Arbeitseinsatz zu den üblichen Bedingungen des Arbeitsmarktes ausgeschlossen erscheinen lassen. Unter diesen Voraussetzungen wird die Benennung einer konkreten Verweisungstätigkeit erforderlich. Ist das nicht möglich, wird von einem verschlossenen Arbeitsmarkt ausgegangen.

7.6 Schwere spezifische Leistungsbehinderung

Die „schwere spezifische Leistungsbehinderung“ stellt einen von der Rechtsprechung definierten Sonderfall dar, der für diejenigen Versicherten zutrifft, bei denen bereits eine einzige schwerwiegende Leistungseinschränkung ein weites Feld von Einsatzmöglichkeiten versperrt. Eine solche schwere spezifische Leistungsbehinderung könnte beispielsweise in einer Agoraphobie erheblicher Ausprägung begründet sein, aufgrund der der Versicherte nicht imstande ist, einen außerhalb seiner Wohnung gelegenen Arbeitsplatz zu erreichen. Dabei sind immer alle relevanten Aspekte des Einzelfalls zu berücksichtigen. Beispielsweise ist zu fordern, dass sämtliche zumutbaren Behandlungs- und Rehabilitationsoptionen zuvor ausgeschöpft wurden. Die verwaltungsseitig vorzunehmende Anerkennung als schwere spezifische Leistungsbehinderung setzt hier zudem voraus, dass kein (ausschließlicher) Heimarbeitsplatz vorhanden ist und auch nicht (gegebenenfalls über Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben) eingerichtet werden kann.

Es müssen berechtigte Zweifel daran bestehen, ob betroffene Versicherte – trotz eines Leistungsvermögens für körperlich leichte Tätigkeiten von mindestens sechs Stunden täglich – in einem Betrieb einsetzbar sind. Im Verwaltungsverfahren wird auf der Grundlage des sozialmedizinisch beschriebenen Leistungsvermögens geprüft, ob gegebenenfalls eine schwere spezifische Leistungsbehinderung vorliegt und eine konkrete Verweisungstätigkeit zu benennen ist. Ist das nicht möglich, so ist von einem verschlossenen Arbeitsmarkt auszugehen und eine volle Erwerbsminderung anzunehmen. Die Aufgabe des Gutachters besteht ausschließlich in der Beschreibung des vorliegenden Leistungsvermögens und der individuellen Beeinträchtigung erwerbsrelevanter Fähigkeiten, die Feststellung, ob dieses einer schweren spezifischen Leistungsbehinderung entspricht, wird verwaltungsseitig getroffen.

7.7 Umdeutung eines Antrags auf Leistungen zur Teilhabe

Eine Umdeutung eines Antrags auf Leistungen zur Teilhabe in einen Antrag auf Rente wegen Erwerbsminderung ist vor, während und nach einer Leistung zur Teilhabe möglich. Wenn sich bereits bei der Prüfung des Antrags auf Teilhabeleistungen ergibt, dass wegen Art und Schwere der Erkrankung eine Leistung nicht erfolgreich sein kann, so gilt der ursprüngliche Antrag als Antrag auf Rente wegen Erwerbsminderung – er wird „umgedeutet“ (vergleiche § 116 Absatz 2 Ziffer 1 SGB VI). Stellt sich während oder nach einer Leistung zur Teilhabe aufgrund einer aktuellen sozialmedizinischen Bewertung heraus, dass doch eine rentenrelevante Erwerbsminderung verblieben ist, ist ebenfalls umzudeuten (vergleiche § 116 Absatz 2 Ziffer 2 SGB VI). Die Versicherten können dieser Umdeutung widersprechen.

Die Möglichkeit einer freien Entscheidung besteht für Versicherte aber nicht, wenn sie nach § 51 SGB V durch ihre Krankenkasse oder nach § 145 SGB III von einer Agentur für Arbeit zum Antrag auf Leistungen zur Teilhabe aufgefordert worden sind. Dann kann nur mit Zustimmung der Krankenkasse beziehungsweise der Agentur für Arbeit einer Umdeutung in einen Rentenanspruch widersprochen werden (sogenannte Einschränkung des Dispositionsrechts). Die Regelung soll gewährleisten, dass Versicherte so früh wie möglich Leistungen von dem für sie vorrangig zuständigen Träger erhalten. Für erwerbsgeminderte Rentenversicherte ist dies die Deutsche Rentenversicherung.

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

8. Störungsspezifische sozialmedizinische Beurteilung

In den folgenden Abschnitten werden die verschiedenen Gruppen psychischer und Verhaltensstörungen Erwachsener nach der ICD-10-GM und die ihnen zugeordneten Krankheitsbilder entsprechend ihrer Häufigkeit und Relevanz für die Begutachtung im Auftrag der Rentenversicherung und die Leistungen zur Teilhabe bei psychischen Störungen dargestellt.

Den **psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen** ist eine eigene Leitlinie zur sozialmedizinischen Beurteilung gewidmet, weshalb diese Störungsgruppe hier nicht behandelt wird, siehe www.deutsche-rentenversicherung.de: „Leitlinien für die sozialmedizinische Begutachtung – Sozialmedizinische Beurteilung bei Abhängigkeitserkrankungen“.

Die einzelnen störungsspezifischen Abschnitte 8.1 bis 8.8 sind folgendermaßen untergliedert:

- Einzelne Störungsbilder (Krankheitsbeschreibung)
- Krankheitsbezogene Aussagen zur ICF (Tabellen)
- Krankheitsspezifische Sachaufklärung
- Beurteilung des Leistungsvermögens (mit Empfehlungen zu Reha/Rente)

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

Psychische Störungen 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 beziehungsweise Erkrankungen, deren Ursache außerhalb des Gehirns lokalisiert ist, beispielsweise bestimmte Stoffwechselerkrankungen. In Abhängigkeit von Lokalisation, Art, Umfang, Dauer und Ausprägung der Schädigung resultieren hieraus vielgestaltige psychische Störungen.

In der Statistik der Rentenversicherung über die Leistungen zur Teilhabe sind die organischen, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen mit nur relativ geringen Zahlen vertreten. Im Jahr 2010 wurde weniger als 1 % der wegen psychischer Störungen (ohne Abhängigkeitserkrankungen) durchgeführten stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation mit einer Diagnose aus dieser Gruppe begründet. Der Anteil dieser Störungen an allen wegen psychischer Störungen (ohne Abhängigkeitserkrankungen) bewilligten Erwerbsminderungsrenten betrug im Jahr 2010 weniger als 6 %. Dies liegt unter anderem daran, dass einerseits von organischen, einschließlich symptomatischen psychischen Störungen häufig ältere, nicht mehr im Erwerbsleben stehende Menschen betroffen sind und andererseits diese Störungen vielfach nur als Zweit- oder Drittdiagnose – nach der ursächlichen organischen Krankheit – verschlüsselt werden.

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

Darüber hinaus modulieren individuelle Ressourcen, Coping-Strategien und die Primärpersönlichkeit des betroffenen Menschen den Verlauf. Eine psychische Komorbidität, beispielsweise in Form einer depressiven Anpassungsstörung, einer somatoformen Störung oder einer ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörung kann den Verlauf deutlich negativ beeinflussen.

8.1.1 Einzelne Störungsbilder

8.1.1.1 Demenz (F00-F03)

Bei der Demenz kommt es zu meist chronisch progredient verlaufenden Einbußen hinsichtlich Gedächtnisfunktionen sowie kognitiver Funktionen wie Urteils- und Planungsvermögen, Informationsverarbeitung sowie kritischer Selbsteinschätzung. Darüber hinaus kommen Störungen der Affektkontrolle, des Antriebs und des Sozialverhaltens vor, gekennzeichnet durch mindestens eines der Symptome: emotionale Labilität, Reizbarkeit, Apathie, Entdifferenzierung des Sozialverhaltens. Neuropsychologische Funktionsstörungen wie Aphasie, Apraxie oder Agnosie, aber auch Wahnsymptome, Halluzinationen und depressive Verstimmung können hinzutreten. Die Diagnosestellung erfordert eine Beeinträchtigung der täglichen Aktivitäten durch Störungen von Gedächtnis und kognitiven Fähigkeiten über eine Mindestdauer von 6 Monaten. Mit einer Prävalenz von 0,1 % sind Demenzen vor Vollendung des 60. Lebensjahrs selten, jenseits des 85. Lebensjahres ist bereits jeder Dritte betroffen. Die Alzheimer-Demenz und die vaskuläre Demenz sind die häufigsten Formen. In erster Linie sollte – sofern möglich – die Grundkrankheit behandelt werden, beispielsweise eine arterielle Hypertonie, eine Infektion, eine Stoffwechselstörung oder ein Schlaf-Apnoe-Syndrom. Zur symptomatischen Therapie insbesondere bei Alzheimer-Demenz kommen Medikamente wie beispielsweise Cholinesterasehemmer zum Einsatz, diese können den Verlauf hinsichtlich der längeren Erhaltung von kognitiven und Alltagsfähigkeiten positiv beeinflussen. Details zu Diagnostik, Differenzialdiagnostik und Therapie bei Demenzerkrankungen sind der S3-Leitlinie „Demenzen“ der AWMF (Register Nr. 038/013) zu entnehmen.

8.1.1.2 Organisches amnestisches Syndrom (F04)

Das organische amnestische Syndrom ist durch Beeinträchtigungen der Speicherung und/oder des Abrufs von Informationen als Funktionen des Langzeitgedächtnisses charakterisiert. Dagegen ist das Kurzzeitgedächtnis zur unmittelbaren Wiedergabe vorgegebenen Materials (zum Beispiel Worte nachsprechen) erhalten. Sind zusätzlich Konfabulationen und ein Mangel an Einsichtsfähigkeit vorhanden, spricht man von einem Korsakow-Syndrom. Zur Diagnose wird ein objektiver und/oder anamnestischer Nachweis einer entsprechenden Grunderkrankung gefordert. Die Prognose richtet sich nach der Art der Grunderkrankung sowie der Dauer der Symptomatik. Je länger diese bereits besteht, umso ungünstiger ist die Prognose bezüglich einer Rückbildung.

8.1.1.3 Delir (F05)

Ein Delir ist durch eine Störung von Bewusstsein und Aufmerksamkeit geprägt. Hinzu kommen kognitive und psychomotorische Störungen, Störungen des Schlaf-Wach-Rhythmus, affektive Störungen sowie Wahrnehmungsstörungen, beispielsweise (optische) Halluzinationen oder illusionäre Verkennungen. Die Symptomatik verläuft fluktuierend und hält weniger als sechs Monate an. Ein Delir stellt in der Regel eine Indikation für eine akutstationäre Behandlung dar, eine sozialmedizinische Beurteilung des Leistungsvermögens ist erst nach Abklingen des Delirs beziehungsweise bei einem protrahierten Verlauf sinnvoll möglich.

8.1.1.4 Andere psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit (F06)

Diese können mit Symptomen anderer psychischer Störungen wie der Schizophrenie, affektiver Störungen oder dissoziativer Störungen einhergehen und erfordern eine sorgfältige differenzialdiagnostische Klärung. Hinweise für die Diagnosestellung liefern unter anderem der objektive Nachweis einer organisch bedingten zerebralen Funktionsstörung, ein zeitlicher Zusammenhang zwischen dem Beginn der zerebralen Funktionsstörung und dem Auftreten der psychischen Symptomatik und eine Besserung der psychischen Symptomatik bei Besserung der zerebralen Funktionsstörung.

8.1.1.5 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen auf organischer Grundlage (F07)

Typisch für diese Störungen sind emotionale Labilität und inadäquate Affektivität (beispielsweise situationsunangemessene Euphorie), Reizbarkeit beziehungsweise Apathie, Störungen des Sozialverhaltens und der Sexualität sowie Verlangsamung, Umständlichkeit und Begriffsunschärfe im Denken und Sprechen. Die Prognose hängt von Behandelbarkeit und Verlauf der Grunderkrankung ab, wie beispielsweise eines Hirntumors, einer Enzephalitis oder einer Alkoholabhängigkeit.

8.1.2 Krankheitsbezogene Aussagen zur ICF

Schädigungen der Körperstrukturen und -funktionen entsprechend der ICF können bei organischen, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen beispielsweise in folgenden Bereichen vorliegen:

Tab. 7: Schädigungen bei organischen, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen

Funktionen der Orientierung	Störungen der Orientierung zu Zeit, Ort, Situation, Person
Funktionen der Intelligenz	Demenz
Funktionen von Temperament und Persönlichkeit	Reduzierte psychische Stabilität, nachlassende Zuverlässigkeit und Umgänglichkeit, Apathie
Funktionen der psychischen Energie und des Antriebs	Antriebsmangel, reduzierte Impulskontrolle
Funktionen des Schlafes	Mangelnde Schlafqualität, gestörter Tag-Nacht-Rhythmus
Funktionen der Aufmerksamkeit	Reduzierte Daueraufmerksamkeit und Konzentrationsfähigkeit
Funktionen des Gedächtnisses	Störungen von Kurzzeit- und /oder Langzeitgedächtnis, Störung des Abrufens von Gedächtnisinhalten
Emotionale Funktionen	Mangelnde Affektkontrolle und -modulation, depressive Verstimmung
Funktionen der Wahrnehmung	Halluzinationen
Höhere kognitive Funktionen	Reduzierte exekutive Funktionen wie Abstraktionsvermögen, Planung und Organisation, Flexibilität, Urteils- und Problemlösevermögen

Beeinträchtigungen von Aktivitäten und Teilhabe können sich bei organischen, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen beispielsweise in den folgenden Bereichen manifestieren:

Tab. 8: Beeinträchtigungen bei organischen, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen

Lernen und Wissensanwendung	Beeinträchtigung, Neues zu lernen und Probleme zu lösen, mangelnde Entscheidungs- und Entschlusskraft, mangelnde Aufmerksamkeitsfokussierung
Allgemeine Aufgaben und Anforderungen	Beeinträchtigung, eine Aufgabe auszuführen, mit Stress oder Krisensituationen umzugehen, die tägliche Routine zu planen und durchzuführen, mangelnde Tagesstrukturierung
Kommunikation	Beeinträchtigung, die Bedeutung von Mitteilungen zu verstehen, sich angemessen mitzuteilen, sich zu unterhalten, zu diskutieren, zu telefonieren
Selbstversorgung	Beeinträchtigung der Körperpflege, des An- und Auskleidens, der Sorge für Ernährung und Gesundheit
Häusliches Leben	Beeinträchtigung, die täglichen Einkäufe zu erledigen, Mahlzeiten zuzubereiten, Hausarbeiten zu erledigen
Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen	Beeinträchtigung, Beziehungen aufzubauen und aufrecht zu erhalten, Kontakte aufzunehmen
Bedeutende Lebensbereiche	Beeinträchtigung, erwerbstätig und wirtschaftlich eigenständig zu sein, ein Bankkonto zu unterhalten, Rechnungen zu überweisen
Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben	Beeinträchtigung, sich an Freizeit- und Erholungsaktivitäten zu beteiligen, Freunde und Verwandte zu besuchen

8.1.3 Krankheitsspezifische Sachaufklärung

Die krankheitsspezifische Sachaufklärung umfasst bei organischen, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen sowohl die Feststellung der individuellen Psychopathologie als auch den Nachweis der zugrunde liegenden körperlichen Krankheit.

Neben der Erhebung des psychischen Befundes kommt hier der Fremdanamnese eine besondere Bedeutung zu. In vielen Fällen, beispielsweise bei demenziellen Entwicklungen und Persönlichkeitsveränderungen auf organischer Grundlage, werden psychische Auffälligkeiten weniger von den betroffenen Menschen selbst als von ihren Bezugspersonen frühzeitig registriert und berichtet. Die Abgrenzung gegenüber anderen psychischen Störungen wie depressiven Syndromen (pseudodemenzielle Symptomatik), wahnhaften Störungen, Schizophrenie, Anpassungsstörungen und somatoformen Störungen ist nicht zuletzt wegen der damit verbundenen Unterschiede bezüglich der kurativen und rehabilitativen Behandlungsoptionen sowie der Erwerbsprognose sehr wichtig. Testpsychologische Screeningverfahren wie der Mini Mental Status Test (MMST), der Syndrom-Kurztest (SKT) oder der DemTect können zur Fundierung des psychischen Befundes beitragen und Hinweise für eine gegebenenfalls zu vertiefende neuropsychologische Diagnostik liefern.

Meist ergeben sich bereits anhand des sorgfältig erhobenen psychischen Befundes und der Fremdanamnese Anhaltspunkte für das Vorliegen einer organischen Ursache der psychischen Symptomatik. Allerdings können sehr verschiedene körperliche Krankheiten zu gleichartigen psychischen Störungen führen, so dass eine eingehende somatische Diagnostik erforderlich ist. Die Durchführung aufwändigerer Diagnostik wie spezieller Laboruntersuchungen und bildgebender Verfahren – beispielsweise von Magnetresonanztomografie (MRT), Positronenemissionstomografie (PET) oder Single Photon Emissionscomputertomografie (SPECT) – gehört allerdings nicht zu den Routineaufgaben im Rahmen einer Begutachtung und sollte jeweils mit dem Auftraggeber abgesprochen

werden. Abgesehen von den traumatisch bedingten (Schädel-Hirn-Trauma) organischen psychischen Störungen liegen die Ursachen meistens in internistischen und neurologischen Krankheiten.

8.1.4 Beurteilung des Leistungsvermögens

Die möglichen Beeinträchtigungen des Leistungsvermögens im Erwerbsleben hängen bei organischen, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen maßgeblich von der Art der zugrunde liegenden organischen Krankheit sowie von deren Schwere und Verlaufscharakteristika ab. Während eine Alzheimer-Demenz chronisch progredient verläuft und über kurz oder lang zu einer Beeinträchtigung aller unter 5.3.5 genannten Fähigkeiten mit Aufhebung des Leistungsvermögens führt, können sich psychische Funktionsstörungen, die beispielsweise auf eine Intoxikation (auch iatrogen durch bestimmte Medikamente), einen Hirninfarkt oder eine Hormonstörung zurückzuführen sind, nach Behandlung und gegebenenfalls Rehabilitation vollständig zurückbilden. Dies verdeutlicht die Wichtigkeit einer sorgfältigen Sachaufklärung. Die Prognose bezüglich des Leistungsvermögens hängt zudem von personbezogenen Faktoren wie prämorbidem Intelligenzniveau, Bildungsstand und sozialer Integration ab.

Insbesondere für die sozialmedizinische Beurteilung von psychischen Störungen nach akut eingetretenen Schädigungen wie einem Hirninfarkt oder einem Schädel-Hirn-Trauma gilt, dass ihre Zuverlässigkeit mit dem zeitlichen Abstand von dem Akutereignis wächst.

Das **positive Leistungsvermögen** beschreibt die zumutbaren qualitativen und quantitativen Leistungsmerkmale hinsichtlich Arbeitsschwere, Arbeitshaltung und Arbeitsorganisation. Die zumutbare Arbeitsschwere und Arbeitshaltung werden bei organischen, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen nicht so sehr durch die psychische Symptomatik selbst, sondern vielmehr durch die somatische Grunderkrankung bestimmt. Bezüglich der Arbeitsorganisation ist zu beachten, dass beispielsweise eine häufig vorhandene Einbuße an Flexibilität, kritischer Selbsteinschätzung und Entschlusskraft, aber auch ein gestörter Tag-Nacht-Rhythmus eine Tätigkeit mit Schichtwechsel oder Nacharbeit ausschließen. Das Leistungsvermögen von Versicherten mit leichteren kognitiven Beeinträchtigungen weist eine deutliche Abhängigkeit von Kontextfaktoren auf. Sofern die körperliche Verfassung dies zulässt, können Menschen mit nur leicht ausgeprägten organischen psychischen Störungen in einem übersichtlichen und konstanten Arbeitsumfeld einfach strukturierte, körperlich mittelschwere Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes in Tagesschicht möglicherweise sogar noch 6 Stunden und mehr ausüben. Negative Kontextfaktoren wie überdurchschnittlicher Zeitdruck oder ein ungünstiges Betriebsklima können hingegen aufgrund mangelnder Ressourcen rasch zu einer Dekompensation führen.

Das **negative Leistungsvermögen** wird bei organischen, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen durch die Symptomatik der Grunderkrankung mitbestimmt. Speziell durch die psychische Symptomatik sind häufig die folgenden erwerbsrelevanten Aktivitäten beeinträchtigt:

- Tätigkeiten mit besonderen Anforderungen an Konzentrations- und Reaktionsvermögen
- Tätigkeiten mit besonderen Anforderungen an Umstellungs- und Anpassungsvermögen
- Verantwortung für Personen und Maschinen, Überwachung und Steuerung komplexer Arbeitsvorgänge
- Tätigkeiten mit Publikumsverkehr
- Tätigkeiten mit erhöhtem Gefährdungspotenzial und erhöhten Belastungsfaktoren

Bei mittelschwerer bis schwerer Ausprägung einer Demenz ist das Leistungsvermögen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt aufgehoben. Auch ein länger bestehendes organisches amnestisches Syndrom ist nicht mit einer regelmäßigen Erwerbstätigkeit vereinbar. Bei organisch bedingten Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen stehen häufig nicht kognitive Defizite im Vordergrund, sondern die Beeinträchtigungen der Teilhabe resultieren vielmehr aus Konflikten im sozialen Umfeld. Von diesen Versicherten können unter günstigen Umständen Tätigkeiten mit nur geringen Anforderungen an kommunikative Fähigkeiten, Flexibilität und Teamarbeit noch längere Zeit ausgeführt werden. Eine festgestellte Minderung der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben wird in den meisten Fällen bei Versicherten mit organischen, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen auf Dauer bestehen. Voraussetzung für diese Feststellung ist die sorgfältige Erhebung von Verlaufs- und Behandlungsanamnese. Wenn keine schweren Beeinträchtigungen bestehen und noch Remissionstendenzen erkennbar sind, sollten die Feststellungen zum Leistungsvermögen befristet getroffen werden. Insbesondere Delirien (F05) und Andere psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit (F06) können bei frühzeitiger Therapie vollständig remittieren.

Medizinische Rehabilitation: Allgemein gilt, dass Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bei Versicherten mit organischen, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen zum frühestmöglichen Zeitpunkt erfolgen sollten. Je länger eine solche psychische Störung besteht und je protrahierter sie sich entwickelt hat, umso unwahrscheinlicher wird eine wesentliche Besserung. Allerdings setzt die Durchführung einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation seitens der Rentenversicherung eine entsprechend positive Rehabilitationsprognose voraus (siehe 6.4). Bei der Auswahl der Rehabilitationseinrichtung ist die gesamte gesundheitliche Verfassung des Versicherten zu beachten. So wird in vielen Fällen eine Einrichtung mit somatischer Ausrichtung (Neurologie, Innere Medizin) und der Möglichkeit psychiatrischer, neuropsychologischer und gegebenenfalls psychotherapeutischer Mitbehandlung angemessen sein. Bei einer mittelschweren bis schweren Demenz zielen die Rehabilitationskonzepte nicht mehr auf eine Wiedereingliederung ins Erwerbsleben, sondern auf die Verhinderung erhöhter Pflegebedürftigkeit durch Training von Alltagskompetenzen. Bei einem floriden Delir ist keine Rehabilitationsfähigkeit gegeben.

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben: Bei Versicherten mit organischen, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen kommen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben in Frage, wenn die psychische Symptomatik im Zuge der Behandlung der Grundkrankheit abgeklungen beziehungsweise nur noch gering ausgeprägt vorhanden ist und keine deutliche Progredienz aufweist. Dies kann beispielsweise bei einem günstigen Verlauf nach einem Schädel-Hirn-Trauma der Fall sein. Vorrangig sollte in diesen Fällen versucht werden, durch die Leistungen einen noch vorhandenen Arbeitsplatz durch eine behinderungsgerechte Anpassung desselben zu erhalten. Nur in Einzelfällen können aufwändigere qualifizierende (Umschulungs-) Maßnahmen bei Versicherten mit oder nach organischen, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen Erfolg versprechend durchgeführt werden, da dies erhebliche Anforderungen an die geistige Belastbarkeit, an Auffassungs- und Planungsvermögen, Flexibilität, Gedächtnis und soziale Kompetenz beinhaltet. Nicht nur die Fähigkeit zur Ausübung der Erwerbstätigkeit selbst, sondern auch die Fähigkeit, selbstständig die Arbeitsstelle – beispielsweise mit dem eigenen Pkw – zu erreichen, kann bei Versicherten mit organischen, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen beeinträchtigt sein. Reduziertes Reaktions- und Urteilsvermögen und mangelnde Flexibilität können das Vermögen zur Teilnahme am Straßenverkehr – als Fahrzeuglenker wie auch als Fußgänger – beeinträchtigen oder wegen des damit verbundenen Gefährdungspotenzials sogar aufheben.

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

In dem Kapitel F20-29 der ICD-10 sind die Schizophrenie, schizotype Störungen, anhaltende wahnhaftige Störungen, eine größere Gruppe akuter vorübergehender psychotischer Störungen sowie die schizoaffektiven Störungen zusammengefasst. Von den genannten Störungen sind insbesondere die Schizophrenie und die schizoaffektiven Störungen für die gesetzliche Rentenversicherung von Bedeutung, zumal die Schizophrenie sich ganz überwiegend im jungen Erwachsenenalter manifestiert und so häufig erhebliche und langfristige Auswirkungen auf die Teilhabe am Erwerbsleben hat.

Schizophrene, schizotype und wahnhaftige Störungen nahmen im Jahr 2010 nur etwa 1,6 % aller wegen psychischer Störungen (ohne Abhängigkeitserkrankungen) durchgeführten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ein. Bei den Renten wegen Erwerbsminderung aufgrund psychischer Störungen ist ihr Anteil mit etwa 13,5 % hingegen relativ hoch.

8.2.1 Einzelne Störungsbilder

8.2.1.1 Schizophrenie (F20)

Die Schizophrenie ist primär durch grundlegende und charakteristische Störungen von Denken und Wahrnehmung sowie inadäquate oder verflachte Affekte gekennzeichnet. Die Klarheit des Bewusstseins und intellektuelle Fähigkeiten sind in der Regel zwar nicht beeinträchtigt, kognitive Defizite können sich allerdings im Laufe der Zeit entwickeln. Je nach Akzentuierung bestimmter Symptome und nach Besonderheiten des Verlaufs und zusätzlichen Störungen von Antriebslage und Psychomotorik werden die verschiedenen Schizophrenieformen in der ICD-10 deskriptiv eingeteilt. Man unterscheidet die paranoide (F20.0), die hebephrene (F20.1), die katatone (F20.2), die undifferenzierte Schizophrenie (F20.3) sowie die postschizophrene Depression (F20.4), das schizophrene Residuum (F20.5) und die Schizophrenia simplex (F20.6). Sonstige und nicht näher bezeichnete Schizophrenieformen werden unter F20.8 und F20.9 kodiert. Die fünfte Stelle in der ICD-10-Kodierung bezeichnet den Verlauf.

Schizophrenien beginnen meist zwischen dem 15. und 35. Lebensjahr. Etwa 1 % der Gesamtbevölkerung erkrankt im Laufe des Lebens an einer schizophrenen Störung. Schizophrene Störungen können kontinuierlich oder episodisch verlaufen. Vollständige Remissionen sind ebenso möglich wie ein stabiles Residuum oder eine zunehmende Beeinträchtigung durch die Symptomatik: Etwa ein Drittel der Betroffenen übersteht die Erkrankung ohne anhaltende Beeinträchtigung, ein weiteres Drittel entwickelt ein uncharakteristisches Residuum mit unspezifischen kognitiven und dynamischen Funktionseinbußen. Die übrigen Betroffenen zeigen ein charakteristisches Residuum mit deutlichen Denk- und Antriebsstörungen. Je produktiver und akuter die Symptomatik zu Krankheitsbeginn und während des Verlaufs ist, desto besser ist die Prognose. Die Prognose von paranoiden Schizophrenien ist allgemein deutlich günstiger einzuschätzen als die der Hebephrenie, bei der es häufig zu einer raschen Entwicklung von „Minussymptomatik“ mit Affektverflachung und Antriebsverlust kommt. Bereits längere Zeit vor der ersten Manifestation einer Schizophrenie können unspezifische Prodromalsymptome bestehen, die nicht selten als persönlichkeitsstrukturell oder pubertär bedingt fehlgedeutet werden.

Für die paranoide, hebephrene, katatone und undifferenzierte Schizophrenie müssen allgemeine diagnostische Kriterien und Merkmale erfüllt werden. Dazu gehören:

→ formale Denkstörungen (zum Beispiel gesperrtes, inkohärentes oder zerfahrenes Denken, Gedankenabreißen, Neologismen)

- Wahn (zum Beispiel Wahnwahrnehmung, Beziehungs-, Beeinträchtigungs-, Kontrollwahn)
- Sinnestäuschungen (zum Beispiel Stimmenhören, optische, akustische, coenaesthetische, taktile Halluzinationen)
- Ich-Störungen (zum Beispiel Gedankenausbreitung, -entzug oder -eingebung)
- Affektstörungen (zum Beispiel parathym, ängstlich, affektstarr)
- Antriebs- und psychomotorische Störungen (zum Beispiel antriebsarm/ antriebsgehemmt; gesteigerte motorische Aktivität, Parakinesen; manirierte, bizarre Handlungen, Gestik, Mimik, Sprache)

Zur sogenannten „Positivsymptomatik“ zählen Halluzinationen, Wahn, formale Denkstörungen und Auffälligkeiten des Verhaltens. Affektive Verflachung, sozialer Rückzug, Apathie und Beeinträchtigung der Aufmerksamkeit gehören zur „Negativ- oder Minussymptomatik“.

- Als häufigste Untergruppe ist die **paranoide Schizophrenie (F20.0)** zu nennen. Das klinische Bild wird von beständigen, häufig paranoiden Wahnvorstellungen gekennzeichnet, die meist von akustischen Halluzinationen (zum Beispiel „Stimmenhören“) und anderen Wahrnehmungsstörungen begleitet sind. Störungen der Stimmung, des Antriebs und der Sprache sowie katonene Symptome stehen nicht im Vordergrund. Differenzialdiagnostisch sind unter anderem anhaltende wahnhaftige Störungen (F22) abzugrenzen, die die oben genannten allgemeinen Kriterien nicht erfüllen.
- Die **hebephrene Schizophrenie (F20.1)** oder desintegrative Schizophrenie ist bei oft frühem Beginn vor allem durch affektive Veränderungen sowie Störungen des Antriebs und des Denkens gekennzeichnet. Wahnvorstellungen und Halluzinationen sind flüchtig und bruchstückhaft, das Verhalten verantwortungslos und unvorhersehbar. Auch Manierismen sind häufig. Die Stimmung ist flach und unangemessen, das Denken ungeordnet bis weit-schweifig und zerfahren. Eine Hebephrenie soll in der Regel erstmalig nur bei Jugendlichen oder jungen Erwachsenen und nach einer ausreichenden Beobachtungszeit von zwei bis drei Monaten diagnostiziert werden.
- Bei der **katatonen Schizophrenie (F20.2)** stehen psychomotorische Störungen im Vordergrund, die zwischen Extremen wie Erregung und Stupor sowie Befehlsautomatismus und Negativismus alternieren können. Zwangshaltungen und -stellungen können lange Zeit beibehalten werden.
- Die **postschizophrene Depression (F20.4)** ist eine unter Umständen länger anhaltende depressive Störung, die im Anschluss an eine schizophrene Erkrankung auftritt. Einige positive oder negative schizophrene Symptome müssen noch vorhanden sein, beherrschen aber das klinische Bild nicht mehr. Diese depressiven Zustände sind mit einem erhöhten Suizidrisiko verbunden.
- Wird in der Entwicklung einer schizophrenen Erkrankung ein chronisches Stadium erreicht, bei welchem eine eindeutige Verschlechterung vorliegt und das durch lang andauernde negative Symptome charakterisiert ist, wird von einem **schizophrenen Residuum (F20.5)** gesprochen. Neben einer Beeinträchtigung der sozialen Kompetenzen und der Teilhabe an verschiedenen Lebensbereichen sowie einer affektiven Nivellierung kann es bei schweren Residualzuständen zu ausgeprägter Einengung oder Verlust jeglicher Interessen, autistischem Rückzug sowie Antriebslosigkeit kommen.

Im Vordergrund der psychiatrischen Behandlung bei Schizophrenie in der Akutphase und zur Rezidivprophylaxe steht die Pharmakotherapie. Auch psycho- und soziotherapeutische Ansätze kommen zur Anwendung. Mit der Entwicklung neuerer („atypischer“) Neuroleptika hat sich die Compliance deutlich verbessert, da die Bedeutung der von den Patienten als besonders unangenehm empfundenen extrapyramidalmotorischen Nebenwirkungen in den Hintergrund

getreten ist. Allerdings sind auch die neueren Neuroleptika mit Nebenwirkungen behaftet, beispielsweise können diabetogene Stoffwechsellentgleisungen, Blutbildschäden und insbesondere die Entwicklung einer erheblichen Adipositas über einen längeren Zeitraum die Compliance wiederum beeinträchtigen. Insgesamt ist jedoch unter anderem durch Verbesserungen der Pharmakotherapie sowie Flexibilisierung medizinischer und beruflicher Rehabilitationsangebote die Prognose im Einzelfall wesentlich günstiger geworden.

Selbsthilfegruppen für Betroffene können eine Hilfe zur Krankheitsbewältigung und sozialen Integration darstellen. Auch für Angehörige und Bezugspersonen stehen vielerorts Selbsthilfegruppen zur Verfügung, die einen Erfahrungs- und Informationsaustausch ermöglichen.

8.2.1.2 Schizotype Störung (F21)

Die schizotype Störung wird in der ICD-10 beschrieben als Störung mit exzentrischem Verhalten sowie Anomalien des Denkens und der Stimmung, die schizophren wirken, obwohl nie eindeutige und charakteristische Symptome aufgetreten sind. Es gibt kein beherrschendes oder typisches Merkmal und nicht zuletzt deswegen wird die Störung häufig verkannt. Jedes der folgenden Merkmale kann vorhanden sein:

- inadäquater oder eingeschränkter Affekt, der Betroffene erscheint kalt und unnahbar
- seltsames, exzentrisches oder eigentümliches Verhalten und Erscheinung
- wenig soziale Bezüge und Tendenz zu sozialem Rückzug
- seltsame Glaubensinhalte und magisches Denken, die das Verhalten beeinflussen und im Widerspruch zu (sub)kulturellen Normen stehen
- Misstrauen oder paranoide Ideen
- zwanghaftes Grübeln ohne inneren Widerstand, oft mit dysmorphophoben, sexuellen oder aggressiven Inhalten
- ungewöhnliche Wahrnehmungserlebnisse mit Körpergefühlsstörungen oder anderen Illusionen, Depersonalisations- oder Derealisationserleben
- Denken und Sprache vage, umständlich, metaphorisch, gekünstelt, stereotyp oder anders seltsam, ohne ausgeprägte Zerfahrenheit
- gelegentliche vorübergehende quasipsychotische Episoden mit intensiven Illusionen, akustischen oder anderen Halluzinationen und wahnähnlichen Ideen; diese Episoden treten im Allgemeinen ohne äußere Veranlassung auf

In Entwicklung und Verlauf ähnelt die schizotype Störung meist einer Persönlichkeitsstörung, im DSM-IV findet sich diese Störung auch als „schizotypische Persönlichkeitsstörung“. Die Operationalisierung ist insgesamt unscharf und die Differenzialdiagnose oft schwierig. Zur Stellung der Diagnose sollen drei oder vier der oben genannten Merkmale mindestens zwei Jahre lang ständig oder episodisch vorhanden gewesen sein. Die Kriterien für eine Schizophrenie dürfen hingegen zu keiner Zeit erfüllt gewesen sein. Die Störung findet sich häufiger bei Personen aus Familien mit manifest schizophren erkrankten Verwandten. Die Behandlung der schizotypen Störung setzt zunächst einmal die Erarbeitung einer tragfähigen Arzt-Patient-Beziehung voraus, was sich vor allem bei ausgeprägtem Misstrauen und sozialem Rückzug oft schwierig gestaltet. In der medikamentösen Therapie kommen Neuroleptika und symptomorientiert gegebenenfalls auch Antidepressiva zum Einsatz. Verhaltenstherapeutische Interventionen zielen auf die Verbesserung der sozialen und emotionalen Kompetenz ab und müssen aus einer Langzeitperspektive heraus erfolgen.

8.2.1.3 Anhaltende wahnhaftige Störungen (F22)

Bei anhaltenden wahnhaften Störungen ist ein mindestens drei Monate bis lebenslang andauernder Wahn, der häufig zu einem Wahnsystem ausgestaltet wird, das einzige beziehungsweise das augenfälligste klinische Merkmal. Die häufigsten Wahninhalte sind Verfolgungs-, Größen-, Eifersuchts-, Liebes- und hypochondrischer Wahn. Meist werden Inhalte einbezogen, die im realen Leben durchaus vorkommen können und die gewöhnlich eingegrenzt, plausibel und systematisch sind, und auch das Verhalten ist meist nicht auffallend seltsam oder bizarr. Bei ausgeprägter Wahndynamik, also bei ausgeprägter affektiver Besetzung der Wahninhalte, kann es jedoch zu expansiven und aggressiven Impulsdurchbrüchen kommen. Wird der Wahn wie beispielsweise beim paranoiden Zustandsbild im Involutionsalter, beim Querulantenwahn oder der wahnhaften Dysmorphophobie von anhaltenden akustischen Halluzinationen (Stimmenhören) oder anderen schizophrenen Symptomen begleitet, die jedoch die Kriterien einer Schizophrenie nicht erfüllen, ist eine sonstige anhaltende wahnhaftige Störung (F22.8) zu kodieren.

Der Beginn der wahnhaften Störung kann akut oder schleichend sein und schon im Jugendalter liegen, der typische Manifestationszeitraum ist jedoch das mittlere und späte Lebensalter. Die Hälfte aller Betroffenen genesen. Bei einem geringen Anteil nimmt die Erkrankung einen chronischen Verlauf. Auch hier gilt, je akuter der Beginn und je früher das Manifestationsalter, desto günstiger ist die Prognose. Die Behandlungsmöglichkeiten bestehen aus einer Kombination supportiver psychotherapeutischer und kognitiv-verhaltenstherapeutischer Verfahren. Psychopharmakologisch finden Neuroleptika Anwendung. Allerdings besteht krankheitsimmanent in der Regel keine Krankheitseinsicht, so dass viele Betroffene eine Behandlung ablehnen.

8.2.1.4 Schizoaffektive Störungen (F25)

Unter schizoaffektiven Störungen werden episodische Störungen verstanden, bei denen sowohl affektive Symptome entsprechend den Kriterien einer affektiven Störung als auch über mindestens zwei Wochen anhaltende schizophrene Symptome während der gleichen Erkrankungsepisode für einige Zeit parallel und in gleicher Intensität auftreten. Dadurch grenzen sich die schizoaffektiven Störungen von affektiven Störungen (F30-32) und der Schizophrenie (F20) ab. Je nach Art der vorherrschenden affektiven Symptomatik wird unterschieden zwischen einer gegenwärtig manischen (F25.0), einer gegenwärtig depressiven (F25.1) und einer gemischten schizoaffektiven Störung (F25.2). Die Kriterien für eine mindestens mittelgradige depressive Störung beziehungsweise eine Manie müssen erfüllt und mindestens eine Symptomgruppe entsprechend der Symptomgruppen der Schizophrenie vorhanden sein. Die manische Form kann sich in Antriebssteigerung, gehobener oder gereizter Stimmung, übersteigertem Selbstbewusstsein, Distanzminderung sowie Wahn- und Größenideen, Stimmenhören und Beeinflussungserleben äußern. Die depressive Form ist demgegenüber geprägt durch herabgesetzte Stimmungslage, Verlangsamung, Antriebsminderung, Appetitlosigkeit, Hoffnungslosigkeit und Schuldgefühle.

Der Beginn schizoaffektiver Störungen liegt am häufigsten im mittleren Lebensalter, aber auch ein Beginn im Kindes- und Jugendalter ist möglich. Die einzelnen Krankheitsepisoden können sich innerhalb weniger Tage oder Wochen akut beziehungsweise über einen längeren Zeitraum schleichend manifestieren. Die Symptome klingen nach der Erkrankungsepisode meist vollständig ab, es besteht jedoch eine Rezidivneigung. Die Langzeitprognose ist bei schizoaffektiven Störungen günstiger als bei der Schizophrenie, aber ungünstiger als bei affektiven Störungen; allgemein sprechen eine schizodepressive Symptomatik und eine erhebliche Ausprägung des schizophrenen Anteils der Symptomatik für eine eher ungünstige Prognose.

Je nach vorherrschender Symptomatik sind eine psychopharmakologische Behandlung mit Neuroleptika und/oder deren Kombination mit Antidepressiva sowie gegebenenfalls Stimmungsstabilisierer (zum Beispiel Lithium, Carbamazepin) und zusätzlich eine medikamentöse Rezidivprophylaxe angezeigt. Die Therapie sollte durch stützende psychotherapeutische, psychoedukative und soziotherapeutische Behandlungselemente ergänzt werden.

8.2.2 Krankheitsbezogene Aussagen zur ICF

Schädigungen der Körperstrukturen und -funktionen entsprechend der ICF können bei Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen beispielsweise in folgenden Bereichen vorliegen:

Tab. 9: Schädigungen bei Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen

Funktionen von Temperament und Persönlichkeit	Reduzierte psychische Stabilität, Nachlassen von Zuverlässigkeit, Umgänglichkeit und (Selbst-) Vertrauen, Apathie
Funktionen der psychischen Energie und des Antriebs	Antriebsmangel, Antriebssteigerung, reduzierte Impulskontrolle
Funktionen des Schlafes	Mangelnde Schlafdauer und -qualität
Funktionen der Aufmerksamkeit	Reduzierte Daueraufmerksamkeit, geteilte Aufmerksamkeit und Konzentrationsfähigkeit
Psychomotorische Funktionen	Erregung, Katatonie, Negativismus
Emotionale Funktionen	Mangelnde Affektkontrolle und -modulation, situationsinadäquater Affekt, Affektverarmung, depressive, ängstliche, manifforme, gereizte Stimmung
Funktionen der Wahrnehmung	Halluzinationen
Funktionen des Denkens	Gestörtes formales (beispielsweise Gedankenabreißen, Zerfahrenheit) und inhaltliches (beispielsweise Wahn) Denken
Höhere kognitive Funktionen	Reduzierte exekutive Funktionen, betreffend Abstraktionsvermögen, Einsichtsvermögen, Handlungsplanung und Organisation, Flexibilität, Urteils- und Problemlösevermögen, Informationsverarbeitung
Selbstwahrnehmung und Zeitwahrnehmung	Mangel an realistischer Selbsteinschätzung (Krankheitseinsicht) und Einschätzung der Umgebung

Beeinträchtigungen von Aktivitäten und Teilhabe können sich bei Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen beispielsweise in den folgenden Bereichen manifestieren:

Tab. 10: Beeinträchtigungen bei Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen

Lernen und Wissensanwendung	Beeinträchtigung, Neues zu lernen, Probleme zu lösen, Wissen anzuwenden, mangelnde Entscheidungs- und Entschlusskraft, mangelnde Aufmerksamkeitsfokussierung
Allgemeine Aufgaben und Anforderungen	Beeinträchtigung, komplexe Aufgaben auszuführen, mit Stress oder Krisensituationen umzugehen, die tägliche Routine zu planen und durchzuführen, mangelnde Tagesstrukturierung
Kommunikation	Beeinträchtigung, die Bedeutung von Mitteilungen zu verstehen, sich angemessen mitzuteilen, sich zielgerichtet zu unterhalten, zu diskutieren
Selbstversorgung	Beeinträchtigung der Körperpflege, der Pflege und Auswahl der Kleidung, der Sorge für Ernährung und Gesundheit
Häusliches Leben	Beeinträchtigung, die täglichen Einkäufe zu erledigen, Mahlzeiten zuzubereiten, Hausarbeiten zu erledigen
Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen	Beeinträchtigung, Beziehungen aufzubauen und aufrecht zu erhalten, Kontakte aufzunehmen
Bedeutende Lebensbereiche	Beeinträchtigung, erwerbstätig und wirtschaftlich eigenständig zu sein, ein Bankkonto zu unterhalten, Rechnungen zu überweisen
Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben	Beeinträchtigung, sich an Freizeit- und Erholungsaktivitäten zu beteiligen, Freunde und Verwandte zu besuchen

8.2.3 Krankheitsspezifische Sachaufklärung

Die Diagnostik bei Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen stützt sich vornehmlich auf den psychischen Befund. Die Beobachtung des Spontanverhaltens kann dabei auch Hinweise auf nicht direkt erfragbare Symptome ergeben (zum Beispiel imperative Phoneme). Rückschlüsse auf das Leistungsvermögen können unter anderem durch Fragen zum Tagesablauf, zu Hobbys und zur Bewältigung von Alltagsaufgaben gewonnen werden. Nicht zuletzt aufgrund der Konsequenzen hinsichtlich Behandlung, Rehabilitation und Prognose ist eine sorgfältige Differenzialdiagnostik erforderlich, unter besonderer Berücksichtigung von organischen psychischen Störungen, von Störungen durch psychotrope Substanzen (zum Beispiel Delir) und von affektiven Störungen. Dazu sind die Erhebung einer möglichst eingehenden Anamnese und eine körperliche Untersuchung erforderlich, gegebenenfalls ergänzt um laborchemische, elektrophysiologische (EEG) und bildgebende Diagnostik. Das Erkennen einer bei Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen krankheitsbedingt häufiger eingeschränkten Kooperationsfähigkeit bei der Sachaufklärung erfordert große fachlich-gutachterliche Erfahrung, das Verhalten kann in solchen Fällen nicht ohne weiteres als willentlich beeinflussbare „mangelnde Mitwirkung“ interpretiert werden.

8.2.4 Beurteilung des Leistungsvermögens

Das Leistungsvermögen im Erwerbsleben bei Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen hängt maßgeblich von der individuell sehr unterschiedlichen Ausprägung der Symptomatik, dem Krankheitsverlauf sowie der konsequenten Ausschöpfung der gegebenen Behandlungsoptionen ab. In den akuten Krankheitsphasen können alle der unter 5.3.5 genannten Fähigkeiten beeinträchtigt sein.

Das **positive Leistungsvermögen** beschreibt die zumutbaren qualitativen und quantitativen Leistungsmerkmale hinsichtlich Arbeitsschwere, Arbeitshaltung und Arbeitsorganisation. Bezüglich der Arbeitsschwere und Arbeitshaltung bestehen bei Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen in der Regel keine andauernden Einschränkungen. Bei der Arbeitsorganisation ist zu beachten, dass beispielsweise Beeinträchtigungen hinsichtlich kritischer Selbsteinschätzung, Planungs- und Entscheidungsfähigkeit, geteilter und Daueraufmerksamkeit, aber auch ein gestörter Tag-Nacht-Rhythmus eine Tätigkeit mit Schichtwechsel oder Nachtarbeit ausschließen können. Unter Beachtung dieser möglichen Einschränkungen und bei Vorliegen günstiger Kontextfaktoren kommen für Menschen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen durchaus Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes in Tagesschicht (6 Stunden und mehr) in Frage. Negative Kontextfaktoren wie ein emotional belastendes Betriebsklima, fehlende soziale Unterstützung, überdurchschnittlicher Zeitdruck oder eine ungünstige Krankheitsbewältigung können hingegen rasch zu einer Dekompensation führen.

Das **negative Leistungsvermögen** wird bei Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen durch die Gegebenheiten des Einzelfalls bestimmt. Häufiger finden sich Beeinträchtigungen in den folgenden Bereichen:

- Kognition: Aufmerksamkeit, Konzentration, Umstellungsfähigkeit
- Soziale Kompetenzen: Durchsetzungsfähigkeit, Führungsfähigkeit, Kontaktfähigkeit, Kritikfähigkeit, Frustrationstoleranz, Fähigkeit zu Teamarbeit
- Kommunikationsfähigkeit
- Arbeitsausführung: Ausdauer, kritische Kontrolle, Selbstständigkeit, Sorgfalt, Verantwortung, Arbeitsplanung
- Psychomotorik: Feinmotorik, Reaktionsgeschwindigkeit, gezielter Antrieb

Auch eine notwendige psychopharmakologische Behandlung kann die psychomenteale Leistungsfähigkeit beeinflussen; einerseits kann durch eine geeignete und individuell dosierte Medikation die Voraussetzung zur Teilhabe am Erwerbsleben überhaupt erst hergestellt werden, andererseits können Nebenwirkungen der psychopharmakologischen Behandlung wie Müdigkeit, affektive Nivellierung oder auch extrapyramidalmotorische Nebenwirkungen der Aufnahme einer gezielten Erwerbstätigkeit entgegen stehen.

Die Ausübung von Tätigkeiten mit den folgenden Belastungsmerkmalen kann bei Versicherten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen beeinträchtigt sein:

- besondere Anforderungen an die geistige und psychische Belastbarkeit, vor allem hinsichtlich:
 - Konzentrations- und Reaktionsvermögen
 - Umstellungs- und Anpassungsvermögen
 - Verantwortung für Personen und Maschinen, Überwachung und Steuerung komplexer Arbeitsvorgänge
- pädagogische/soziale/therapeutische Tätigkeiten
- vorwiegend Publikumsverkehr
- Reisetätigkeit und Außendienst
- besonderer Zeitdruck
- erhöhtes Gefährdungspotenzial
- Nacht- und Wechselschicht
- in Einzelfällen, zum Beispiel bei Einnahme bestimmter Medikamente:
 - besondere Anforderungen an die Feinmotorik
 - Arbeiten auf Leitern und Gerüsten
 - besondere Lärmbelastung

8.2.4.1 Schizophrenie

Die psychopathologischen Merkmale der Schizophrenie können sehr unterschiedlich ausgeprägt sein und führen vor allem in der Phase der akuten Erkrankung zu gravierenden Einschränkungen der psychischen Belastbarkeit sowie im alltäglichen Verhalten in Beruf, Familie und Freizeit, in zwischenmenschlichen Beziehungen und bei der Wahrnehmung sozialer Rollen. Eine einmalige Episode einer schizophrenen Störung wird häufig durch eine besondere Belastung ausgelöst, beispielsweise durch eine private oder berufliche Konfliktsituation. Solche Belastungen, die die individuelle Bewältigungskapazität des Betroffenen überfordern, sind zu identifizieren und möglichst zu vermeiden oder die Auswirkungen derselben zu reduzieren, indem geeignete Copingstrategien vermittelt werden.

Die Bewältigungsfähigkeit der prämorbidem Persönlichkeit sowie günstige Kontextfaktoren wirken sich protektiv aus und verringern durch ihren modulierenden Einfluss selbst bei Betroffenen mit erheblicher psychischer Vulnerabilität das Risiko des Auftretens einer akuten Episode. Während qualitative Einbußen hinsichtlich des Leistungsvermögens häufig sind, ist das quantitative Leistungsvermögen vieler Versicherter mit Schizophrenie – bei adäquater Behandlung und Rehabilitation sowie Vorliegen günstiger Kontextfaktoren – nicht erheblich eingeschränkt. Es ist in keiner Weise gerechtfertigt, hier bereits anhand der Diagnose von einem dauerhaft aufgehobenen Leistungsvermögen auszugehen. Auch nach einem längeren Krankheitsverlauf ist eine Verbesserung des Leistungsvermögens von Versicherten mit Schizophrenie möglich, weshalb im Falle der Feststellung eines geminderten Leistungsvermögens die sozialmedizinische Beurteilung nach spätestens drei Jahren wiederholt werden sollte. Allgemein wird das Leistungsvermögen eher von der Ausprägung der Negativsymptomatik bestimmt, die oft die augenfälligere Positivsymptomatik der akuten Krankheitsperiode

überdauert. Eine Komorbidität in Form einer Abhängigkeit von psychotropen Substanzen oder einer Persönlichkeitsstörung verschlechtert die Prognose.

Von den an einer schizophrenen Störung Erkrankten erleidet etwa ein Drittel nur kurzfristige und/oder leichtgradige Beeinträchtigungen, ein weiteres Drittel zeigt deutliche Residualsymptome, bleibt aber sozial integriert und ein Drittel entwickelt im Verlauf schwere Residualsyndrome mit erheblichen psychosozialen Konsequenzen. Abbrüche der Schul- oder Berufsausbildung oder Verlust des Arbeitsplatzes sind gerade in Anbetracht des häufig frühen Manifestationsalters nicht selten. Als Folge davon sind oft die leistungsrechtlichen Voraussetzungen der gesetzlichen Rentenversicherung oder der Arbeitslosenversicherung nicht erfüllt, so dass der Zugang zu den Leistungen des sozialen Sicherungssystems für diesen Personenkreis krankheitsbedingt eingeschränkt ist. Auch die medizinische Versorgung ist durch fehlende Krankheitseinsicht sowie reduzierte Kritik- und Urteilsfähigkeit oft beeinträchtigt. Als Folge der Erkrankung kann die Fähigkeit zur selbstständigen Lebensführung und zum Aufbau tragfähiger Beziehungen vermindert sein, wodurch das Rückfallrisiko erhöht wird und ein sozialer Abstieg bis hin zur Isolation eintreten kann. Auch in den erscheinungsfreien Intervallen können durch Schwierigkeiten der Krankheitsbewältigung des Betroffenen oder durch aversive Reaktionen seiner Umgebung auf die Erkrankung mittelbare Beeinträchtigungen bestehen, die sich auf eine nachhaltige soziale und berufliche Integration negativ auswirken können.

Die Prognose bezüglich der Integration im Erwerbsleben ist nicht zuletzt aufgrund der verbesserten Behandlungsmöglichkeiten der Schizophrenie jedoch nicht so negativ zu beurteilen, wie häufig angenommen wird. Mehr als die Hälfte der Betroffenen kann trotz der Erkrankung auch längerfristig einer vollschichtigen Erwerbstätigkeit nachgehen, wenngleich nicht selten auf einem niedrigeren als dem Ausbildungsstand entsprechenden Niveau. Zu Beginn einer Erkrankung ist eine zuverlässige Prognose der Krankheitsentwicklung, insbesondere die der anhaltenden leistungsmindernden Beeinträchtigungen, zumeist nicht möglich.

Medizinische Rehabilitation: Bei der Schizophrenie kommen gezielte rehabilitative Strategien bereits während der Krankenhausbehandlung zum Zeitpunkt des Abklingens der akuten Symptomatik zum Einsatz. Sie sind hier aber noch integraler Bestandteil der Akutbehandlung, unter anderem 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.

Je nach Ausprägung, Dauer sowie Rezidivhäufigkeit der Schizophrenie kann die Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben erheblich gefährdet oder gemindert sein und somit Rehabilitationsbedürftigkeit bestehen. Am ehesten sind Rehabilitationsbedürftigkeit und -fähigkeit gegeben bei Patienten mit postremissiven Zuständen, beispielsweise bei der postschizophrenen Depression und bei leichteren Residualzuständen. Hier besteht vor allem Bedarf an Unterstützung bei der Krankheitsverarbeitung und der Reintegration ins Erwerbsleben.

Sofern Krankheitsverständnis, Compliance und Introspektionsfähigkeit sowie psychische Stabilität und Belastbarkeit es zulassen, ist zu prüfen, ob eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation in einer psychosomatisch-psychotherapeutischen Rehabilitationseinrichtung mit psychiatrischem Behandlungsschwerpunkt indiziert und ausreichend ist, um das Rehabilitationsziel der Rentenversicherung zu erreichen.

Für Rehabilitanden, die aufgrund der Ausprägung und des Schweregrades ihrer psychischen Erkrankung einen darüber hinausgehenden medizinischen Behandlungs- beziehungsweise soziotherapeutischen Betreuungsbedarf sowie medizinisch-beruflichen beziehungsweise beruflichen Rehabilitationsbedarf aufweisen, kann eine Leistung in einer Rehabilitationseinrichtung für psychisch kranke und behinderte Menschen (RPK-Einrichtung, siehe 6.5.1) indiziert sein. Akute Krankheitssymptome dürfen allerdings nicht mehr im Vordergrund stehen. Diese Leistung kann über einen mehrmonatigen Zeitraum sowohl ambulant als auch stationär durchgeführt werden. Das Angebot soll dabei möglichst wohnortnah realisiert werden. Grundlage bildet hierfür die auf der Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation geschlossene RPK-Empfehlungsvereinbarung mit den dazugehörigen Handlungsempfehlungen.

Langjährige Erfahrungen haben gezeigt, dass derartige Rehabilitationsmaßnahmen häufig erst nach einem länger bestehenden Krankheitsverlauf über den Zeitraum von etwa zwei bis drei Jahren sinnvoll sind, da der Betroffene über gewisse 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, 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.

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben: Die Ausübung einer Erwerbstätigkeit beziehungsweise die berufliche Wiedereingliederung ist ein wichtiger Aspekt in der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, durch den Menschen mit Schizophrenie psychische Stabilisierung und soziale Rehabilitation erfahren können. Allerdings ist bei Menschen mit schizophrenen Störungen meist von einer erhöhten Vulnerabilität auszugehen, so dass die Chance der psychischen Stabilisierung mit Hilfe von Arbeit gegenüber der Beanspruchung durch die angestrebte vollschichtige Wiedereingliederung in das Erwerbsleben sorgfältig abzuwägen ist. Eine Überforderung durch unrealistische Rehabilitationsziele birgt die Gefahr der erneuten psychischen Dekompensation.

Bei regelmäßiger psychiatrischer und gegebenenfalls auch psychotherapeutischer Behandlung können Versicherte mit durchschnittlicher prämorbid intelligenter Leistungsfähigkeit eine vollschichtige sachbezogene Tätigkeit in einem strukturierten Rahmen mit regelmäßigen Pausen (ohne besondere Lärmbelastung, ohne besonderen Zeitdruck) konkurrenzfähig ausüben. Bei prämorbid überdurchschnittlich ausgeprägter intelligenter Leistungsfähigkeit mit entsprechender Ausbildung können auch Tätigkeiten mit hohen Anforderungen an die geistige Leistungsfähigkeit unter den genannten Bedingungen ausgeübt werden.

Die Einschätzung der Arbeitsplatzanforderungen ist an eine umfassende betriebsärztliche, arbeitsmedizinische, arbeitspsychologische, berufskundliche und sozialmedizinische Kompetenz gebunden. Wenn die Leistungsfähigkeit und der Erkrankungsverlauf schizophrener Störungen zusätzlich durch beruflich bedingte Belastungsfaktoren wie erheblichen Zeitdruck, Nacht- und Wechsel- schicht, Reisetätigkeit, häufigen Publikumsverkehr und Außendienst negativ

beeinflusst werden, ist zu prüfen, ob durch Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben eine längerfristige Wiedereingliederung in das Erwerbsleben möglich ist. Die Empfehlung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben muss sich daran orientieren, ob eine Rückkehr in den bisherigen Beruf möglich ist oder eine Tätigkeit in einem anderen Berufsfeld angestrebt werden muss. Falls Letzteres erforderlich ist, muss geklärt werden, welche berufliche Tätigkeit mit welchem Qualifikationsniveau unter Berücksichtigung von Notwendigkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit im Einzelfall geeignet erscheint.

Die Erfassung und der Abgleich von Fähigkeitsprofil des Betroffenen und Anforderungsprofil der Berufstätigkeit können im Rahmen einer Begutachtung oder einer Arbeitserprobung im stationären Setting durch den Einsatz strukturierter Merkmalskataloge (MELBA, IMBA) unterstützt werden.

Für die Rehabilitationsplanung sind immer die individuelle Belastbarkeit für Schulungsmaßnahmen und die Einhaltung eines sinnvollen zeitlichen Rahmens zu berücksichtigen. Bei der Einschätzung der Belastbarkeit spielen auch die Einflüsse einer psychopharmakologischen Behandlung eine Rolle: Einerseits kann durch eine geeignete, individuell dosierte Medikation die Voraussetzung für die Teilnahme an einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben überhaupt erst hergestellt werden, andererseits können Nebenwirkungen der Therapie wie Müdigkeit, affektive Nivellierung oder auch extrapyramidalmotorische Nebenwirkungen der erfolgreichen Absolvierung einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben beziehungsweise der Aufnahme einer regulären Erwerbstätigkeit entgegen stehen.

Prognostisch günstige Aspekte im Hinblick auf das Erreichen des Ziels von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sind unter anderem:

- gute prämorbidie Sozialisation
- ausreichende Erfahrung im Umgang mit der eigenen Krankheit/Behinderung
- Fehlen eines Residualsyndroms
- realistische Selbsteinschätzung
- arbeitsbezogene Mindestbelastbarkeit (ab 4 Stunden täglich, steigerbar)
- ausreichende soziale Kontaktfähigkeit
- Fähigkeit, getroffene Vereinbarungen einschließlich der Rehabilitationsplanung längerfristig einzuhalten

Hingegen gelten als prognostisch ungünstig:

- ausgeprägte, die akute Episode überdauernde produktiv-psychotische Symptomatik oder ein schizophrener Residuum mit deutlicher Minussymptomatik
- eine begleitende Abhängigkeit von psychotropen Substanzen (vor allem Alkohol, Drogen)

Bevorzugt sollten Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben wohnortnah durchgeführt werden, damit ein Verbleib des Rehabilitanden im gewohnten Lebensumfeld möglich ist. Innerbetriebliche Umsetzung, Trainingsmaßnahmen oder Anpassungsmaßnahmen sollten dabei vorrangig angestrebt werden. Ist dies nicht möglich, kann eine dreimonatige Arbeitserprobung und Trainingstherapie oder eine 12- bis 15-monatige Anpassungsmaßnahme in einem Berufstrainingszentrum (BTZ) angezeigt sein. Wenn die letzte berufliche Tätigkeit beziehungsweise der Bezugsberuf nicht mehr ausgeübt werden kann, die psychische Stabilität jedoch eine vollschichtige Leistungsfähigkeit in einem geeigneten Beruf zulässt, können Qualifizierungsmaßnahmen wie beispielsweise eine Umschulung angezeigt sein. Diese sollte in einem Berufsförderungswerk durchgeführt werden, das sich konzeptionell auf die Rehabilitation von Menschen mit psychischen Störungen ausgerichtet hat. Um den komplexen Rehabilitationsbedarf

von Menschen mit Schizophrenie zu erfüllen, bieten spezialisierte Einrichtungen medizinische und berufliche Rehabilitation unter einem Dach (RPK-Einrichtungen, siehe 6.5.1 und 6.5.2).

Für Versicherte, die behinderungsbedingt aktuell nicht mehr unter den Bedingungen des „allgemeinen Arbeitsmarktes“ tätig sein können, bei denen jedoch eine Weiterentwicklung der Leistungsfähigkeit mit dem Ziel, ein Mindestmaß an wirtschaftlich verwertbarer Arbeitsleistung zu erreichen, erwartet werden kann, kann eine Leistung in einer Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) sinnvoll sein. Die Bewilligungsdauer von Leistungen im sogenannten Eingangungsverfahren beträgt in der Regel vier Wochen, von Leistungen im Berufsbildungsbereich ein Jahr (siehe 6.5.3).

8.2.4.2 Schizotype Störung

Die Entwicklung einer schizotypen Störung beginnt im frühen Erwachsenenalter, der Verlauf ist chronisch, Zusammensetzung und Ausprägung der Symptomatik sind interindividuell variabel. Im Vordergrund stehen oft eine Beeinträchtigung der Kommunikations- und Beziehungsfähigkeit, eigentümliche, sonderbar und situationsinadäquat anmutende Denk-, Ausdrucks- und Verhaltensweisen sowie eine Neigung zu Misstrauen und Beziehungsideen. Viele Betroffene sind trotz gewisser kommunikativer Schwierigkeiten jedoch durchaus leistungsfähig und sozial integriert, wobei ein tolerantes Umfeld einen bedeutsamen positiven Kontextfaktor darstellt. Nicht selten gelten Betroffene in ihrem Umfeld lediglich als „verschoben“, „exzentrisch“ oder „eigenbrötlerisch“, nicht aber als krank. Bei erheblicher Ausprägung dieser Symptome kann die berufliche Integration in mehrfacher Hinsicht gefährdet sein: Einerseits durch die manifesten Fähigkeitsverluste wie beispielsweise eine verminderte Flexibilität und Umstellungsfähigkeit oder mangelnde Gruppenfähigkeit, andererseits auch durch die negativen Reaktionen der Umgebung auf das als absonderlich empfundene Verhalten, die starr und abweisend wirkende Emotionalität sowie die paranoiden Tendenzen der Betroffenen. Soziale Ausgrenzung und sozialer Rückzug bedingen einander hier wechselseitig. Das Leistungsvermögen im Erwerbsleben kann in diesen Fällen erheblich gefährdet oder sogar gemindert sein.

Medizinische Rehabilitation: Krankheitsverständnis und Behandlungseinsicht sind bei Menschen mit einer schizotypen Störung meist etwas adäquater als bei Menschen mit Schizophrenie oder einer anhaltenden wahnhaften Störung. Jedoch suchen die Betroffenen oftmals nicht wegen der schizotypen Störung ärztliche beziehungsweise psychotherapeutische Hilfe, sondern wegen diffuser körperlicher Beschwerden oder einer begleitenden depressiven oder Angstsymptomatik. Die Rehabilitationsfähigkeit kann durch diese Störung eingeschränkt sein. Die Indikationsstellung für eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation richtet sich primär nach der Prognose hinsichtlich der (Wieder-)Aufnahme der Erwerbstätigkeit. Diese ist umso günstiger, je besser die soziale Integration insgesamt (Arbeitsplatz, Bezugsperson, Freizeitaktivitäten, Behandlungskontinuität und weitere) erhalten ist.

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben: Sie können bei Menschen mit einer schizotypen Störung angezeigt sein, wenn die Erwerbsfähigkeit zum Beispiel durch eine Anpassung am bestehenden Arbeitsplatz oder einen Wechsel der Tätigkeit erhalten werden kann. Sachbezogene Tätigkeiten ohne regelmäßige Teamarbeit und ohne Publikumsverkehr sind für Menschen mit einer schizotypen Störung generell besser geeignet als beispielsweise eine Arbeit in Großraumbüro oder Call-Center. Pädagogische, soziale und therapeutische Tätigkeiten kommen in der Regel auch nicht in Betracht. Bei der Indikationsstellung für eine Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben ist bei schizotypen Störungen immer

die individuelle Belastbarkeit für die jeweilige Leistung zu berücksichtigen. Eine Umschulung ist beispielsweise mit engeren und vielfältigen Kontakten zu Lehrpersonen und anderen Teilnehmern verbunden, was sich für einen Betroffenen mit einer schizotypen Störung bereits als Überforderung erweisen kann.

8.2.4.3 Anhaltende wahnhaftige Störungen

Bei Menschen mit einer anhaltenden wahnhaften Störung ist das soziale und Familienleben häufiger und ausgeprägter beeinträchtigt als das kognitive Leistungsvermögen und die berufliche Tätigkeit. In Abhängigkeit vom Wahninhalt und seiner affektiven Besetzung fallen die Betroffenen bei Nachbarn und Polizei beziehungsweise bei Behörden, Ämtern und Gerichten wegen ihres eigenbrötlerischen, aggressiven oder querulatorischen Verhaltens auf. Ein sozialer Rückzug bis hin zur Isolation kann Folge entsprechender Wahninhalte sein. Wenn bei einer anhaltenden wahnhaften Störung die Beschäftigung mit dem Wahninhalt den gesamten Tagesablauf beherrscht, so dass keine kontinuierliche Berufstätigkeit mehr möglich ist, ist von einem reduzierten Leistungsvermögen auszugehen.

Medizinische Rehabilitation: Bei bezüglich der Wahninhalte begrenzten anhaltenden wahnhaften Störungen muss die Leistungsfähigkeit im Berufsleben nicht zwingend beeinträchtigt sein; häufig besteht hier auch keine Rehabilitationsbedürftigkeit. Aber selbst bei aufgrund der Schwere der Störung gegebener Rehabilitationsbedürftigkeit liegt aufgrund der meist nicht vorhandenen Krankheits- und Behandlungseinsicht häufig keine Rehabilitationsfähigkeit vor, so dass hier die Voraussetzungen für eine Umdeutung des Rehabilitationsantrags in einen Rentenantrag zu prüfen sind.

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben: Sie sind bei Menschen mit einer anhaltenden wahnhaften Störung nur in seltenen Einzelfällen angezeigt, beispielsweise wenn sich die Wahnsymptomatik als ausschließlich tätigkeits- oder arbeitsplatzassoziiert darstellt und die überwiegende Wahrscheinlichkeit besteht, dass durch die Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben die Erwerbsfähigkeit durch einen Wechsel der Tätigkeit oder des Arbeitsplatzes erhalten werden kann. Dies setzt allerdings eine gute Kooperationsfähigkeit und ausreichende Krankheits- und Behandlungseinsicht voraus, was bei dieser Störung meist nicht gegeben ist.

8.2.4.4 Schizoaffective Störungen

Bei schizoaffectiven Störungen bestehen in der akuten Episode Fähigkeitseinbußen in vielen Lebensbereichen. Bei bestehender Rezidivneigung können dadurch wiederholte, teils auch längere Arbeitsunfähigkeitszeiten mit akuter Behandlungsbedürftigkeit resultieren. Gemäß ICD-10 zeigen Betroffene, die unter rezidivierenden schizoaffectiven Episoden leiden, besonders solche, deren Symptome eher manisch als depressiv sind, gewöhnlich eine vollständige Remission und entwickeln nur selten ein Residuum. Allerdings kann krankheitsbedingtes inadäquates Verhalten während der Krankheitsperiode beispielsweise zu Partnerschafts- und Arbeitsplatzkonflikten bis hin zum Arbeitsplatzverlust und zu juristischen Auseinandersetzungen führen. Hierdurch kann die Teilhabe am gesellschaftlichen und beruflichen Leben auch im symptomfreien Intervall nachhaltig beeinflusst werden.

Die Prognose schizoaffectiver Störungen ist im Allgemeinen deutlich günstiger als bei der Schizophrenie. Eine erhebliche Minderung des quantitativen Leistungsvermögens kommt hier seltener vor. Bei etwa einem Fünftel der Betroffenen verläuft die Störung chronisch. Dabei können im Rahmen eines unspezifischen adynam-defizitären Syndroms oder eines chronifizierten subdepressiven Syndroms nach langjährigem Krankheitsverlauf die psychomenteale Leistungsfähigkeit,

Kontaktfähigkeit und Aktivität reduziert sein. Es kann zum sozialen Rückzug kommen. In diesen Fällen ist von einer erheblichen Gefährdung oder sogar Minderung der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben auszugehen. Bei hypomanen Folgezuständen kann die Fähigkeit zur adäquaten Erfüllung von Leistungsanforderungen, zielorientiertem Arbeiten oder zur Ausübung von Tätigkeiten mit gehobener Verantwortung eingeschränkt sein. In diesen Fällen ist mindestens von einer qualitativen Beeinträchtigung des Leistungsvermögens auszugehen.

Medizinische Rehabilitation: Insbesondere dann, wenn sich im Verlauf der Erkrankung beziehungsweise als Reaktion auf die Erkrankung eine Anpassungsstörung (F43.2) entwickelt, kann bei Vorliegen der im Kapitel 8.4.4.4 aufgeführten Kriterien Rehabilitationsbedürftigkeit bestehen. Bei der Auswahl der Rehabilitationseinrichtung sollte eine Einrichtung mit psychiatrischer Behandlungskompetenz bevorzugt werden. Je nach Ausprägung und Chronifizierung der Störung – beispielsweise bei den oben genannten unspezifischen adynam-defizitären Syndromen, chronifizierten subdepressiven Syndromen oder hypomanen Folgezuständen – kann auch eine Leistung in einer Rehabilitationseinrichtung für psychisch kranke und behinderte Menschen (RPK-Einrichtung) indiziert sein. Akute Krankheitssymptome dürfen allerdings nicht mehr im Vordergrund stehen. Diese Leistung kann über einen mehrmonatigen Zeitraum sowohl ambulant als auch stationär durchgeführt werden. Das Angebot soll dabei möglichst wohnortnah realisiert werden. Grundlage bildet hierfür die auf der Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) geschlossene RPK-Empfehlungsvereinbarung.

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben: Für die Indikationsstellung für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben bei schizoaffektiven Störungen gelten die gleichen Grundprinzipien wie für Versicherte mit einer Schizophrenie. Im Rahmen eines anhaltenden unspezifischen adynam-defizitären Syndroms, eines chronisch subdepressiven Syndroms beziehungsweise bei hypomanischen Folgezuständen können qualitative und quantitative Leistungseinbußen bestehen. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation allein sind in diesen Fällen für eine Reintegration in das Erwerbsleben oft nicht ausreichend. Je nach Belastbarkeit sowie Art und Umfang der Einbußen ist daher zu prüfen, ob der Betroffene durch Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben wie betriebliche Umsetzung, Trainings- oder Anpassungsmaßnahmen beziehungsweise durch eine entsprechende Leistung in einer RPK-Einrichtung in das Erwerbsleben reintegriert werden kann.

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

Affektive Störungen gehören zu den häufigsten psychischen Störungen überhaupt. In der Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung spielen die affektiven Störungen eine herausragende Rolle: Sie wurden bei etwa 48,8% (Männer) beziehungsweise 53,8% (Frauen) der wegen psychischer Störungen (ohne Abhängigkeitserkrankungen) im Jahr 2010 durchgeführten stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation als Erstdiagnose angegeben und stehen damit in dieser Statistik an erster Stelle. Auch bei den Renten wegen Erwerbsminderung aufgrund psychischer Störungen (ohne Abhängigkeitserkrankungen) liegen die affektiven Störungen – darunter vor allem die depressiven Störungen – mit einem Anteil von etwa 38,4% bei Männern und 48,4% bei Frauen im Jahr 2010 an erster Stelle.

Affektive Störungen sind hauptsächlich durch eine Veränderung der Stimmung nach oben (Manie) oder nach unten (Depression) gekennzeichnet. Der Stimmungswechsel wird überwiegend von einer Änderung des allgemeinen Aktivitätsniveaus begleitet. Die meisten dieser Störungen neigen zu episodischem Auftreten, Dysthymia und Zylothymia verlaufen hingegen chronisch-fluktuierend (siehe 8.3.1.5). Der Beginn einzelner Episoden steht oft mit belastenden Lebensereignissen oder Situationen in Zusammenhang. In der Mehrzahl zeichnen sich die affektiven Störungen in Form der manischen, depressiven oder bipolaren Episoden durch eine günstige Prognose aus, die umso besser erscheint, je stärker affektgetragen sich das Krankheitsbild zeigt.

8.3.1 Einzelne Störungsbilder

8.3.1.1 Manische Episoden (F30.1-F30.9, F31.1-F31.21, F31.8)

Eine manische Episode kann einzeln oder im Rahmen einer bipolaren affektiven Störung auftreten. Sie ist gekennzeichnet durch eine situationsinadäquat und anhaltend gehobene oder gereizte Stimmungslage. Weitere Symptome sind: Antriebssteigerung, gesteigertes Selbstwertgefühl oder Größenideen, reduziertes Schlafbedürfnis, Rededrang, Distanzminderung, Ideenflucht, bis hin zu wahnhaften Denkinhalten (Größenwahn). Konzentrationsfähigkeit und Aufmerksamkeit können beeinträchtigt sein. In der Regel besteht in der akuten manischen Episode keine Krankheitseinsicht, sondern vielmehr ein realitätsinadäquates Gefühl außerordentlicher Leistungsfähigkeit. Eine manische Episode dauert unbehandelt wenige Tage oder Wochen, selten mehrere Monate. Während der akuten Episode sind eine fachärztliche Behandlung und eine Psychopharmakotherapie oft unumgänglich. Die Indikation zur stationären Krankenhausbehandlung muss unter Berücksichtigung von drohender Eigen- oder Fremdgefährdung und eingeschränkter Krankheitseinsicht geprüft werden. Bei der Pharmakotherapie stehen stimmungsstabilisierende Phasenprophylaktika wie Lithium oder Carbamazepin im Vordergrund, in der Akutbehandlung gegebenenfalls ergänzt durch Neuroleptika und – vorübergehend, bei starker Agitiertheit – auch Sedativa; Einzelheiten zur psychopharmakologischen Behandlung der Manie sind der S1-Leitlinie der AWMF „Manische und bipolare affektive Störungen (F30, F31)“, AWMF-Register Nr. 028/004 zu entnehmen.

8.3.1.2 Hypomanie (F30.0, F31.0)

Bei der Hypomanie findet sich die oben geschilderte Symptomatik in abgeschwächter Form, psychotische Symptome fehlen. Hypomanische Episoden werden als solche nicht selten übersehen und als nicht krankheitswertiges, temperament- beziehungsweise persönlichkeitsbedingtes Verhalten gedeutet. Dadurch kann es zu einer Unterschätzung der Prävalenz von Bipolar-II-Störungen kommen, siehe 8.3.1.4.

8.3.1.3 Depressive Episoden (F32, F33, F31)

Depressive Episoden kommen einzeln (F32), im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung (F33) sowie bei einer bipolaren affektiven Störung (F31) vor. Kernsymptome sind gedrückte Stimmung oder auch ein „Gefühl der Gefühllosigkeit“, Interessenverlust, Freudlosigkeit und Antriebsverminderung. Erhöhte Ermüdbarkeit, reduziertes Selbstwertgefühl, Insuffizienz- und Schuldgefühle bis hin zu wahnhaften Denkinhalten (Schuld-, Versündigungswahn), eine pessimistische Zukunftssicht mit Hoffnungslosigkeit und Suizidgedanken können vorhanden sein. Aufmerksamkeit und Konzentration können vermindert, psychomotorische Agitiertheit oder Hemmung bis hin zum depressiven Stupor können vorhanden sein. Die Symptomatik verändert sich innerhalb der Episode wenig, kann aber charakteristische Tagesschwankungen aufweisen. Nicht jede Befindlichkeitsstörung, die mit einer „schlechten Stimmung“ verbunden ist, sollte vorschnell als „Depression“ bezeichnet werden. Zudem existieren zahlreiche psychische Störungen, die mit depressiven Verstimmungen einhergehen können, bei denen der anhedon-depressive Affekt jedoch nicht das zentrale Symptom darstellt.

Als Symptome eines „somatischen Syndroms“ können folgende Beeinträchtigungen hinzutreten:

- deutlicher Verlust von Interesse oder Freude an Aktivitäten, die normalerweise angenehm sind
- mangelnde Fähigkeit, emotional auf Ereignisse oder Aktivitäten zu reagieren
- morgendliches Früherwachen
- Morgentief beziehungsweise Stimmungsverbesserung in den Abendstunden
- objektiver Befund einer psychomotorischen Hemmung oder Agitiertheit
- deutlicher Appetitverlust
- Gewichtsverlust von mindestens 5 % im vergangenen Monat
- deutlicher Libidoverlust

Das somatische Syndrom wird nur dann diagnostiziert und mit der fünften Stelle gemäß ICD-10 kodiert, wenn mindestens vier der oben genannten Symptome vorliegen, zum Beispiel als F32.01 = leichte depressive Episode mit somatischem Syndrom. Je nach Ausprägungsgrad werden eine leichte, mittelgradige und schwere depressive Episode unterschieden, wobei die schwere depressive Episode ohne und mit psychotische(n) Symptome(n) auftreten und auch kodiert werden kann.

Eine erste depressive Episode kann in jedem Lebensalter auftreten, der Beginn kann akut oder schleichend verlaufen. Zur Diagnose muss die Symptomatik gemäß ICD-10 mindestens zwei Wochen anhalten, im Mittel beträgt die Episodendauer jedoch etwa sechs Monate. Das Intervall zwischen zwei Episoden dauert mindestens zwei Monate. Eine depressive Episode kann auch ohne therapeutische Intervention vollständig abklingen, jedoch bei entsprechender Behandlung in Dauer und Intensität gemindert werden. Die Remission erfolgt meist vollständig. Bei der Hälfte der erstmalig an einer depressiven Episode Erkrankten ist mit einem wiederholten Auftreten zu rechnen. Während der depressiven Episode sind viele Betroffene aufgrund ihres hohen Leidensdrucks suizidgefährdet, und etwa 15% der Patienten mit schwerer depressiver Symptomatik begehen Suizid.

In der akuten Krankheitsphase kann bei leichterem Ausprägungsgrad der Symptomatik, Vorhandensein eines intakten sozialen Umfelds und in Abhängigkeit von der Persönlichkeit des Betroffenen die ambulante Behandlung durch den Hausarzt ausreichend sein. Bei schwerer Ausprägung, psychotischer Symptomatik, Therapieresistenz oder erhöhter Suizidgefahr ist eine engmaschige

ambulante fachärztliche oder eine stationäre Behandlung in einem Fachkrankenhaus beziehungsweise einer Fachabteilung angezeigt. Zur Depressionsbehandlung kommen verschiedene psychotherapeutische Verfahren (zum Beispiel kognitiv-verhaltenstherapeutische, psychodynamische) zum Einsatz, gegebenenfalls ergänzt durch somatische Behandlungsansätze (Wachtherapie, Lichttherapie, körperliches Ausdauertraining, elektrokonvulsive Therapie) und – vor allem bei schwerer Ausprägung – antidepressive Medikamente und Lithium-Augmentation. Detailliertere Empfehlungen zu Diagnostik und Therapie sind der S3-Leitlinie/Nationalen VersorgungsLeitlinie „Unipolare Depression“, AWMF-Register Nr. nvl/005 zu entnehmen.

Selbsthilfegruppen für Betroffene und für Angehörige können entlastende Gruppenerfahrungen ermöglichen, durch Information und Psychoedukation die Krankheitsbewältigung unterstützen und zur sozialen Integration depressiver Menschen beitragen.

8.3.1.4 Bipolare affektive Störung (F31)

Die bipolare affektive Störung wurde früher „manisch-depressive Krankheit“ genannt. Sie ist gekennzeichnet durch mindestens zwei wiederholte Krankheitsepisoden, bei denen Stimmung und Aktivitätsniveau deutlich beeinträchtigt sind. Die Störung besteht während einer hypomanischen/manischen Episode (F31.1) in gehobener Stimmung, gesteigertem Antrieb und vermehrter Aktivität, während einer depressiven Episode (F31.3-F31.5) hingegen in einer gedrückten Stimmungslage mit reduziertem Antriebs- und Aktivitätsniveau (siehe 8.3.1.3). Die Kombination depressiver Episoden mit manischen Episoden wird auch als Bipolar I-Störung bezeichnet, die Kombination depressiver mit hypomanischen Episoden als Bipolar II-Störung. Charakteristischerweise ist die Besserung der Symptomatik zwischen den Episoden vollständig. Die Episoden folgen oft einem belastenden Lebensereignis oder Veränderungen von Lebensumständen (beispielsweise einer Zeitumstellung, „Jet lag“, mit Schlafentzug). Es können auch Symptome sowohl einer Manie als auch einer Depression innerhalb einer Episode vorkommen: bei täglichem Auftreten über einen mindestens zweiwöchigen Zeitraum wird eine gegenwärtig gemischte Episode einer bipolaren Störung diagnostiziert (F31.6). Bei häufigem Wechsel der Symptomatik (mehr als vier manische/hypomanische oder depressive Episoden im Jahr) wird von einem „Rapid cycling“ gesprochen. Ein Phasenwechsel innerhalb von Tagen wird „Ultra rapid cycling“ genannt. Diese Störungen können unter F31.81 kodiert werden. Eine nur sehr selten auftretende Verlaufsform, die ausschließlich mit manischen beziehungsweise hypomanischen Episoden einhergeht, wird ebenfalls als bipolar (F31.82) klassifiziert.

Etwa 3 bis 6 % der erwachsenen Bevölkerung in Deutschland leiden unter Erkrankungen des manisch-depressiven Spektrums. 90 % der Betroffenen entwickeln Rezidive, die Suizidgefährdung ist hoch. Die erste Episode im Rahmen einer bipolaren affektiven Störung kann in jedem Alter auftreten, 75 % der Betroffenen erleben die erste Krankheitsepisode jedoch schon vor dem 25. Lebensjahr. Die Häufigkeit der Episoden, die Intensität der Symptomatik und das Verlaufsmuster von Remissionen und Rückfällen sind sehr variabel. Die symptomfreien Intervalle werden im Laufe der Erkrankung eher kürzer. Depressive Episoden treten häufiger im höheren Lebensalter auf und dauern länger an (etwa sechs Monate). Manische Episoden beginnen in der Regel abrupt und haben eine Dauer zwischen zwei Wochen und vier bis fünf Monaten. Da das Beschwerdebild eine große Variabilität aufweist und auch anderen psychischen Störungen ähneln kann, ist eine diagnostische Zuordnung oft erst durch Beobachtung im Verlauf möglich; es vergehen im Durchschnitt 8 bis 10 Jahre, ehe die Diagnose einer bipolaren Störung gestellt wird und die Patienten einer störungsspezifischeren Therapie zugeführt werden können. Abzugrenzen sind

insbesondere die einzelne manische beziehungsweise depressive Episode (F30.x beziehungsweise F32.x), die rezidivierende depressive Störung (F33) sowie die Zykllothymia (F34.0).

Während der akuten Krankheitsepisode ist meist eine medikamentöse Behandlung durch den Facharzt angezeigt, die sich je nach Ausprägung des depressiven, manischen oder gemischten Zustandsbildes unterscheidet. Pharmakotherapeutisch kommen Neuroleptika, Sedativa, Antidepressiva sowie stimmungsstabilisierende Medikamente zur Anwendung. Bei schwerer Krankheitsausprägung, Eigen- oder Fremdgefährdung ist meist die Indikation für eine stationäre Behandlung in einem Fachkrankenhaus oder einer Fachabteilung gegeben. Psychoedukative (Erkennen von Frühwarnzeichen und individuellen Auslösern, Erarbeiten eines Krisenplans) und psychotherapeutische (kognitiv-verhaltenstherapeutische) Interventionen können über die Krankheitsepisoden hinaus sinnvoll sein.

8.3.1.5 Anhaltende affektive Störungen (F34)

In der Diagnosengruppe der anhaltenden affektiven Störungen (F34) werden Störungen zusammengefasst, die durch anhaltende und meist fluktuierende Stimmungsstörungen gekennzeichnet sind. Die Symptomatik ist nicht ausreichend schwer und anhaltend genug, um als hypomanische beziehungsweise leichte depressive Episode zu gelten. Die Störungen bestehen oft jahrelang. Bei der **Zykllothymia (F34.0)** handelt es sich um eine mindestens zwei Jahre andauernde Instabilität der Stimmung mit zahlreichen Perioden von Depressionen und von leicht gehobener Stimmung, die aber nicht ausreichend schwer oder anhaltend genug sind, um die Kriterien für eine bipolare affektive Störung (F31.x) oder rezidivierende depressive Störung (F33.x) zu erfüllen. Wegen der insgesamt leichten Ausprägung der depressiven Symptome und der oft als angenehm empfundenen Phasen gehobener Stimmung nehmen Menschen mit Zykllothymia häufig keine ärztliche Behandlung in Anspruch. Einige Menschen mit Zykllothymia entwickeln im Verlauf der Erkrankung eine bipolare affektive Störung. Die Zykllothymia ist nicht mit der Zyklthymie nach Kurt Schneider zu verwechseln, die der Definition einer bipolaren affektiven Störung entspricht. Mit **Dysthymia (F34.1)** wird eine chronische, wenigstens mehrere Jahre andauernde depressive Verstimmung ohne Auftreten hypomanischer Zustände bezeichnet, die weder schwer noch hinsichtlich einzelner Episoden anhaltend genug ist, um die Kriterien einer schweren, mittelgradigen oder leichten rezidivierenden depressiven Störung zu erfüllen. Insuffizienzerleben, Interessenverlust, Pessimismus, Müdigkeit, Erschöpfung sowie das Unvermögen, mit den Routineanforderungen des täglichen Lebens fertig zu werden, bestimmen die Symptomatik. Zwischenzeitliche Perioden ausgeglichener Stimmung dauern selten länger als Wochen. Frühere Bezeichnungen für die Dysthymia waren „neurotische Depression“, „anhaltende ängstliche Depression“ oder „depressive Neurose“. Die Behandlungsoptionen beinhalten sowohl psychotherapeutische Verfahren als auch eine antidepressive medikamentöse Therapie, siehe S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie „Unipolare Depression“, AWMF-Register Nr. nvl/005.

8.3.2 Krankheitsbezogene Aussagen zur ICF

Schädigungen der Körperstrukturen und -funktionen entsprechend der ICF können bei affektiven Störungen beispielsweise in folgenden Bereichen vorliegen:

Tab. 11: Schädigungen bei affektiven Störungen

Funktionen von Temperament und Persönlichkeit	Reduzierte psychische Stabilität, nachlassende Zuverlässigkeit und Gewissenhaftigkeit, mangelnder (Depression) oder übersteigter (Manie) Optimismus und Selbstvertrauen, Apathie (Depression)
Funktionen der psychischen Energie und des Antriebs	Antriebsmangel (Depression), Antriebssteigerung, reduzierte Impulskontrolle, riskantes Verhalten (Manie), reduziertes Durchhaltevermögen
Funktionen des Schlafes	Mangelnde Schlafdauer und -qualität
Funktionen der Aufmerksamkeit	Reduzierte Daueraufmerksamkeit, geteilte Aufmerksamkeit und Konzentrationsfähigkeit
Funktionen des Gedächtnisses	(vorübergehende) Störungen von Kurzzeit- und/oder Langzeitgedächtnis, Störung des Abrufens von Gedächtnisinhalten, „depressive Pseudodemenz“
Psychomotorische Funktionen	Erregung, Bewegungsdrang (Manie), psychomotorische Verlangsamung, Stupor (Depression)
Emotionale Funktionen	Mangelnde Affektkontrolle und -modulation, Affektverarmung, depressive oder maniforme, gereizte Stimmung
Funktionen des Denkens	Beschleunigtes (Manie) oder verlangsamtes (Depression) Denken, inhaltliche Denkstörungen (Wahn)
Höhere kognitive Funktionen	Reduzierte exekutive Funktionen betreffend Abstraktionsvermögen, Einsichtsvermögen, Handlungsplanung und Organisation, Zeitmanagement, Flexibilität, Urteils- und Problemlösevermögen, Informationsverarbeitung; Selbstüberschätzung (Manie)
Die Selbstwahrnehmung und die Zeitwahrnehmung betreffende Funktionen	Mangel an realistischer Selbsteinschätzung

Beeinträchtigungen von Aktivitäten und Teilhabe können sich bei affektiven Störungen beispielsweise in den folgenden Bereichen manifestieren:

Tab. 12: Beeinträchtigungen bei affektiven Störungen

Lernen und Wissensanwendung	Beeinträchtigung, Neues zu lernen, Probleme zu lösen, Wissen anzuwenden, mangelnde (Depression) oder unangemessene (Manie) Entscheidungs- und Entschlusskraft, mangelnde Aufmerksamkeitsfokussierung
Allgemeine Aufgaben und Anforderungen	Beeinträchtigung, einfache oder komplexe (Mehrfach-)Aufgaben auszuführen, mit Stress oder Krisensituationen umzugehen, die tägliche Routine zu planen und durchzuführen, mangelnde Tagesstrukturierung
Kommunikation	Beeinträchtigung, sich angemessen mitzuteilen, sich zielgerichtet und auf den jeweiligen Gesprächspartner bezogen zu unterhalten, zu diskutieren
Selbstversorgung	Beeinträchtigung der Körperpflege, der Pflege und Auswahl der Kleidung, der Sorge für Ernährung und Gesundheit
Häusliches Leben	Beeinträchtigung, die täglichen Einkäufe zu erledigen, Mahlzeiten zuzubereiten, Hausarbeiten zu erledigen
Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen	Beeinträchtigung, soziale Beziehungen aufzubauen und aufrecht zu erhalten, Kontakte aufzunehmen
Bedeutende Lebensbereiche	Beeinträchtigung, erwerbstätig und wirtschaftlich eigenständig zu sein, ein Bankkonto zu unterhalten, Rechnungen zu überweisen
Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben	Beeinträchtigung, sich an Freizeit- und Erholungsaktivitäten zu beteiligen, Freunde und Verwandte zu besuchen, sich Vereinen oder Gruppen anzuschließen

8.3.3 Krankheitsspezifische Sachaufklärung

Die Diagnostik affektiver Störungen wird maßgeblich durch die Erfassung der Psychopathologie im Querschnitt (aktueller psychischer Befund) und im Längsschnitt (Eigen- und Fremdanamnese, Befund- und Entlassungsberichte) bestimmt. Anamnese und psychischer Befund spielen auch differenzialdiagnostisch eine herausragende Rolle, wobei zur Abgrenzung gegenüber organischen psychischen Störungen über den obligatorisch zu erhebenden körperlichen Befund hinaus im Einzelfall eine ergänzende Diagnostik (EEG, Laborbefunde, CCT, MRT) erforderlich sein kann. Eine Depression mit Antriebsmangel und Beeinträchtigung kognitiver Prozesse („Pseudodemenz“) kann beispielsweise als demenzielles Syndrom verkannt werden und zu falschen therapeutischen Konsequenzen führen. Auch manische Syndrome können organische Ursachen haben, wie beispielsweise Tumore und Infektionen des Gehirns sowie Epilepsie beziehungsweise toxisch-pharmakologische Ursachen; diese müssen ebenfalls ausgeschlossen werden. Eine affektive Symptomatik tritt beispielsweise auch im Rahmen einer schizoaffektiven Störung (F25) oder als postschizophrene Depression (F20.4) auf. Wahnphänomene sind als Unterscheidungskriterium nicht zuverlässig, da sie auch bei schweren Manien oder Depressionen auftreten können, wobei die Wahnhalte bei affektiven Störungen der jeweiligen Stimmungsauslenkung entsprechen (beispielsweise depressiver Schuldwahn). Sowohl psychische als auch somatische Komorbidität ist insbesondere bei depressiven Störungen häufig. Der Einsatz testpsychologischer Diagnostik, beispielsweise zur Feststellung des Schweregrades einer depressiven Störung oder zur Klärung kognitiver Beeinträchtigungen kann ergänzend sinnvoll sein.

8.3.4 Beurteilung des Leistungsvermögens

Bei der Beurteilung der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben müssen die aus der Psychopathologie resultierenden anhaltenden Beeinträchtigungen von Aktivitäten und Teilhabe an den verschiedenen Bereichen des gesellschaftlichen Lebens berücksichtigt werden. In den akuten Phasen affektiver Störungen können nahezu alle der unter 5.3.5 genannten Fähigkeiten beeinträchtigt sein. Inwieweit daraus jedoch andauernde Einbußen hinsichtlich des Leistungsvermögens beziehungsweise eine erhebliche Gefährdung der Erwerbsfähigkeit resultieren, hängt unter anderem von Ausprägung und Verlauf der Symptomatik sowie von dem Erfolg der bisherigen Behandlung ab.

Das **positive Leistungsvermögen** beschreibt die zumutbaren qualitativen und quantitativen Leistungsmerkmale hinsichtlich Arbeitsschwere, Arbeitshaltung und Arbeitsorganisation. Bezüglich der Arbeitsschwere und Arbeitshaltung bestehen bei affektiven Störungen in der Regel keine andauernden Einschränkungen. Bei der Arbeitsorganisation ist zu beachten, dass bei Beeinträchtigungen hinsichtlich kritischer Selbsteinschätzung, Planungs- und Entscheidungsfähigkeit, Antrieb, Konzentrationsfähigkeit und Daueraufmerksamkeit sowie bei einem gestörten Tag-Nacht-Rhythmus die Ausübung einer Tätigkeit mit Schichtwechsel oder Nacharbeit ungünstig sein kann. In den meisten Fällen bestehen die genannten Einschränkungen jedoch nur während der Krankheitsepisoden und Personen mit affektiven Störungen sind überwiegend in der Lage, Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes vollschichtig (6 Stunden und mehr) regelmäßig auszuüben.

Auch das **negative Leistungsvermögen** wird bei affektiven Störungen durch die Gegebenheiten des Einzelfalls (Schweregrad, Verlauf, Chronifizierung) bestimmt. Negative Kontextfaktoren wie ein emotional belastendes Betriebsklima, fehlende soziale Unterstützung oder eine ungünstige Krankheitsbewältigung können zur Auslösung von Krankheitsepisoden beziehungsweise zur Chronifizierung beitragen. Bei ungünstigem Verlauf einer affektiven Störung mit anhaltender psychomentaler Minderbelastbarkeit können insbesondere die folgenden erwerbsrelevanten Tätigkeiten/Tätigkeitsmerkmale beeinträchtigt sein:

- besondere Anforderungen an geistige und psychische Belastbarkeit:
 - Konzentrations- und Reaktionsvermögen
 - Umstellungs- und Anpassungsvermögen
 - Verantwortung für Personen und Maschinen, Überwachung und Steuerung komplexer Arbeitsvorgänge
- pädagogische/soziale/therapeutische Tätigkeiten
- vorwiegend Publikumsverkehr
- häufige Reisetätigkeit und Außendienst
- besonderer Zeitdruck
- Nacht- und Wechselschicht
- in Einzelfällen, beispielsweise bei Einnahme bestimmter Medikamente:
 - besondere Anforderungen an die Feinmotorik
 - häufiges Arbeiten auf Leitern und Gerüsten

8.3.4.1 Manische Episoden

Eine einzelne manische Episode führt ungeachtet eines bei den Betroffenen in der Regel ausgeprägt vorhandenen Gefühls gesteigerter Leistungsfähigkeit meist zu einer vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit und psychiatrischer Behandlungsbedürftigkeit. In einer akuten manischen Krankheitsperiode besteht keine Rehabilitationsfähigkeit. Eine erhebliche Gefährdung der Erwerbsfähigkeit ist mit einer einzelnen manischen Episode aufgrund der zu erwartenden Vollremission nicht verbunden.

Wenn manische Episoden im Rahmen einer bipolaren affektiven Störung auftreten, hängt die Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit von Frequenz, Dauer und Ausprägung der Episoden – gegebenenfalls auch der depressiven – ab, siehe 8.3.4.4 (bipolare Störung). Arbeitsplatzverlust aufgrund von störungsbedingtem Autoritätskonflikten, finanzielle Problemlagen infolge einer Selbstüberschätzung und Schwierigkeiten auf rechtlichem Gebiet sind oft die Folgen wiederholter manischer Episoden und können den Betroffenen in erhebliche soziale Schwierigkeiten bringen.

8.3.4.2 Hypomanie

Eine Hypomanie kann durch die damit verbundene, noch moderate Antriebssteigerung, gesteigerte Kreativität und Ideenreichtum in einem geeigneten Umfeld sogar durchaus positive Auswirkungen zeitigen und vorübergehend zu entsprechender Anerkennung führen, allerdings kommt es durch die herabgesetzte Fähigkeit zur selbstkritischen Reflexion nicht selten zu Konflikten im beruflichen und privaten Umfeld. Ein dauerhaft reduziertes Leistungsvermögen ist hier jedoch nicht zu erwarten.

8.3.4.3 Depressive Episoden

Eine einzelne mittelgradige oder schwere depressive Episode bedingt in den meisten Fällen vorübergehend Arbeitsunfähigkeit und erfordert eine Krankheitsbehandlung, stellt jedoch in Anbetracht der üblicherweise vollständigen Remission keine erhebliche Gefährdung der Erwerbsfähigkeit dar.

Rezidivierende depressive Störungen können zu wiederholter und teilweise längerer Arbeitsunfähigkeit führen. Sofern die Remission im Intervall zwischen zwei Krankheitsperioden vollständig erfolgt, ist nicht mit erheblichen Beeinträchtigungen von Aktivitäten und Teilhabe zu rechnen, wobei eine stabile Primärpersönlichkeit sowie eine geringe Episodenfrequenz und -ausprägung günstige prognostische Faktoren darstellen.

Bei ungünstigen Verläufen mit häufig wiederkehrenden und/oder schweren Krankheitsperioden, unvollständiger Remission oder Entwicklung einer zusätzlichen Anpassungsstörung in Folge der rezidivierenden depressiven Störung

können erhebliche, überdauernde Beeinträchtigungen von Aktivitäten und Teilhabe resultieren. Hier ist von einer qualitativen und auch quantitativen Minderung des Leistungsvermögens im Erwerbsleben auszugehen.

Die Prognose bezüglich der Erwerbsfähigkeit gilt als ungünstig, wenn mehrere der folgenden Faktoren zusammentreffen:

- eine mittelschwer bis schwer ausgeprägte depressive Symptomatik
- ein chronifizierter Verlauf mit unvollständigen Remissionen
- erfolglose ambulante und stationäre, leitliniengerecht durchgeführte Behandlungsversuche, einschließlich medikamentöser Phasenprophylaxe (zum Beispiel Lithium, Carbamazepin, Valproat)
- eine ungünstige Krankheitsbewältigung
- mangelnde soziale Unterstützung
- psychische Komorbidität
- lange Arbeitsunfähigkeitszeiten
- erfolglose Rehabilitationsbehandlung

Eine psychische Komorbidität, beispielsweise mit einer Persönlichkeitsstörung, einem schädlichen Gebrauch von Alkohol oder einer sozialen Phobie, kann zu einer Beeinträchtigung des Leistungsvermögens führen, die ohne eine solche Komorbidität nicht aufgetreten wäre.

Medizinische Rehabilitation: Die Notwendigkeit für spezifische Rehabilitationsleistungen ist bei rezidivierenden depressiven Störungen aufgrund der in der Regel guten Therapiemöglichkeiten im Bereich der ambulanten und stationären Akutbehandlung sowie aufgrund der überwiegend günstigen Prognose mit vollständigen Remissionen nur im Einzelfall gegeben. Vorrangig ist eine frühzeitige und konsequente psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung, die gegebenenfalls auch eine antidepressive beziehungsweise neuroleptische Medikation umfassen muss. In einer akuten depressiven Krankheitsepisode besteht keine Rehabilitationsfähigkeit. Letztere setzt eine ausreichende Remission der Symptomatik sowie entsprechende Belastbarkeit und Kooperationsfähigkeit bei dem Versicherten voraus, damit das Rehabilitationsziel des Erhalts beziehungsweise der Wiedererlangung der Erwerbsfähigkeit überhaupt Erfolg versprechend angegangen werden kann. Selbstverständlich schließt auch akute Suizidalität die Durchführung einer Rehabilitation aus. Rehabilitationsbedürftigkeit kann sich hingegen aus einer erschwerten Krankheitsbewältigung oder einer manifesten Anpassungsstörung im Zuge einer rezidivierenden depressiven Störung mit häufigen Episoden und ausgeprägter Symptomatik ergeben, wobei insbesondere die Neigung zu sozialem Rückzug zu beachten ist. Im Vordergrund einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation stehen dann die Krankheitsbewältigung, die Förderung und Stabilisierung der Compliance sowie der Erhalt der sozialen einschließlich der beruflichen Integration. In der medizinischen Rehabilitation kommen bei Menschen mit einer depressiven Störung im Wesentlichen kognitiv-verhaltenstherapeutische und psychodynamische Psychotherapieverfahren bedarfsgerecht zum Einsatz. Bei der Planung des Vorgehens im Einzelfall sollten die individuellen Präferenzen und Ressourcen des jeweiligen Rehabilitanden berücksichtigt werden.

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben: Rezidivierende depressive Störungen können sehr unterschiedlich verlaufen, eine differenzierte, individuelle sozialmedizinische Beurteilung ist zur Indikationsstellung für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben daher unabdingbar. Bei geringer Episodenfrequenz und -ausprägung, angemessener Behandlung sowie günstiger Krankheitsbewältigung sind meist keine Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben angezeigt. Wenn Krankheitsepisoden in deutlichem Zusammenhang mit beruflicher Überforderung

auftreten, können Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben in Betracht kommen, bei entsprechender Belastbarkeit gegebenenfalls auch als qualifizierende Maßnahmen. Dabei sind vor allem sachbezogene, gut strukturierte Tätigkeiten ohne besonderen Zeitdruck, Lärmbelastung, Wechselschicht oder häufige Ortswechsel als geeignet anzusehen. Bei der Auswahl einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben müssen insbesondere die folgenden Aspekte berücksichtigt werden:

- Fähigkeitsstörungen bezüglich Handlungsausführung, Kommunikation und solcher Leistungen, die die Anpassung an eine Arbeitssituation und die soziale Interaktion in derselben betreffen
- prämorbid Persönlichkeit beziehungsweise persönlichkeitsstrukturelle Merkmale
- individuelle und umgebungsbezogene Kontextfaktoren: persönliche Beziehungen, Partnerschaft, Familie, Wohnsituation, bisheriger beruflicher Status, prämorbid Anpassung, berufliche Entwicklung
- Fähigkeit zu verlässlicher Kooperation und Compliance
- Stabilität der spezifischen Eigenmotivation und Erwartung hinsichtlich einer beruflichen Wiedereingliederung

Die Einschätzung der Arbeitsplatzanforderungen ist an eine umfassende betriebsärztliche, arbeitsmedizinische, arbeitspsychologische, berufskundliche und sozialmedizinische Kompetenz gebunden. Die Empfehlung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben muss sich daran orientieren, ob eine Rückkehr in den bisherigen Beruf möglich ist oder die Tätigkeit in einem anderen Berufsfeld angestrebt werden muss. Falls Letzteres erforderlich ist, muss geklärt werden, welche berufliche Tätigkeit mit welchem Qualifikationsniveau unter Berücksichtigung von Notwendigkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit im Einzelfall geeignet erscheint. Für die Rehabilitationsplanung sind auch die individuelle Belastbarkeit für Schulungsmaßnahmen und die Einhaltung eines sinnvollen zeitlichen Rahmens zu berücksichtigen. In Einzelfällen kann das Rehabilitationsziel der Wiedereingliederung in das Erwerbsleben nur durch das spezifische medizinisch-berufliche Angebot in einer RPK-Einrichtung erreicht werden, siehe 6.5.1 und 6.5.2. Es ist sorgfältig zu prüfen, ob eine Wiedereingliederung in das Erwerbsleben auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt prognostisch möglich erscheint oder nur noch eine Tätigkeit in einer Werkstätte für behinderte Menschen ausgeführt werden kann. In letzterem Fall ist von einer Minderung der Erwerbsfähigkeit auszugehen und die Umdeutung des Antrags auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben in einen Antrag auf Erwerbsminderungsrente gemäß § 116 Absatz 2 Ziffer 1 SGB VI zu prüfen.

Bei der Vorhersage erfolgreicher Rehabilitationsverläufe gelten als prognostisch günstig:

- eine gute prämorbid Anpassung
- ausreichende Kenntnis und Bewältigung der eigenen Erkrankung
- nur geringgradige Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben außerhalb akuter Krankheitsepisoden
- eine realistische Selbsteinschätzung
- eine arbeitsbezogene Mindestbelastbarkeit (ab 4 Stunden/Tag, steigerbar)
- ausreichende soziale Kontaktfähigkeit und die Fähigkeit zur verlässlichen und langfristigen Einhaltung getroffener Vereinbarungen einschließlich einer kontinuierlichen psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung

8.3.4.4 Bipolare affektive Störung

Bipolare affektive Störungen sind ebenfalls häufiger mit wiederholten und auch längeren Arbeitsunfähigkeitszeiten verbunden. Bei vollständiger Remission im Intervall zwischen zwei Krankheitsepisoden ist nicht mit erheblichen Beeinträchtigungen von Aktivitäten und Teilhabe zu rechnen, wobei auch hier eine stabile Primärpersönlichkeit sowie eine geringe Episodenfrequenz, -dauer und -ausprägung günstige prognostische Faktoren darstellen.

Bei ungünstigen Verläufen mit häufig wiederkehrenden und/oder schweren Krankheitsepisoden, unvollständiger Remission oder Entwicklung einer zusätzlichen Anpassungsstörung in Folge der bipolaren affektiven Störung können erhebliche, überdauernde Beeinträchtigungen von Aktivitäten und Teilhabe resultieren. Hier ist von einer qualitativen und auch quantitativen Minderung des Leistungsvermögens im Erwerbsleben auszugehen.

Die Prognose bezüglich der Erwerbsfähigkeit gilt als ungünstig, wenn mehrere der folgenden Faktoren zusammentreffen:

- eine mittelschwer bis schwer ausgeprägte depressive/manische Symptomatik
- ein chronifizierter Verlauf mit unvollständigen Remissionen
- „(ultra) rapid cycling“ (rascher Episodenwechsel)
- erfolglose ambulante und stationäre, leitliniengerecht durchgeführte Behandlungsversuche, einschließlich medikamentöser Phasenprophylaxe (zum Beispiel Lithium, Carbamazepin, Valproat)
- eine ungünstige Krankheitsbewältigung
- mangelnde soziale Unterstützung
- psychische Komorbidität
- lange Arbeitsunfähigkeitszeiten
- erfolglose Rehabilitationsbehandlung

Eine Komorbidität bipolarer mit anderen psychischen Störungen, beispielsweise einer Persönlichkeitsstörung, einem schädlichen Gebrauch von Alkohol oder einer sozialen Phobie, kann zu einer Beeinträchtigung des Leistungsvermögens führen, die ohne eine solche Komorbidität nicht aufgetreten wäre.

Medizinische Rehabilitation: Die Notwendigkeit für spezifische Rehabilitationsleistungen ist bei bipolaren affektiven Störungen aufgrund der in der Regel guten Therapiemöglichkeiten im Bereich der ambulanten und stationären Akutbehandlung sowie aufgrund der überwiegend günstigen Prognose mit vollständigen Remissionen nur im Einzelfall gegeben. Vorrangig ist eine frühzeitige und konsequente psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung, die gegebenenfalls auch eine neuroleptische beziehungsweise antidepressive Medikation umfassen muss. In einer akuten Krankheitsepisode besteht keine Rehabilitationsfähigkeit. Letztere setzt eine ausreichende Remission der Symptomatik sowie entsprechende Belastbarkeit und Kooperationsfähigkeit bei dem Versicherten voraus, damit das Rehabilitationsziel des Erhalts beziehungsweise der Wiedererlangung der Erwerbsfähigkeit überhaupt erfolgversprechend angegangen werden kann. Akute Suizidalität schließt die Durchführung einer Rehabilitation aus. Rehabilitationsbedürftigkeit kann sich aus einer erschwerten Krankheitsbewältigung oder der Entwicklung einer manifesten Anpassungsstörung im Zuge einer bipolaren affektiven Störung mit häufigen Episoden und ausgeprägter Symptomatik ergeben, wobei insbesondere die Neigung zu sozialem Rückzug zu beachten ist. Im Vordergrund einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation stehen dann die Krankheitsbewältigung, die Förderung und Stabilisierung der Compliance sowie der Erhalt der sozialen einschließlich der beruflichen Integration. Insbesondere der Einsatz kognitiv-verhaltenstherapeutischer Verfahren hat sich in der Rehabilitation bei bipolaren affektiven Störungen bewährt.

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben: Bipolare affektive Störungen weisen eine sehr große Variabilität hinsichtlich ihres Verlaufs auf. Bei geringer Episodenfrequenz und -ausprägung, konsequenter Behandlung sowie günstiger Krankheitsbewältigung sind meist keine Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben angezeigt. Bei ausgeprägten manischen Episoden kommt es nicht nur zu qualitativen Leistungseinbußen, sondern auch zu Konflikten am Arbeitsplatz. Dabei wird die typische manische Symptomatik mit Selbstüberschätzung und Kompetenzüberschreitung leider oft nicht als krankheitsbedingt erkannt, und es folgt schließlich der Verlust des Arbeitsplatzes. Wenn Krankheitsepisoden in deutlichem Zusammenhang mit beruflicher Überforderung auftreten, können Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben in Betracht kommen, bei entsprechender Belastbarkeit gegebenenfalls auch als qualifizierende Maßnahmen. Dabei sind vor allem sachbezogene, gut strukturierte Tätigkeiten ohne besonderen Zeitdruck, Lärmbelastung, Wechselschicht oder häufige Ortswechsel geeignet. Bei der Auswahl einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben müssen insbesondere die folgenden Aspekte berücksichtigt werden:

- Fähigkeitsstörungen bezüglich Handlungsausführung, Kommunikation und solcher Leistungen, die die Anpassung an eine Arbeitssituation und die soziale Interaktion in derselben betreffen
- prämorbid Persönlichkeit beziehungsweise persönlichkeitsstrukturelle Merkmale
- individuelle und umgebungsbezogene Kontextfaktoren: persönliche Beziehungen, Partnerschaft, Familie, Wohnsituation, bisheriger beruflicher Status, prämorbid Anpassung, berufliche Entwicklung
- Fähigkeit zu verlässlicher Kooperation und Compliance
- Stabilität der spezifischen Eigenmotivation und Erwartung hinsichtlich einer beruflichen Wiedereingliederung

Die Einschätzung der Arbeitsplatzanforderungen ist an eine umfassende betriebsärztliche, arbeitsmedizinische, arbeitspsychologische, berufskundliche und sozialmedizinische Kompetenz gebunden. Die Empfehlung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben muss sich daran orientieren, ob eine Rückkehr in den bisherigen Beruf möglich ist oder die Tätigkeit in einem anderen Berufsfeld angestrebt werden muss. Falls Letzteres erforderlich ist, muss geklärt werden, welche berufliche Tätigkeit mit welchem Qualifikationsniveau unter Berücksichtigung von Notwendigkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit im Einzelfall geeignet erscheint. Für die Rehabilitationsplanung sind auch die individuelle Belastbarkeit für Schulungsmaßnahmen und die Einhaltung eines sinnvollen zeitlichen Rahmens zu berücksichtigen. Dabei ist auch sorgfältig zu prüfen, ob eine Wiedereingliederung in das Erwerbsleben auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt prognostisch möglich erscheint oder nur noch eine Tätigkeit in einer Werkstätte für behinderte Menschen ausgeführt werden kann. In letzterem Fall ist von einer Minderung der Erwerbsfähigkeit auszugehen und die Umdeutung des Antrags auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben in einen Antrag auf Erwerbsminderungsrente gemäß § 116 Absatz 2 Ziffer 1 SGB VI zu prüfen.

Bei der Vorhersage erfolgreicher Rehabilitationsverläufe gelten als prognostisch günstig:

- eine gute prämorbid Anpassung
- ausreichende Kenntnis und Bewältigung der eigenen Erkrankung
- nur geringgradige Beeinträchtigungen der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben außerhalb akuter Krankheitsepisoden
- eine realistische Selbsteinschätzung
- eine arbeitsbezogene Mindestbelastbarkeit (ab 4 Stunden/Tag, steigerbar)
- ausreichende soziale Kontaktfähigkeit und die Fähigkeit zur verlässlichen und langfristigen Einhaltung getroffener Vereinbarungen einschließlich einer kontinuierlichen psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung

8.3.4.5 Anhaltende affektive Störungen

In der Regel sind die von einer **Dysthymia** betroffenen Personen trotz monatelanger leicht ausgeprägter depressiver Symptomatik und Müdigkeit in der Lage, die wesentlichen Anforderungen des täglichen Lebens unter Einschluss der Berufstätigkeit zu bewältigen – allerdings oft auf eingeschränktem qualitativem Niveau. Quantitative Einbußen des Leistungsvermögens sind selten und manifestieren sich dann erst bei einem Wegfall von positiven Kontextfaktoren in der beruflichen oder persönlichen Umgebung. Bei der **Zyklothymia** bestehen in der Regel keine erheblichen Einschränkungen hinsichtlich der Aktivitäten und Teilhabe, die maniformen Phasen werden von den Betroffenen oftmals als angenehm empfunden und eine ärztliche Behandlung wird daher oft nicht durchgeführt.

Medizinische Rehabilitation: Bei anhaltenden affektiven Störungen, insbesondere bei der Dysthymia, kann eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation angezeigt sein, wenn trotz adäquater Krankenbehandlung (vornehmlich ambulante Psychotherapie) eine Chronifizierung droht, die mit dauerhaften subjektiven und objektiven Beeinträchtigungen bei sozialen, häuslichen und vor allem beruflichen Aktivitäten verbunden ist. Neben den individuellen Ressourcen (beispielsweise Leistungsorientierung, motivationale Faktoren) und der unterschiedlichen Fähigkeit zur Krankheitsbewältigung sind hier verschiedenste psychosoziale Einflüsse – zum Beispiel aus dem Familien- und Berufsleben – zu berücksichtigen, die den Verlauf positiv oder negativ beeinflussen können.

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben: Wenn die Verschlechterung einer anhaltenden affektiven Störung in deutlichem Zusammenhang mit beruflicher Überforderung festgestellt wird, können Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben in Betracht kommen, gegebenenfalls bei entsprechender Belastbarkeit auch als qualifizierende Maßnahmen. Dabei sind vor allem sachbezogene, gut strukturierte Tätigkeiten ohne besonderen Zeitdruck, Wechselschicht oder häufige Ortswechsel als geeignet anzusehen.

8.4 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (ICD-10: F40-F48)

In diesem Abschnitt der ICD-10 wird eine Reihe psychischer Störungen mit sehr vielfältiger Symptomatik aufgrund ihrer historischen Verbindung zum Neurosekonzept zusammengefasst. Die traditionellen, eher theorie- und konzeptgeleiteten Ansätze zur Einteilung psychischer Störungen finden sich hier in angedeuteter Form wieder. Im ursprünglichen Neurosekonzept waren die durch Störungen der Erlebnis- und Konfliktverarbeitung bedingten psychischen Syndrome mit unterschiedlichem Erscheinungsbild unter der Sammelkategorie „Neurose“ gebündelt worden. Die Interpretation der spezifischen Symptomatik variierte je nach theoretischem Hintergrund. Das in der klassischen Psychoanalyse entwickelte Neurosemodell stellt einen unbewussten intrapsychischen Konflikt aus Triebwünschen und Abwehr in den Mittelpunkt, das später unter anderem durch Ich-psychologische Erklärungsansätze ergänzt wurde. Dagegen betonen verhaltensmedizinische Ansätze die Bedeutung von Lernprozessen bei der Genese und Behandlung von Neurosen. Trotz einer vorwiegend deskriptiv und theoriefrei ausgerichteten Systematik bei der Klassifikation psychischer Störungen in der ICD-10 wurde am Begriff der „neurotischen Störung“ festgehalten.

Bei den neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen handelt es sich um psychoreaktive Störungen im weiteren Sinne, wobei solche mit vorwiegender psychischer Symptomatik von solchen unterschieden werden können, die primär mit körperlichen Beschwerden einhergehen. Die Einteilung erfolgt anhand der jeweils vorherrschenden Symptomatik (beispielsweise bei der Zwangsstörung) beziehungsweise anhand der Entstehung (beispielsweise bei der posttraumatischen Belastungsstörung).

Zusätzlich zu den neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (F40-F48) werden in den Abschnitten 8.4.1.8 und 8.4.4.8 spezielle Syndrome dargestellt, die teilweise in anderen Kapiteln der ICD-10 verschlüsselt sind und bei denen ein unterschiedlicher Bezug zu reaktiven psychischen Störungen besteht oder bestehen kann, so dass sie von Relevanz für die psychiatrisch-psychotherapeutische Begutachtung sind.

Der mit etwa 39,8% zweitgrößte Anteil der im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung im Jahr 2010 durchgeführten stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation wegen psychischer Störungen (ohne Abhängigkeitserkrankungen) wurde mit einer Störung aus der Gruppe der neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen begründet. Dabei werden Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43) am häufigsten als Erstdiagnose in den Entlassungsberichten der medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherung genannt. In der Erwerbsminderungsrenten-Statistik aus dem Jahr 2010 beträgt der Anteil der neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen an allen wegen psychischer Störungen (ohne Abhängigkeitserkrankungen) erfolgten Berentungen fast ein Viertel (etwa 24,2%). Damit steht diese Diagnosengruppe auch hier nach den affektiven Störungen bereits an zweiter Stelle.

8.4.1 Einzelne Störungsbilder

8.4.1.1 Phobische Störungen (F40)

Bei den phobischen Störungen wird die Angst überwiegend oder ausschließlich durch eindeutig definierte – im Allgemeinen ungefährliche und außerhalb der betreffenden Person liegende – Situationen oder Objekte hervorgerufen. Je nach Auslöser kann zwischen Agoraphobie (F40.0) mit oder ohne Panikstörung, sozialer Phobie (F40.1) und spezifischen Phobien (F40.2) unterschieden werden. Die auslösenden Objekte oder Situationen werden gemieden oder mit teilweise

massiv ausgeprägten psychischen und/oder vegetativen Angstsymptomen ertragen. Außerhalb der auslösenden Situation besteht ein weitgehend unauffälliger psychischer Befund. Gleichzeitig mit phobischer Angst treten häufig depressive Symptome in Verbindung mit Panikgefühl, Hilflosigkeit und Misserfolgserwartungen beziehungsweise Versagensängsten auf. Mit Ausnahme der sozialen Phobie sind phobische Störungen bei Frauen häufiger als bei Männern.

Eine frühzeitig einsetzende und fachlich adäquate Behandlung vorausgesetzt, ist die Prognose bei phobischen Störungen als günstig zu beurteilen. Im Rahmen der Richtlinienpsychotherapie kommen vorrangig verhaltenstherapeutische (zum Beispiel kognitive Verhaltenstherapie, Desensibilisierung), aber auch psychodynamische Interventionen zum Einsatz. Die Indikation für eine unterstützende Psychopharmakotherapie, beispielsweise mit serotonergen Antidepressiva, sollte fachpsychiatrisch geklärt werden. Für die Behandlung sozialer Phobien werden komplexe Therapieverfahren sowohl im Einzel- als auch im gruppentherapeutischen Setting eingesetzt. Ohne effektive Behandlung besteht vor allem bei der Agoraphobie und der sozialen Phobie ein hohes Chronifizierungsrisiko. Darüber hinaus tendieren Phobien unbehandelt zur Ausweitung, das heißt, die Zahl und das Spektrum der auslösenden Objekte/Situationen nimmt zu. Außerdem kann es zu reaktiver psychischer Komorbidität kommen, beispielsweise in Form einer depressiven Anpassungsstörung.

8.4.1.2 Andere Angststörungen (F41)

Bei den anderen Angststörungen ist das Kernsymptom eine Angst, die nicht auf bestimmte Umgebungssituationen beschränkt ist. Die Panikstörung (F41.0) geht mit heftigen, unvorhersehbar und ohne objektivierbare Auslöser auftretenden Angstanfällen einher. Dabei ist die somatisch-vegetative Begleitsymptomatik in Form von Herzklopfen, Brustschmerz, Schwindel oder Ersticken geföhlen nicht selten Anlass für wiederholte und umfangreiche organmedizinische Diagnostik. Zwischen den oft nur Minuten andauernden Attacken liegen längere weitgehend angstfreie Zeiträume. Eine mittelgradige Panikstörung liegt bei mindestens vier Panikattacken innerhalb von vier Wochen, eine schwere Panikstörung bei mindestens vier Attacken pro Woche über einen Zeitraum von vier Wochen vor. Die generalisierte Angststörung (F41.1) ist durch eine generalisierte, „frei flottierende“ und anhaltende Angst über einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten gekennzeichnet, wobei vielfältige Befürchtungen, Sorgen und Vorahnungen das Erleben und Verhalten der betroffenen Personen dominieren, begleitet von motorischer Spannung (körperliche Unruhe, Zittern) und vegetativer Übererregbarkeit. Derealisations- und Depersonalisationserleben kommen vor, eine Komorbidität in Form einer depressiven oder somatoformen Störung oder durch den Gebrauch psychotroper Substanzen (Alkohol, sedierende Medikamente) ist nicht selten. Angst- und depressive Störung, gemischt (F41.2) bezeichnet eine diagnostische Kategorie, bei der Angst und Depression gleichzeitig bestehen, keine der beiden jedoch ein Ausmaß erreicht, um eine entsprechende Einzeldiagnose zu rechtfertigen. Wenigstens vorübergehend bestehen auch vegetative Symptome (zum Beispiel Tremor oder Herzklopfen). Die Symptome sind verhältnismäßig mild und die Störung dürfte in der Bevölkerung weit verbreitet sein.

In der Behandlung von Panikstörung und generalisierter Angststörung kommen nach ambulanter psychiatrisch-psychotherapeutischer Abklärung und Indikationsstellung kognitiv-verhaltenstherapeutische (Angstbewältigungstraining; kognitive Verhaltenstherapie, KVT), psychodynamische und/oder psychopharmakologische Interventionen zur Anwendung. Der Erfolg ist abhängig vom frühzeitigen Einsetzen einer adäquaten Therapie. Die klinisch oft eindrucksvollen körperlichen Begleiterscheinungen wie Herzklopfen, Schweißausbruch

und Zittern werden allerdings nicht selten über längere Zeit – beispielsweise als kardiologische Erkrankung – fehlinterpretiert, insbesondere wenn die Betroffenen selber den dahinter stehenden Angsteffekt nicht als solchen wahrnehmen und benennen können. Personen mit Angst- und depressiver Störung, gemischt, werden aufgrund der moderaten Symptombelastung oft in der Primärversorgung behandelt.

Selbsthilfegruppen für Personen mit Angststörungen und für Angehörige beziehungsweise Bezugspersonen können entlastende Gruppenerfahrungen ermöglichen, durch Information und Psychoedukation die Krankheitsbewältigung unterstützen und zur sozialen Integration beitragen.

8.4.1.3 Zwangsstörung (F42)

Die Zwangsstörung zählt zu den häufigsten psychischen Störungen, mit meist chronischem Verlauf. Das klinische Bild zeichnet sich durch Zwangsgedanken, Zwangsbefürchtungen und Zwangshandlungen aus, die mindestens zwei Wochen lang an den meisten Tagen nachweisbar sind, als Ich-zugehörig, aber zugleich als quälend und sinnlos empfunden werden und/oder die normalen Aktivitäten stören. Zwangsgedanken (Grübelzwang) sind stereotyp auftretende Ideen, Vorstellungen, Befürchtungen oder Impulse, die den Betroffenen immer wieder beschäftigen. Inhaltlich handelt es sich oft um aggressive oder sexuelle Themen beziehungsweise damit verbundene Schuldvorstellungen. Zwangshandlungen (Zwangsrituale) sind ständig wiederholte Handlungsstereotypen, meist bezogen auf Waschen oder Reinigen, Kontrollieren, Wiederholen oder Zählen. Die betroffene Person erlebt sie oft als Vorbeugung gegen ein objektiv unwahrscheinliches Ereignis, das ihr Schaden bringen oder bei dem sie selbst Unheil anrichten könnte. Die Zwangshandlungen werden dazu genutzt, vegetative Angstsymptome oder eine quälende innere Anspannung zumindest temporär zu reduzieren. Vor allem Betroffene mit Zwangsgedanken leiden häufig unter depressiven Symptomen. Die Aufmerksamkeitsleistung sowie die konzentrierte Belastbarkeit können reduziert, das Denken und Handeln kann vollständig auf die Zwangsinhalte eingeengt sein.

Nach psychiatrisch-psychotherapeutischer Diagnostik und Indikationsstellung sind je nach Schweregrad eine ambulante oder stationäre psychodynamisch oder verhaltenstherapeutisch orientierte Psychotherapie in Kombination mit psychopharmakologischen Interventionen (zum Beispiel selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer, SSRI) im Rahmen der kurativen Versorgung in Betracht zu ziehen. Mit ausgeprägteren depressiven Symptomen verbundene Zwangsstörungen sind therapeutisch eher beeinflussbar, vermutlich aufgrund des besseren Ansprechens auf eine Psychopharmakotherapie. Eine stationäre Behandlung ist indiziert, wenn der Patient vor dem Hintergrund der situativen Triggerung der Zwangssymptomatik ein therapeutisches Milieu benötigt und eine Behandlung und spezielle Interventionen erst bei Entfernung aus dem häuslichen Milieu möglich werden oder wenn im therapeutischen Milieu ein Modell-Lernen und soziale Motivierung ermöglicht werden sollen.

8.4.1.4 Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43)

Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS, F43.1): Zu den für die Begutachtung im Auftrag der Rentenversicherung besonders relevanten Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen gehört die posttraumatische Belastungsstörung. Sie entsteht als verzögerte oder protrahierte Reaktion auf ein Ereignis oder eine Situation außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigen Ausmaßes, die bei fast jedem Menschen eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde. Beispiele für auslösende Situationen sind Folter, Terroranschläge, Vergewaltigung, Naturkatastrophen, schwere Unfälle und das Miterleben des gewaltsamen Todes

Anderer. Je nach zeitlicher Dimension können Typ I- und Typ II-Traumata unterschieden werden. Zu den Typ I-Traumata gehören kurzdauernde Ereignisse, die durch ihre Plötzlichkeit und akute Lebensgefahr gekennzeichnet sind (zum Beispiel Natur- oder technische Katastrophen, Unfälle, kriminelle Gewalterfahrungen). Länger dauernde oder wiederholte Traumata, deren weiterer Verlauf nicht vorhersehbar ist, wie beispielsweise Geiselhäft, mehrfache Folter, wiederholte Gewalterfahrungen in Form von Missbrauch und Misshandlungen, Kriegsgefangenschaft oder Konzentrationslager-Haft werden den Typ II-Traumata zugerechnet.

Die Symptomatik der posttraumatischen Belastungsstörung besteht im wiederholten Erleben des Traumas in Form sich aufdrängender Erinnerungen (Intrusionen, Nachhallerinnerungen, Flashbacks) und Albträume, in Gefühlen des Betäubtseins und der emotionalen Stumpfheit sowie Gleichgültigkeit gegenüber anderen Menschen. Die Vermeidung von Aktivitäten und Situationen, die an das Trauma erinnern könnten, mündet häufig in einen weitgehenden sozialen Rückzug. Zusätzlich liegen meist Angst, Depression, vegetative Übererregbarkeit, Schreckhaftigkeit, erhöhte Reizbarkeit, Schlaf- und Konzentrationsstörungen vor. Suizidgedanken werden oft angegeben. Komplizierend können Substanzmissbrauch und somatoforme Störungen hinzutreten.

Die Störung folgt dem Trauma mit einer Latenz von Wochen bis Monaten, selten jedoch später als nach sechs Monaten. Die häufig anzutreffende Verwendung der Diagnose „Posttraumatische Belastungsstörung“ ohne Vorliegen der in der ICD-10-Klassifikation eindeutig beschriebenen Kriterien ist kritisch zu hinterfragen. Differenzialdiagnostisch müssen andere psychische Störungen unterschiedlicher Ausprägung in Erwägung gezogen werden, beispielsweise andere neurotische und Belastungsstörungen oder auch Persönlichkeitsstörungen.

Der Verlauf der PTBS ist sehr wechselhaft, jedoch klingt die Störung bei der Mehrzahl der Betroffenen auch ohne Behandlung ab und hält selten länger als sechs Monate an. Die Evidenzlage zur geeigneten Methodik der Prävention der Entwicklung einer PTBS nach einer akuten Traumatisierung (Krisenintervention) ist noch unsicher, wenngleich es Hinweise darauf gibt, dass Betroffene am ehesten von einer kurzdauernden (3 bis 6 Stunden) kognitiv-verhaltenstherapeutischen Frühintervention profitieren können. Bei manifester posttraumatischer Belastungsstörung kommen traumaspezifische therapeutische Interventionen sowohl in kompensatorischer als auch in traumabearbeitender Form zum Einsatz. Insbesondere bei Anwendung destabilisierender, konfrontativer Verfahren ist spezifische therapeutische Erfahrung erforderlich. Neben kognitiv-behavioralen, psychodynamischen oder imaginativen Therapieverfahren kommen hypnotherapeutische Techniken zum Einsatz. So stellt beispielsweise das EMDR („Eye-movement desensitization and reprocessing“) eine traumaspezifische Behandlungsmethode dar, die eine imaginäre Exposition der traumatischen Erinnerung mit bihemisphärischer Stimulierung in Form von Augenbewegungen, Berührungsreizen oder auditiven Reizen kombiniert. Insbesondere bei depressiver Komorbidität sollte auch eine Psychopharmakotherapie erwogen werden. Die Prognose der posttraumatischen Belastungsstörung ist bei frühzeitiger Intervention und adäquater Therapie günstig. Bei wenigen Betroffenen nimmt die Störung einen chronischen Verlauf und kann in eine **andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (F62.0)** übergehen. Letztere ist auch differenzialdiagnostisch in Erwägung zu ziehen.

Die diagnostische Differenzierung der belastungsreaktiven Störungen wird fachlich intensiv diskutiert. Die sogenannte „**komplexe posttraumatische Belastungsstörung**“ (komplexe PTBS) ist derzeit weder in der ICD-10 noch im DSM-IV als eigenständiger diagnostischer Begriff zu finden. Sie wird bislang überwiegend

mit der oben genannten andauernden Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (F62.0) nach ICD-10 gleichgesetzt und im Anhang des DSM-IV als „Disorder of Extreme Stress Not Otherwise Specified“ (DESNOS) beschrieben. Das von Judith Herman (1992) eingeführte Konzept der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung stellt insofern eine Ergänzung des posttraumatischen Diagnosespektrums dar, als hierbei solche Entwicklungen besser berücksichtigt werden, denen eine fortgesetzte oder wiederholte Traumatisierung in der Kindheit und Jugend mit entsprechenden Implikationen für die Persönlichkeitsentwicklung zugrunde liegt. Die andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung ist hingegen durch die Auswirkungen einer anhaltenden oder wiederholten Traumatisierung auf eine in der Regel bereits entwickelte Persönlichkeit charakterisiert. Die Symptomatik der komplexen PTBS umfasst über die bei der PTBS genannten Kriterien hinaus Veränderungen von Affekt- und Impulsregulation, von Aufmerksamkeit und Bewusstsein (beispielsweise Depersonalisationserleben), von Selbstwahrnehmung, Beziehungsgestaltung und Lebenssinn sowie Somatisierung (zum Beispiel Schmerzen, gastrointestinale Beschwerden).

Detailliertere Angaben zur empfohlenen Diagnostik und Therapie der (komplexen) PTBS können der entsprechenden S3-Leitlinie der AWMF (Register Nr. 051/010) entnommen werden.

Anpassungsstörungen (F43.2) sind Zustände subjektiven Leidens und emotionaler Beeinträchtigung, die innerhalb eines Monats nach entscheidenden Lebensveränderungen (zum Beispiel Trennungserlebnis, Flucht, Emigration), nach belastenden Lebensereignissen (zum Beispiel Todesfall, Veränderung der Arbeitssituation, „Mobbing“) oder auch nach schweren körperlichen Krankheiten (zum Beispiel Karzinomkrankung) oder Operationen auftreten können. Die individuelle Disposition und Vulnerabilität spielen bei Auftreten und Art der Anpassungsstörung eine weitaus größere Rolle als bei der posttraumatischen Belastungsstörung. Ohne die Belastung jedoch wäre das Krankheitsbild nicht entstanden. Definitionsgemäß halten die Symptome nicht länger als sechs Monate an, mit Ausnahme der längeren depressiven Reaktion mit bis zu zwei Jahren Dauer. Aus klinischer und gutachterlicher Erfahrung gibt es jedoch eine ganze Reihe von Patienten, deren Symptomatik länger als zwei Jahre besteht und die früher als „Entwicklungen“ beschrieben wurden; diese Verläufe sind anhand der Kriterien der ICD-10 schwer einzuordnen. Am ehesten erscheint hier – ungeachtet der situativ-reaktiven Genese – eine Einordnung anhand der konkreten Symptomatik angebracht, beispielsweise als somatoforme Störung. Zur Unterscheidung einer Anpassungsstörung von vorübergehenden oder anhaltenden affektiven Störungen wie beispielsweise einer leichten depressiven Episode (F32.0) oder der Dysthymia (F34.1) können als differenzialdiagnostische Kriterien der zeitliche Verlauf der Störung und der Bezug zu einer Belastungssituation dienen. Die klinischen Merkmale der Anpassungsstörungen sind sehr variabel und bestehen – in unterschiedlicher Ausprägung und Zusammensetzung – aus gedrückter Stimmung und Überforderungserleben, Angst, Anspannung, Besorgnis, Verbitterung und dem Gefühl, das zugrunde liegende Ereignis nicht bewältigen zu können sowie Störungen des Sozialverhaltens (zum Beispiel Aggressivität). Körperliche Beschwerden wie Schlaflosigkeit, Kopfschmerzen, Herzklopfen sowie Bauch- und Brustschmerzen können ebenfalls vorliegen.

Anpassungsstörungen klingen meist ohne spezifische therapeutische Intervention innerhalb weniger Monate ab. Bei länger dauernder Symptomatik kann sich jedoch Behandlungsbedarf ergeben. Die Behandlungsmöglichkeiten bestehen dabei zunächst aus supportiv-stützenden psychotherapeutischen Interventionen,

die durch eine psychopharmakologische Therapie ergänzt werden können. Bei drohender Chronifizierung sind spezifische psychotherapeutische Behandlungsverfahren, beispielsweise in Form einer Verhaltenstherapie oder tiefenpsychologisch fundierter Verfahren in Erwägung zu ziehen.

8.4.1.5 Dissoziative Störungen (Konversionsstörungen, F44)

Dissoziative Störungen werden ätiologisch mit traumatisierenden Ereignissen, ungelösten Konflikten oder gestörten sozialen Beziehungen in Verbindung gebracht. Häufig werden dabei von den Betroffenen selbst die für Außenstehende offensichtlich erkennbaren psychischen Probleme oder Konflikte negiert und es besteht ein somatisches Krankheitsverständnis. Verschiedene Formen dissoziativer Störungen unterscheiden sich anhand der vorherrschenden Symptomatik, einem meist plötzlich einsetzenden teilweisen oder völligen Verlust der normalen Integration von Erinnerungen an die Vergangenheit, des Identitätsbewusstseins, der unmittelbaren Empfindungen oder der Kontrolle von Körperbewegungen. Dabei kommen teils eindrucksvolle motorische, sensorische und sensible Funktionsstörungen vor, wie beispielsweise dissoziative Anfälle, Stupor und Amnesie, Trance- und Besessenheitszustände, Sensibilitätsstörungen/Parästhesien, Sehstörungen, Zittern, Lähmungserscheinungen, Aphonie und Identitätsstörungen. Die Ausprägung der Symptomatik ist sehr variabel, der Verlauf kann episodisch oder chronisch sein, die meisten dissoziativen Zustände remittieren jedoch nach Wochen oder Monaten, vor allem, wenn am Beginn ein belastendes Lebensereignis stand. Eine die Symptomatik erklärende körperliche Ursache kann nicht nachgewiesen werden. Liegen somatisch begründbare Beschwerden vor, können diese im Rahmen einer dissoziativen Störung allerdings zusätzlich verstärkt werden, was mitunter zu erheblichen differenzialdiagnostischen Schwierigkeiten führen kann. Betrifft die Dissoziation das Bewusstsein der eigenen Identität, so liegt möglicherweise eine multiple Persönlichkeitsstörung, ICD-10: F44.81 vor. Diese Störung ist jedoch selten, und es wird kontrovers diskutiert, in welchem Ausmaß sie iatrogen oder kulturspezifisch ist. Im Gegensatz zur Simulation liegt bei den dissoziativen Störungen keine bewusste Vortäuschung von Beschwerden vor. Im Kontext der Begutachtung für die Rentenversicherung spielen dissoziative Störungen zahlenmäßig nur eine untergeordnete Rolle. Allerdings ist eine psychische Komorbidität mit Persönlichkeitsstörungen, Angststörungen und somatoformen Störungen häufig. Dissoziative Störungen sind differenzialdiagnostisch unter anderem von dissoziativen Phänomenen bei anderen psychischen Störungen (zum Beispiel bei Schizophrenie, Borderline-Persönlichkeitsstörung), von somatischen, insbesondere neurologischen Krankheiten sowie von der Simulation entsprechender Symptome zur Erreichung eines bestimmten Begutachtungsergebnisses abzugrenzen.

Nach sorgfältiger diagnostischer Klärung bedürfen Patienten mit dissoziativen Störungen meist zunächst eines behutsamen psychoedukativen Ansatzes zur Vermittlung eines biopsychosozialen Krankheitsverständnisses. Eine symptomorientierte Behandlung mit körperbezogenen Verfahren kann darüber hinaus zur Verbesserung der Compliance hilfreich sein, bevor in einem weiteren Schritt suggestiv-hypnotherapeutische Verfahren (zum Beispiel Autogenes Training, progressive Muskelrelaxation, EMDR) angeboten werden können. Bei ausreichender Akzeptanz psychologischer Einflussfaktoren kommt schließlich auch eine verhaltenstherapeutisch oder psychodynamisch orientierte Psychotherapie in Frage. Bei schwerer Ausprägung der Symptomatik mit drohender Chronifizierung sowie psychischer Komorbidität sollte die Indikation zu einer stationären Psychotherapie im Rahmen der kurativen (Akut-)Behandlung erwogen werden. Wenn eine dissoziative Störung ohne adäquate psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung länger als ein bis zwei Jahre besteht, ist sie therapeutisch oft nicht mehr beeinflussbar.

8.4.1.6 Somatoforme Störungen (F45)

Somatoforme Störungen sind durch eine subjektive Beeinträchtigung in Form unterschiedlicher anhaltender oder häufig wiederkehrender körperlicher Beschwerden charakterisiert, zusammen mit hartnäckigen Forderungen nach medizinischen Untersuchungen, trotz wiederholter negativer Ergebnisse und der Versicherung der Ärzte, dass die Symptome nicht körperlich begründbar sind. Am häufigsten werden Schmerzen und Allgemeinsymptome wie Müdigkeit und Erschöpfung geklagt. Wenn körperliche Funktionsstörungen beziehungsweise Erkrankungen vorhanden sind, erklären sie nicht Art und Ausmaß der Symptome, das Leiden und die emotionale Beteiligung der Betroffenen. Somatoforme Störungen sind in allgemeinärztlichen Praxen und Allgemeinkrankenhäusern sehr häufig und der Umgang mit diesen Patienten wird oft als schwierig erlebt. In psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung gelangen meist nur Betroffene mit einer psychischen Komorbidität (zum Beispiel Depression, schädlicher Gebrauch von Medikamenten), einer erheblichen Chronifizierung und einem massiven Leidensdruck. Die Begründung liegt unter anderem in einem bei den meisten Betroffenen vorliegenden ausschließlich somatischen Krankheitsverständnis, auf dem auch insistiert wird. Der Verlauf somatoformer Störungen ist häufig chronisch, nicht selten iatrogen befördert durch wiederholte und unnötigerweise durchgeführte organmedizinisch ausgerichtete Diagnostik und Behandlungsversuche. Selbstverständlich können sich auch bei diesen Patienten zusätzliche behandlungsbedürftige körperliche Krankheiten einstellen, so dass insbesondere bei Schilderung veränderter oder neuer Beschwerden die Notwendigkeit erneuter Untersuchungen immer sorgfältig abzuwägen ist. Darüber hinaus sind andere psychische Störungen differenzialdiagnostisch abzugrenzen wie beispielsweise affektive (depressive) Störungen mit somatischem Syndrom, Angststörungen und wahnhafte Störungen wie eine Schizophrenie mit körperbezogenem Wahnerleben oder depressive Störungen mit hypochondrischem Wahn. Auch psychische Komorbidität ist häufig bei somatoformen Störungen: Je nach Studienkollektive leiden 60 bis 70 % der Betroffenen gleichzeitig unter depressiven Störungen, 20 bis 40 % unter Angststörungen, 15 bis 20 % weisen eine gleichzeitige Störung durch psychotrope Substanzen und 30 bis 60 % eine Persönlichkeitsstörung auf. Orientierungs-, Bewusstseins- oder kognitive Störungen gehören nicht zum Krankheitsbild.

Die einzelnen Ausprägungen innerhalb der diagnostischen Sammelkategorie „Somatoforme Störungen“ sind entweder durch multiple körperliche Symptome, durch eine eng umschriebene körperbezogene Symptomatik oder durch primär dominierende psychische Merkmale gekennzeichnet. In der ICD-10 werden die Somatisierungsstörung (F45.0), die undifferenzierte Somatisierungsstörung (F45.1) als leichtere Form letzterer, die hypochondrische Störung (F45.2), die somatoforme autonome Funktionsstörung (F45.3) sowie die anhaltende Schmerzstörung (F45.4) aufgeführt. Die für die unterschiedlichen Störungsbilder charakteristischen Merkmale sind in den Tabellen 13 bis 15 dargestellt.

Tab. 13: Somatoforme Störungen nach ICD-10: F45.x

Untergruppe	Charakteristische Merkmale
<p>Somatisierungsstörung (F45.0) Dazugehörige Begriffe: → multiples Beschwerdesyndrom → multiple psychosomatische Störung</p>	<p>→ mindestens sechs aus einer Liste von 14 Symptomen, mindestens zwei Organsysteme betreffend (siehe unten, Tabelle 14) → Dauer: mindestens 2 Jahre</p>
<p>Undifferenzierte Somatisierungsstörung (F45.1) Dazugehöriger Begriff: → undifferenzierte psychosomatische Störung</p>	<p>→ Kriterien der Somatisierungsstörung (noch) nicht erfüllt: zum Beispiel weniger als sechs Symptome aus einer Liste (siehe unten, Tabelle 14), Dauer: mindestens 6 Monate, aber kürzer als 2 Jahre</p>
<p>Hypochondrische Störung (F45.2) Dazugehörige Begriffe: → Hypochondrie → hypochondrische Neurose → körperdysmorphe Störung (nicht wahnhaft)</p>	<p>→ anhaltende Überzeugung vom Vorhandensein einer ernsthaften körperlichen Krankheit oder vermuteten Entstellung, fehlende Akzeptanz entlastender ärztlicher Rückversicherung → Dauer: mindestens sechs Monate</p>
<p>Somatoforme autonome Funktionsstörung (F45.3) Dazugehörige Begriffe: → zum Beispiel Herzneurose, Da-Costa-Syndrom → zum Beispiel psychogene Aerophagie, psychogener Singultus, Dyspepsie, Magenneurose → zum Beispiel psychogenes Colon irritabile, psychogene Diarrhoe → zum Beispiel psychogene Hyperventilation, psychogener Husten → zum Beispiel psychogene Pollakisurie, Dysurie</p>	<p>→ mindestens zwei hartnäckige und störende Symptome einer vegetativen Stimulation in einem oder mehreren Organen oder Systemen (siehe unten, Tabelle 15) → mindestens ein Symptom bezogen auf ein bestimmtes Organ/Organsystem → nicht an Zeitkriterien gebunden</p>
<p>Anhaltende Schmerzstörung (F45.4), darunter:</p>	
<p>Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.40)</p>	<p>Die vorherrschende Beschwerde ist ein andauernder, schwerer und quälender Schmerz, der durch einen physiologischen Prozess oder eine körperliche Störung nicht hinreichend erklärt werden kann. Er tritt in Verbindung mit emotionalen Konflikten oder psychosozialen Belastungen auf, denen die Hauptrolle für Beginn, Schweregrad, Exazerbation oder Aufrechterhaltung der Schmerzen zukommt. Die Folge ist meist eine beträchtlich gesteigerte persönliche oder medizinische Hilfe und Unterstützung. Dauer: mindestens 6 Monate durchgehend an den meisten Tagen.</p>
<p>Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41)</p>	<p>Seit mindestens 6 Monaten bestehende Schmerzen in einer oder mehreren anatomischen Regionen, die ihren Ausgangspunkt in einem physiologischen Prozess oder einer körperlichen Störung haben. Psychischen Faktoren wird eine wichtige Rolle für Schweregrad, Exazerbation oder Aufrechterhaltung der Schmerzen beigemessen, jedoch nicht die ursächliche Rolle für deren Beginn. Der Schmerz verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Leiden und Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen. Der Schmerz wird nicht absichtlich erzeugt oder vorgetäuscht (wie bei der vorgetäuschten Störung oder Simulation).</p>
<p>Sonstige somatoforme Störungen (F45.8) Beispiele: psychogener Schiefhals, „Globus hystericus“, psychogener Pruritus, Zähneknirschen</p>	<p>Nicht durch das vegetative Nervensystem vermittelte Beschwerden, die nicht auf körperliche Störungen zurückzuführen sind, aber mit belastenden Ereignissen oder Problemen in enger Verbindung stehen oder zu beträchtlicher Aufmerksamkeit des Patienten führen.</p>

Tab. 14: Symptome und betroffene Organsysteme für die Diagnosestellung von Somatisierungsstörungen (F45.0/F45.1)

A) Gastrointestinale Symptome	<ul style="list-style-type: none"> → Bauchschmerzen → Übelkeit → Gefühl von Überblähung → schlechter Geschmack im Mund oder extrem belegte Zunge → Klagen über Erbrechen oder Regurgitation von Speisen → Klagen über häufigen Durchfall oder Austreten von Flüssigkeit aus dem Anus
B) Kardiovaskuläre Symptome	<ul style="list-style-type: none"> → Atemlosigkeit ohne Anstrengung → Brustschmerzen
C) Urogenitale Symptome	<ul style="list-style-type: none"> → Dysurie oder Klagen über die Miktionshäufigkeit → unangenehme Empfindungen im oder um den Genitalbereich → Klagen über ungewöhnlichen oder verstärkten vaginalen Ausfluss
D) Haut- und Schmerzsymptome	<ul style="list-style-type: none"> → Klagen über Fleckigkeit oder Farbveränderungen der Haut → Schmerzen in den Gliedern, Extremitäten oder Gelenken → unangenehme Taubheit oder Kribbelgefühl

Tab. 15: Symptome und Organsysteme für die Diagnosestellung von somatoformen autonomen Funktionsstörungen (F45.3)

A) Organsysteme	<ul style="list-style-type: none"> → Herz und kardiovaskuläres System → oberer Gastrointestinaltrakt (Ösophagus und Magen) → unterer Gastrointestinaltrakt → respiratorisches System → Urogenitalsystem
B) Vegetative Symptome	<ul style="list-style-type: none"> → Palpitationen → Schweißausbrüche (heiß oder kalt) → Mundtrockenheit → Hitzewallungen oder Erröten → Druckgefühl im Epigastrium, Kribbeln oder Unruhe in der Magengegend
C) Andere Symptome	<ul style="list-style-type: none"> → Brustschmerzen oder Druckgefühl in der Herzgegend → Dyspnoe oder Hyperventilation → außergewöhnliche Ermüdbarkeit bei leichter Anstrengung → Aerophagie, Singultus oder brennendes Gefühl im Brustkorb oder im Epigastrium → Bericht über häufigen Stuhlgang → erhöhte Miktionsfrequenz oder Dysurie → Gefühl der Überblähung oder Völlegefühl

Sogenannte funktionelle Störungen beziehungsweise Syndrome, wie beispielsweise das Reizdarmsyndrom (ICD-10: K58) oder das Fibromyalgiesyndrom (ICD-10: M79.0) weisen ausgeprägte Überlappungen zu somatoformen Störungen auf. Möglicherweise handelt es sich hierbei lediglich um unterschiedliche diagnostische Interpretationen identischer Beschwerdekongstellationen, einmal aus somatomedizinischer Perspektive und einmal aus psychosomatischer Sicht.

Für die Begutachtung in der gesetzlichen Rentenversicherung spielt die **anhaltende Schmerzstörung (F45.4)** mit ihren komplexen biopsychosozialen Facetten eine besonders wichtige Rolle. Die diagnostischen Kriterien der beiden fünfstelligen Unterkategorien sind in der Übersichtstabelle über die somatoformen Störungen aufgeführt, siehe oben, Tabelle 13. Sie unterscheiden sich im Wesentlichen in der primären Ursachenzuschreibung, die entweder psychosoziale Faktoren (F45.40) oder körperliche Faktoren (F45.41) in den Vordergrund stellt.

Ungeachtet der konkreten diagnostischen Zuordnung stellt die anhaltende Schmerzstörung nicht zuletzt aufgrund der Problematik der Beschwerdenvvalidierung und des hohen Chronifizierungsrisikos eine sozialmedizinisch-gutachterliche Herausforderung dar. Hinweise zur Begutachtung sind auch der Leitlinie für die Begutachtung von Schmerzen von Widder et al. (2007) zu entnehmen.

Für verschiedene, in jüngerer Zeit häufiger beschriebene Beschwerdekongstellationen mit unspezifischer körperlicher und psychischer Symptomatik – beispielsweise das „Chronische Müdigkeitssyndrom“ (CFS), das „Multiple Chemical Sensitivity-Syndrom“ (MCS) oder das „Sick Building-Syndrom“ (SBS) – liegt zwar aufgrund verschiedener Anhaltspunkte ebenfalls eine Zuordnung zu den somatoformen Störungen nahe, jedoch ist bislang eine klare diagnostische Klassifikation unterblieben, siehe 8.4.1.8.

Auch nach Unfallereignissen vorgebrachte psychomentele Beschwerden sind teilweise schwer diagnostisch und kausal zuzuordnen, beispielsweise bei Schleudertraumata, bei denen nach relativ geringfügigen körperlichen Einwirkungen im Rahmen leichter Auffahrunfälle nicht selten unverhältnismäßig stark ausgeprägte Beeinträchtigungen, meist im Sinne kognitiver Einbußen oder anhaltender Erschöpfung, geschildert werden. Differenzialdiagnostisch sind auch hier immer neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen einzubeziehen.

Somatoforme Störungen weisen inter- und intraindividuell sehr wechselhafte Ausprägungen und unterschiedliche Verläufe auf, von der spontanen Remission bis zur schweren Chronifizierung mit letztlich völliger sozialer Isolation. Ein chronifizierter Verlauf wird gefördert, wenn durch wiederholte und unnötige organmedizinische Ausschlussdiagnostik, Dokumentation organmedizinisch anmutender „Verlegenheitsdiagnosen“ und Medikamentenverordnung ohne klare Indikation auch iatrogen die Fixierung des Patienten auf ein ausschließlich somatisches Krankheitsverständnis unterstützt wird. Die Prognose ist in Abhängigkeit vom Chronifizierungsgrad des Krankheitsverhaltens, vom Vorhandensein und der Ausprägung – häufig auftretender – komorbider psychischer Störungen sowie psychosozialer Begleitfaktoren zu beurteilen. Ein aus zahlreichen Verschreibungen nicht selten auch mehrerer gleichzeitig konsultierter Ärzte resultierender schädlicher Gebrauch von Medikamenten (zum Beispiel von Abführmitteln) oder eine Medikamentenabhängigkeit (zum Beispiel von Tranquilizern) können den Verlauf zusätzlich negativ beeinflussen.

Da der Hausarzt für die meisten Menschen mit somatoformen Störungen der erste Ansprechpartner im Gesundheitssystem ist, hängt die Weichenstellung für den weiteren Krankheitsverlauf von einer kompetenten, kontinuierlichen, stützenden hausärztlichen Beratung und Begleitung ab, wie sie beispielsweise als Leistung im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung erbracht wird. Die geschilderten Beschwerden müssen ernst genommen, Indikationsstellung und Bewertung apparativer und invasiver diagnostischer Prozeduren kritisch vorgenommen und es muss an die Möglichkeit des Vorliegens einer somatoformen Störung gedacht werden. Länger dauernde Inaktivierung und Schonung sind in der Regel kontraindiziert. Regelmäßige, nicht überfordernde körperliche Aktivitäten sind zu empfehlen. Im Einzelfall können Entspannungstechniken hilfreich sein.

Bleiben die Beschwerden auch nach adäquater Diagnostik und Behandlung durch den Hausarzt länger als sechs Monate bestehen, ist eine fachärztliche/ psychotherapeutische Abklärung und Indikationsstellung für ambulante beziehungsweise stationäre psychotherapeutische Interventionen erforderlich. Meist besteht bei den Patienten zunächst keine Motivation für eine Psychotherapie. Daher zielen die ersten Interventionen auf die den individuellen Erfahrungshorizont des Patienten einbeziehende Vermittlung eines biopsychosozialen Krankheitsverständnisses und den Aufbau einer Psychotherapiemotivation ab. Kognitiv-verhaltenstherapeutische Psychotherapieverfahren haben sich vor allem bei Patienten mit anhaltenden Schmerzstörungen als hilfreich erwiesen. Eine Indikation zur psychopharmakologischen Therapie kann sich bei Vorliegen einer depressiven oder angstgetönten Begleitsymptomatik ergeben, Patienten mit anhaltender Schmerzstörung können auch hinsichtlich der Reduktion der Schmerzwahrnehmung von (trizyklischen) Antidepressiva profitieren.

Die therapeutischen Möglichkeiten sind erst dann als ausgeschöpft anzusehen, wenn ambulante und gegebenenfalls auch stationäre Behandlungsversuche durchgeführt worden sind. Beschwerdefreiheit kann allerdings häufig auch durch psychotherapeutische Interventionen bei entsprechend motivierten Patienten nicht erreicht werden, wohl aber eine Verbesserung der Lebensqualität und Verhinderung einer Verschlimmerung mit zusätzlichen psychosozialen Begleitfolgen.

8.4.1.7 Andere neurotische Störungen: Neurasthenie (F48.0)

Die Neurasthenie (Erschöpfungssyndrom, englisch: Fatigue syndrome) ist geprägt durch Klagen über vermehrte Müdigkeit nach geistigen Anstrengungen oder auch über das Gefühl körperlicher Schwäche nach nur geringer Anstrengung, begleitet von muskulären oder anderen Schmerzen und der Unfähigkeit, sich zu entspannen. Häufig wird eine abnehmende Arbeitsleistung oder Effektivität bei der Bewältigung täglicher Aufgaben beschrieben. Weitere unspezifische Symptome wie unangenehme körperliche Empfindungen, Schwindelgefühle, Spannungskopfschmerzen und das Gefühl allgemeiner Unsicherheit werden häufig geschildert. Reizbarkeit, Sorge über abnehmendes Wohlbefinden, Freudlosigkeit und unterschiedliche, leichtere Grade von Depression und Angst sind üblich. Schlafstörungen und Hypersomnie können vorkommen.

Zur Diagnosestellung werden die nachfolgend dargestellten Kriterien gefordert:

1. anhaltendes und quälendes Müdigkeits- und Erschöpfungsgefühl nach geistiger Anstrengung oder Klagen über körperliche Schwäche und Erschöpfung nach geringsten Anstrengungen
2. mindestens zwei der folgenden Empfindungen: Muskelschmerzen und -beschwerden, Schwindelgefühle, Spannungskopfschmerzen, Schlafstörungen, Unfähigkeit zu entspannen, Reizbarkeit, Dyspepsie
3. vorliegende autonome oder depressive Symptome sind nicht anhaltend und schwer genug, um die Kriterien für eine der spezifischeren Störungen in dieser Klassifikation zu erfüllen
4. Dauer der Beschwerden: mindestens 3 Monate

Die Differenzialdiagnose der Neurasthenie ist umfangreich: Beginnende oder leichtgradige depressive Störungen (F32-34), Angststörungen (F41) oder somatoforme Störungen, organische psychische Störungen, beispielsweise im Rahmen von zerebrovaskulären Erkrankungen, nach Enzephalitis (F07.1) oder nach Schädelhirntrauma (F07.2) sowie bestimmte Formen von Schlafstörungen wie beispielsweise die Narkolepsie (G47.4). Wenn sich das neurasthenische Syndrom im Anschluss an eine körperliche Krankheit, speziell Influenza, Virushepatitis oder infektiöse Mononukleose, entwickelt (postvirales Müdigkeitssyndrom, G93.3), ist

die Diagnose der Infektion zusätzlich zu dokumentieren. Die Neurasthenie als neurotische Störung muss auch von Erschöpfungszuständen ohne psychopathologischen Hintergrund unterschieden werden. Insbesondere sind Symptome und Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen, aus den ICD-10-Kapiteln R, T und Z wie beispielsweise Unwohlsein und Ermüdung (R53), Erschöpfung durch übermäßige Anstrengung („Überanstrengung“, T73.3) oder Ausgebranntsein beziehungsweise Burn-out (Z73.0) differenzialdiagnostisch zu prüfen.

Wichtig ist eine stützende hausärztliche Begleitung. Länger dauernde Inaktivierung und Schonverhalten führen in der Regel zu weiteren körperlichen Missempfindungen und zu einer verstärkten Erschöpfungssymptomatik, so dass eine Herausnahme aus dem Arbeitsprozess therapeutisch meist nicht sinnvoll ist. Eine alleinige Beeinflussung durch Entspannungsverfahren oder verhaltenstherapeutisch orientierte Kurzinterventionen hat sich nicht als nachhaltig wirksam erwiesen. Kurze Erholung und allmähliche Wiederaufnahme der gewohnten Aktivitäten, körperliches Training mit allmählicher Steigerung der körperlichen Belastung und kognitive Verhaltenstherapie wirken sich in der Regel positiv aus. Die Einleitung einer symptomatischen medikamentösen Behandlung ist kritisch zu prüfen.

8.4.1.8 Spezielle Syndrome von Relevanz für die psychiatrisch-psychotherapeutische Begutachtung

„Multiple Chemical Sensitivity-Syndrom“ (MCS), „Idiopathic Environmental Intolerances“ (IEI), „Sick Building-Syndrom“ (SBS)

In den letzten Jahren ist eine Reihe von Beschwerdebildern und gesundheitlichen Beeinträchtigungen mit modern anmutenden Bezeichnungen formuliert worden, deren Verursachung schädlichen Umwelteinflüssen zugeschrieben wird und die daher auch als „Umwelterkrankungen“ zusammengefasst werden. Allerdings geht auch die 10. Revision der von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) herausgegebenen „Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme“ (ICD-10) bei MCS/IEI/SBS wegen der fehlenden wissenschaftlichen Evidenz nicht von eigenständigen Krankheitsentitäten aus, zumal toxikologisch und immunologisch keine die Symptomatik erklärenden Befunde ermittelt werden konnten.

Die Beschwerden bei „Umwelterkrankungen“ sind vielfältig. Häufig werden die folgenden in unterschiedlicher Kombination beklagt:

- Schleimhautreizungen
- Atembeschwerden
- Hautveränderungen, -reizungen
- Müdigkeit
- Schlafstörungen
- Schwindel
- Kopfschmerzen
- Konzentrationsstörungen
- Appetitlosigkeit
- Gelenk- und Muskelbeschwerden

Die Symptomatik ist wechselhaft und unspezifisch, neigt in hohem Maße zur Chronifizierung und Ausweitung und ist mit einem ausgeprägten Leidensdruck der Betroffenen verbunden. Als charakteristisch gilt in Kreisen der vehementen Befürworter der Umweltkausalität, dass die Beschwerden bei empfänglichen Personen bereits durch niedrigste Konzentrationen ubiquitär in der Umwelt vorkommender chemischer Substanzen ausgelöst werden. Die aktuelle wissenschaftliche Befundlage zu den „Umwelterkrankungen“ ist mit einem solchen ausschließlich toxikologischen Erklärungsansatz jedoch nicht vereinbar. Vielmehr

ist in jedem Einzelfall neben der Berücksichtigung einer möglichen nachweisbaren umweltbedingten (Mit-)Verursachung der Beschwerden immer auch die sorgfältige Einbeziehung anderweitiger Bedingungsfaktoren (unter anderem psychosozialer Art) erforderlich.

Eine Vermeidung der mutmaßlichen Auslöser der Beschwerden ist aufgrund ihres ubiquitären Vorkommens und der postulierten Niedrigstdosis-Wirkung ohne Schwellenwert kaum möglich und die Kausalattribution in Bezug auf eine im Verlauf zunehmende Anzahl vermeintlich schädigender Substanzen führt bei den Betroffenen letztlich nicht selten zu völligem sozialen Rückzug. Gelegentlich werden ausschließlich am Arbeitsplatz ausgemachte Expositionen angeschuldigt, mit der Folge langdauernder Arbeitsunfähigkeit und schließlich Kündigung.

Es muss zwischen diesen diffus operationalisierten, subjektiv auf spezifische Umwelteinflüsse projizierten „Umwelterkrankungen“ wie MCS, und durch nachweisbare Umweltbelastungen bei Exponierten verursachten und mit reproduzierbarer Symptomatik interindividuell gleichartig auftretenden Erkrankungen beziehungsweise Intoxikationen (zum Beispiel Asbest-, Blei-, Dioxinbelastung, hormonaktive Phthalate als „Weichmacher“ in Kunststoffprodukten) unterschieden werden. Dies setzt eine sorgfältige multidisziplinäre Diagnostik voraus.

Die „Umwelterkrankungen“ zeigen deutliche Überschneidungen mit psychischen Störungen wie somatoformen Störungen, Depressionen und Angststörungen, aber auch mit organisch bedingten Erkrankungen, die mit derartigen unspezifischen Beschwerden einhergehen können, wie beispielsweise Virusinfektionen, Allergien oder Karzinomerkrankungen. Je nach Studie finden sich bei 40 bis 75 % der Patienten mit umweltbezogenen Beschwerden somatoforme Störungen. Darüber, wie genau der Zusammenhang zwischen den festgestellten psychischen Störungen und der MCS-Symptomatik beschaffen ist, wird kontrovers diskutiert. Es existiert kein einziger diagnostischer Parameter, mit dem eine MCS spezifisch und valide nachgewiesen werden könnte. Der Nachweis niedrigster Konzentrationen angeschuldigter Substanzen aus der Umwelt in Körperflüssigkeiten eines Probanden kann nicht ohne weiteres als Beweis eines Kausalzusammenhanges mit den vorhandenen Beschwerden herangezogen werden. Eine zentrale Problematik in der Diagnostik, Behandlung und Begutachtung von Menschen mit MCS-Beschwerden resultiert daraus, dass die Beschwerden überwiegend subjektiver und unspezifischer Natur und damit ähnlich schwierig objektivierbar sind, wie es bei Schmerzen der Fall ist.

Bis heute existiert keine umfassende wissenschaftliche Fundierung der „Umwelterkrankungen“. Auch aktuellere Studien haben keine eindeutigen Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge ermitteln können. Die im wissenschaftlichen Bereich diskutierten Hypothesen reichen weiterhin von der Exposition gegenüber Umweltgiften über immunologische Fehlregulationen und spezifische Virusinfektionen bis hin zu Assoziationen mit traumatischen Kindheitserlebnissen – eindeutige Belege für eine spezifische Ursache gibt es nicht. Die im Rahmen einer Studie des Robert-Koch-Institutes durchgeführte standardisierte psychiatrische Diagnostik (CIDI) hat ergeben, dass Umweltambulanzpatienten signifikant häufiger unter psychischen Störungen leiden als die vergleichbare Allgemeinbevölkerung und dass die psychischen Störungen bei den meisten Patienten den umweltbezogenen Beschwerden zeitlich weit vorausgehen.

Durch das bei den Betroffenen extrem auf ausschließlich toxikologische Einflüsse bei genetisch bedingter „Überempfindlichkeit“ fixierte Krankheitskonzept wird die Aufnahme einer sinnvollen und pragmatischen, biologische, psychische und soziale Faktoren einbeziehenden Behandlung und Bewältigung der Beschwerden

in vielen Fällen verhindert. Von den meisten Betroffenen wird die Feststellung organischer und externer Ursachen tendenziell als entpflichtend, dem eigenen Einfluss entzogen und gegebenenfalls zur Entschädigung berechtigt erlebt, während psychische Einflussfaktoren ähnlich wie psychische Krankheiten immer noch der Stigmatisierung unterliegen und im Erleben sogar mit eigenem schuldhaftem Verhalten assoziiert werden. Diese einseitigen Einstellungen erschweren einen eigenverantwortlichen Umgang mit den Beeinträchtigungen und werden beispielsweise auch von manchen Interessenverbänden und Ärzten gefördert. Internetseiten spielen dabei eine wachsende Rolle. Nicht selten bindet bei einer vermuteten externen Ursache der Beschwerden ein energisch geführter Kampf um Anerkennung und Entschädigung (zum Beispiel eine Rentenzahlung) wertvolle Ressourcen der Betroffenen für Behandlung und aktivierende Rehabilitation.

Insbesondere psychologische und psychotherapeutische Interventionen (kognitive Verhaltenstherapie) stoßen daher häufig auf massive Ablehnung, aber auch die bei MCS-Beschwerden angezeigten körperlich aktivierenden und die soziale Teilhabe fördernden Therapieangebote werden nicht selten als Zumutung erlebt. Inaktivierung, Schonung und länger dauernde Krankschreibung leisten jedoch der Chronifizierung eindeutig Vorschub. Eine pharmakologische Behandlung ist mit Ausnahme der Therapie einer eventuellen Grunderkrankung (zum Beispiel einer Depression) in der Regel verzichtbar. Sogenannte alternativmedizinische Methoden wie beispielsweise die Ausleitung mutmaßlich für die Multiple Chemikaliensensitivität verantwortlicher und im Körper akkumulierter Giftstoffe oder schädlicher Stoffwechselprodukte sind medizinisch bestenfalls harmlos, häufig aber mit nicht unerheblichen finanziellen Aufwendungen für die Betroffenen verbunden. Eine spezifische, kausale Behandlung der Beschwerdekompexe steht bislang nicht zur Verfügung, und die berichteten Erfolge mit besonderen Therapiemethoden oder Diäten beziehen sich auf Einzelfälle oder basieren auf methodisch zweifelhaften Studien.

Chronic Fatigue-Syndrom (CFS)

Das klinische Bild des CFS überschneidet sich in vielen Bereichen mit dem der Multiple Chemical Sensitivity und in der Fachliteratur wird insbesondere auf die Ähnlichkeit mit dem unter Neurasthenie operationalisierten Krankheitsbild (F48.0, siehe 8.4.1.7) verwiesen. Charakteristisch ist eine überdurchschnittlich starke oder rasche Erschöpfbarkeit, die über mehr als sechs Monate anhält und

- neu oder zeitlich bestimmbar eingetreten ist,
- nicht Folge einer anhaltenden Überlastung ist,
- sich durch Schonung und Ruhe nicht wesentlich bessert und
- zu einer deutlichen Reduktion des früheren Niveaus der Aktivitäten in Ausbildung/Beruf sowie im sozialen oder persönlichen Bereich führt.

Zudem müssen 4 oder mehr der folgenden Symptome vorhanden sein, die alle für mindestens 6 aufeinanderfolgende Monate persistierend oder rezidivierend nebeneinander bestanden haben müssen und der Erschöpfung nicht vorausgegangen sein dürfen:

- selbstberichtete Einschränkungen des Kurzzeitgedächtnisses oder der Konzentration, die schwer genug sind, eine deutliche Reduktion des früheren Aktivitätsniveaus in Ausbildung/Beruf sowie im sozialen oder persönlichen Bereich zu verursachen
- Halsschmerzen
- druckempfindliche Hals- und Achsellymphknoten
- Muskelschmerzen
- Kopfschmerzen
- Schmerzen mehrerer Gelenke ohne Schwellung und Rötung

- Kopfschmerzen eines neuen Typs, Musters oder Schweregrades
- keine Erholung im Schlaf
- Zustandsverschlechterung für mehr als 24 Stunden nach Anstrengungen

Eine die erhöhte Erschöpfbarkeit erklärende organische oder psychische Erkrankung muss ausgeschlossen sein. Ob es sich bei dem CFS um eine abgrenzbare, eigenständige Krankheit handelt, ist durchaus umstritten. Teilweise wird die Bezeichnung inflationär für Erschöpfungssyndrome vielfältigster beziehungsweise ungeklärter Genese verwendet. Bei strenger Anwendung der oben genannten Kriterien dürfte die Zahl Betroffener relativ gering sein.

Ähnlich wie bei den „Umwelterkrankungen“ existiert bis heute keine umfassende wissenschaftliche Fundierung der CFS-Beschwerdebilder. Vor allem bei einer vermuteten externen oder genetischen Ursache der Beschwerden (Intoxikations-, Genhypothese) bindet nicht selten ein energisch geführter Kampf um Anerkennung und Entschädigung (Rente) wertvolle Ressourcen der Betroffenen für Behandlung und aktivierende Rehabilitation.

Auch das CFS zeigt deutliche Überschneidungen mit zahlreichen psychischen Störungen wie Depressionen, Angststörungen und somatoformen Störungen, aber auch mit organisch bedingten Erkrankungen, die mit erhöhter Ermüdbarkeit einhergehen können, wie beispielweise Karzinomkrankungen, Multiple Sklerose, bestimmte Virusinfektionen oder Anämien (siehe auch S3-Leitlinie „Nicht erholsamer Schlaf/Schlafstörungen“, AWMF-Register Nr. 063/001).

Es existiert kein einziger diagnostischer Parameter, der spezifisch für das CFS wäre. Das Erkennen spezifischer behandelbarer Ursachen einer erhöhten Erschöpfung wie beispielsweise einer depressiven Störung oder einer Schilddrüsenunterfunktion ist für die Prognose essentiell. Gemäß der Leitlinie zum CFS der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) findet sich bei 50 bis 80% der CFS-Betroffenen eine frühere oder aktuelle psychische Erkrankung.

Eine zentrale Problematik in der Diagnostik, Behandlung und Begutachtung von Menschen mit CFS ergibt sich aus der vorwiegenden Subjektivität und damit erschwerten Erfassbarkeit der Beschwerden. Andererseits behindert ein häufig ausschließlich somatisches Krankheitskonzept der Betroffenen eine sinnvolle und pragmatische, biopsychosoziale Faktoren einbeziehende Behandlung und Bewältigung – zum Teil gefördert durch bestimmte Ärzte und Interessenverbände. Inaktivierung, Schonung und länger dauernde Krankschreibung erhöhen das Risiko der Chronifizierung. Eine spezifische, kausale Behandlung des CFS steht bislang nicht zur Verfügung, die besten Erfahrungen wurden mit einem aktivierenden, multimodalen Behandlungskonzept einschließlich psychologischer beziehungsweise psychotherapeutischer Interventionen gemacht.

Burn-out-Syndrom

Das Burn-out-Syndrom ist primär durch die folgenden Beschwerden und Aspekte charakterisiert:

- anhaltende und ausgeprägte emotionale (und auch körperliche) Erschöpfung mit reduzierter Leistungsfähigkeit
- Motivations- und Interessenverlust, negative bis zynische Einstellung gegenüber Mitmenschen und Arbeitsinhalten
- Entfremdungsgefühl bezüglich des eigenen Selbst, des eigenen Erlebens und Verhaltens (auch als Depersonalisationserleben beschrieben)
- schleichende Entwicklung über einen langen Zeitraum (Jahre)
- starke Abhängigkeit von personbezogenen und sozialen Kontextfaktoren

Die Abgrenzung insbesondere gegenüber dem Chronic Fatigue-Syndrom (CFS, siehe oben) und der ebenfalls nur unscharf operationalisierten Neurasthenie (siehe 8.4.1.7) ist oft schwierig. Psychische Störungen, wie beispielsweise depressive und Persönlichkeitsstörungen, aber auch organische psychische Störungen sowie körperliche Krankheiten, die mit der geschilderten Symptomatik einhergehen können, müssen differenzialdiagnostisch ausgeschlossen werden.

Der Begriff „Burn-out“ im Sinne von „Ausgebranntsein“ wurde erstmals im Jahr 1974 von dem Psychoanalytiker Herbert J. Freudenberger im Zusammenhang mit einer massiven und anhaltenden emotionalen Erschöpfung nach Verausgabung bei Angehörigen sozialer Berufe (zum Beispiel bei Ärzten, Pflegepersonal, Lehrern, Erziehern) verwendet. Obwohl von Fachleuten eine Konstellation bestimmter psychosozialer Faktoren als charakteristisch für das Burn-out-Syndrom angesehen wird, findet der Begriff mittlerweile geradezu inflationär für jegliche Erschöpfungssymptomatik Verwendung, so auch im Kontext von Anträgen auf Leistungen der Sozialversicherungsträger. Die tatsächliche Häufigkeit des Burn-out-Syndroms in Deutschland kann aufgrund unzuverlässiger Datenlage nicht genau angegeben werden, unter Ärzten soll mindestens jeder Fünfte davon betroffen sein.

Dem Burn-out-Syndrom ist bislang keine Ziffer aus einem der krankheitsbezogenen Kapitel der ICD-10 zugeordnet worden. Insofern existieren auch keine international anerkannten und etablierten diagnostischen Kriterien. Eine Verschlüsselung kann nur mit der Ziffer Z73.0 („Ausgebranntsein“) in der Gruppe Z73 („Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung“) im Kapitel 11 der ICD-10-GM („Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen“) erfolgen. Die Häufigkeit des Burn-out-Syndroms in der Statistik der Rentenversicherung kann aus dieser Verschlüsselung nicht abgeleitet werden, da einerseits hier nur die gesamte Gruppe Z00-Z99 zusammen erfasst wird und sich andererseits hinter der Schlüsselnummer Z73 eine ganze Reihe verschiedener Beschwerdebilder verbirgt.

Für die Entwicklung eines Burn-out-Syndroms sind solche Personen prädestiniert, die ihre (Berufs-)Tätigkeit lange Zeit mit großer Begeisterung, Idealismus und hohem Engagement unter Vernachlässigung persönlicher Bedürfnisse – also mit ungünstiger „work-life-balance“ – ausgeübt haben. Wenn dieses Engagement nicht wie erwartet gewürdigt wird und sich zudem Frustrationserlebnisse einstellen („Gratifikationskrise“, „Effort-Reward-Ungleichgewicht“), wird darauf zunächst mit einer Erhöhung der Anstrengungen als Kompensationsversuch reagiert. Bleibt die erwünschte Gratifikation weiterhin aus, kommt es zu einer „Sinnkrise“ und das ursprüngliche Engagement weicht einer zunehmenden Gleichgültigkeit, es stellen sich Einbußen bezüglich Antrieb, Motivation und Kreativität, emotionaler und sozialer Rückzug und oftmals eine zynische Einstellung gegenüber Kollegen und Arbeit ein, verbunden mit erheblich nachlassender Leistung.

Neben der oft typischen Anamnese und dem psychischen Befund können auch die Ergebnisse testpsychologischer Verfahren einen Hinweis auf das Vorliegen eines Burn-out-Syndroms geben, beispielsweise das Maslach Burnout Inventory (MBI), ein Selbstratinginstrument, mit dem der Schweregrad der Belastung insbesondere bei helfenden Berufen erhoben werden kann. Der AVEM-Fragebogen (AVEM = Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster) dient der Erfassung gesundheitsförderlicher beziehungsweise -gefährdender Verhaltens- und Erlebensmuster bei der Bewältigung von Arbeits- und Berufsanforderungen und kann gewisse Risikokonstellationen für die Entwicklung eines Burn-out-Syndroms (Risikomuster B) aufdecken (siehe 5.4.8).

Das Burn-out-Syndrom bedarf in der Frühphase vorrangig einer psychologischen Beratung und Betreuung, deren Zielsetzung im Erwerb einer gesundheitsförderlichen Arbeitseinstellung und einer Verbesserung der Balance zwischen Arbeitsbelastung und Freizeitaktivitäten einschließlich Entspannung liegt. Bei Entwicklung einer manifesten psychischen Störung ist eine psychotherapeutische Behandlung angezeigt. Leider nehmen viele von einem Burn-out-Syndrom bedrohte oder betroffene Personen aufgrund von Schamgefühl oder Selbstüberschätzung erst professionelle Hilfe in Anspruch, wenn dies beispielsweise aufgrund wiederholter oder andauernder Arbeitsunfähigkeit unvermeidbar geworden ist. Bei fortgeschrittenem Burn-out-Syndrom – mit Entwicklung einer psychischen Störung wie beispielsweise einer depressiven, Angst- oder Anpassungsstörung – kann auch eine stationäre Behandlung angezeigt sein. Meist gilt es, die Betroffenen für ihre eigenen Belastungsgrenzen zu sensibilisieren und sie darin zu unterstützen, diese zu akzeptieren.

Fibromyalgiesyndrom

Über das Fibromyalgiesyndrom (FMS, ICD-10-GM: M79.7) wird seit seiner Erstbeschreibung in den 1970er Jahren in Fachkreisen kontrovers diskutiert und heftig gestritten. Ungeachtet der Möglichkeit der Verschlüsselung in Kapitel XIII (Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes) der ICD-10 stellt sich beim Fibromyalgiesyndrom immer wieder die Frage nach der Validität der Diagnosekriterien und der Abgrenzung zur anhaltenden Schmerzstörung (F45.4).

Unter dem Fibromyalgiesyndrom wird ein multilokuläres, chronisches Schmerzsyndrom im Bereich von Muskeln, Sehnen, Bändern und Gelenken verstanden. Betroffen sind überwiegend Frauen mittleren Alters. Die Ursache der Störung ist unklar, klinische und paraklinische Kriterien für das Vorliegen einer rheumatischen oder sonstigen organischen Erkrankung sind in der Regel nicht vorhanden. Die bis heute verbreiteten, jedoch aufgrund ihrer Unschärfe nicht allgemein akzeptierten diagnostischen Kriterien wurden 1990 von Wolfe et al. für das American College of Rheumatology (ACR) veröffentlicht. Danach liegt ein „primäres“ Fibromyalgiesyndrom vor, wenn nach Ausschluss einer die Symptomatik erklärenden entzündlichen, neoplastischen oder sonstigen Ursache ein Druckschmerz an 11 von 18 sogenannten „tender points“ (meist Sehnenansätze) ausgelöst werden kann. Neben den ausgeprägten Schmerzempfindungen können Schlafstörungen mit Tagesmüdigkeit und rascher Erschöpfbarkeit, Stressintoleranz, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Rückzugs- und Schonverhalten sowie Ängstlichkeit und depressive Symptome hinzutreten. Mögliche weitere körperliche Beschwerden sind beispielsweise Kopfschmerzen, Verdauungsstörungen, Herzrasen, Kälteempfindlichkeit, Steifigkeits-/Schwellungsgefühl an Händen, Füßen und Gesicht sowie orthostatische Beschwerden. Beim sekundären Fibromyalgiesyndrom finden sich in der Anamnese ein akutes Schmerzereignis (zum Beispiel Trauma, Bandscheibenvorfall) oder eine andere, mit Schmerzen verbundene Erkrankung (zum Beispiel rheumatoide Arthritis) als Auslöser der Störung.

Im Jahr 2003 publizierte der Erstautor der ACR-Kriterien ein Editorial im Journal of Rheumatology, in dem er selbstkritisch vermerkte, dass die diagnostische Bedeutung der „tender points“ für die „primäre“ Fibromyalgie deutlich überbewertet und die bedeutsamen psychosozialen und stressbezogenen Aspekte des Fibromyalgiesyndroms unterschätzt worden seien. Nicht zuletzt dadurch wurde und wird das Fibromyalgiesyndrom ganz überwiegend – vor allem auch von den Betroffenen – als rein körperliche Krankheit angesehen, obwohl das Beschwerdebild viel schlüssiger mit einem biopsychosozialen Krankheitsmodell erklärt werden kann, wobei eine Störung der zentralen Schmerz- und Stressverarbeitung eine bedeutsame Rolle spielen soll.

Die 2008 entwickelte S3-Leitlinie der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Schmerztherapie (DIVS) und aller relevanten Fachgesellschaften (AWMF-Register Nr. 041/004) fasst den derzeitigen Kenntnisstand zum Fibromyalgiesyndrom zusammen. Eine eindeutige Ursache für das Beschwerdebild kann gemäß der Leitlinie nicht benannt werden, es wurden jedoch deutliche Zusammenhänge mit psychischen Erkrankungen (insbesondere affektiven Störungen, Somatisierungsstörungen), unspezifischen Veränderungen zerebraler Transmittersysteme, mit Stress am Arbeitsplatz sowie mit einer dysfunktionalen Krankheitsverarbeitung gefunden. Ein Teil der FMS-Patienten weist Kriterien einer Somatisierungsstörung auf. Bei einem Anteil zwischen 40 und 80 % sind die Kriterien einer Angst- oder depressiven Störung erfüllt.

Die Prognose des Fibromyalgiesyndroms ist bezüglich einer Heilung eher ungünstig. Oft vergehen mehrere Jahre erfolgloser somatomedizinisch ausgerichteter Therapie, bis die erforderliche multimodale Behandlung erfolgt. Dies liegt nicht selten an einem einseitig somatischen Krankheitsverständnis sowohl der Betroffenen als auch vieler Behandler (Gefahr iatrogenen Fixierung), mit der Folge eines hohen Chronifizierungsrisikos. Sekundär kann es zur Entwicklung manifester psychischer Störungen (Depression, Angststörung, Abhängigkeitserkrankung), seltener auch körperlicher Beeinträchtigungen (Inaktivitätsatrophie) kommen.

Der erste Schritt in der Behandlung des Fibromyalgiesyndroms ist die Akzeptanz der Realität der Schmerzempfindung auch ohne Nachweis eines organischen Korrelates. Dadurch tritt oft bereits eine Entlastung bei den Betroffenen ein. Der therapeutische Zugang ist häufig durch die überwiegend somatischen Behandlungserwartungen der Patienten bei ausgeprägtem Krankheits- und Inanspruchnahmeverhalten erschwert. Hinsichtlich therapeutischer Interventionen gibt es eine hohe (1a-)Evidenz für die Wirksamkeit einer multimodalen Therapie, bestehend aus aerobem Ausdauertraining, Schulungen und verhaltenstherapeutischen Verfahren unter Einschluss entspannender, körpertherapeutischer Ansätze (siehe S3-Leitlinie „Definition, Pathophysiologie, Diagnostik und Therapie des Fibromyalgiesyndroms“, AWMF-Leitlinien-Register Nr. 041/004). Gegebenenfalls können auch differenzierte medikamentöse Strategien unter Beachtung des Risikos einer Abhängigkeitsentwicklung in Betracht kommen. Die Behandlung kann ambulant oder stationär erfolgen. Kontraindiziert sind längere Schonung, langdauernde und hochdosierte Analgetikatherapie ohne Einbettung in ein umfassendes Behandlungskonzept und ein operatives Vorgehen ohne Vorliegen einer konkreten Indikation.

Tinnitus

Tinnitus ist keine eigenständige Krankheit, sondern ein Symptom. Unter dem Begriff Tinnitus (ICD-10-GM: H93.1) werden Hör-Eindrücke verstanden, die nicht auf einer Stimulation durch externe Schallreize beruhen. Art, Frequenz und Lautstärke der Ohrgeräusche sind vielfältig und reichen von leisem Rauschen, Zischen, Fiepen bis hin zu quälend laut empfundenem Brummen, Klirren oder Pfeifen. In der Mehrzahl der Fälle handelt es sich um einen subjektiven Tinnitus, der nur vom Betroffenen wahrgenommen wird, seltener erzeugen körpereigene, in Ohrnähe lokalisierte Geräuschquellen wie beispielsweise Gefäßmissbildungen einen objektiven, also auch für den ärztlichen Untersucher wahrnehmbaren Tinnitus.

Die möglichen Ursachen für die Tinnituserstehung sind vielfältig und reichen von Lärmschädigung (zum Beispiel Knalltrauma, Lärmarbeit, Musikabspielgeräte) über Erkrankungen und Befunde des äußeren, des Mittel- und des Innenohrs (zum Beispiel Cerumen, Otitis externa, Otitis media, Sero-Muko-Tympanon,

Hörsturz, Morbus Menière, Otosklerose, Akustikusneurinom) bis zu internistischen Erkrankungen wie Herz-Kreislauf- und Stoffwechselerkrankungen. In den meisten Fällen ist jedoch keine konkrete Ursache zu eruieren (idiopathischer Tinnitus). Psychosoziale Belastungen werden als Auslöser diskutiert. Pathogenetisch werden Schädigungen der Haarzellen des Innenohres in Verbindung mit zentralen Fehlverarbeitungsmechanismen diskutiert. Oft liegen gleichzeitig ein Hörverlust im Hochtonbereich und eine erhöhte Lärmempfindlichkeit (Hyperakusis) vor. Vom Tinnitus abzugrenzen sind Wahrnehmungsstörungen wie akustische Halluzinationen bei bestimmten psychischen Störungen.

Tinnitus ist ein sehr häufiges Phänomen. Bei einem Viertel aller Erwachsenen in Deutschland tritt zu irgendeinem Lebenszeitpunkt einmal ein Ohrgeräusch auf und etwa 4 % aller Erwachsenen sind von einem anhaltenden Tinnitus betroffen. Tinnitus kann akut (bis zu 3 Monate) oder chronisch (länger als 3 Monate) bestehen. Ein dekompensierter Tinnitus, der mit wesentlichen psychosozialen Beeinträchtigungen einhergeht, findet sich bei 0,5 – 1 % der Betroffenen. Das Hauptmanifestationsalter liegt zwischen dem 40. und 50. Lebensjahr. Die Dauer der Symptomatik erlaubt weder einen Rückschluss auf die individuelle Ätiologie noch auf die subjektive Belastung durch den Tinnitus. Unabhängig vom zeitlichen Verlauf kann der Belastungsgrad von eins bis vier eingeteilt werden:

Tab. 16: Einteilung des Tinnitus nach dem Grad der Beeinträchtigung

Grad 1	Kompensierter Tinnitus, kein Leidensdruck.
Grad 2	Der Tinnitus wird hauptsächlich in ruhiger Umgebung und verstärkt in Stresssituationen wahrgenommen.
Grad 3	Der Tinnitus führt zu Störungen im emotionalen, kognitiven und körperlichen Bereich und zu reduzierter Lebensqualität. Es treten hierdurch Beeinträchtigungen in privaten und beruflichen Lebensbereichen auf.
Grad 4	Dekompensierter Tinnitus mit erheblichen Einschränkungen in allen Lebensbereichen.

In den meisten Fällen werden die Ohrgeräusche zwar bewusst wahrgenommen, es besteht jedoch kein oder nur ein geringer Leidensdruck und die Lebensqualität ist nicht nennenswert beeinträchtigt (kompensierter Tinnitus). Selten wirken sich die Ohrgeräusche massiv in sämtlichen Lebensbereichen aus und führen zur Entwicklung einer sekundären psychischen Symptomatik. Dabei kommt es beispielsweise zu Angstzuständen, Schlaf- und Konzentrationsstörungen, herabgesetzter Stimmung und sozialem Rückzug bis hin zu Suizidalität. In diesen Fällen liegt eine sogenannte dekompensierte Symptomatik mit erheblichem Leidensdruck und eingeschränkter Lebensqualität vor.

Zunächst ist eine eingehende diagnostische Klärung hinsichtlich möglicher behandelbarer Ursachen des Tinnitus erforderlich, gegebenenfalls unter Einbeziehung mehrerer Fachdisziplinen (HNO, Orthopädie, Innere Medizin, Zahnarzt). Eine differenziertere Dokumentation des Schweregrades ist beispielsweise mithilfe evaluierter Tinnitus-Fragebögen (zum Beispiel Tinnitus-Fragebogen, TF) oder des Strukturierten Tinnitus-Interviews (STI) möglich.

Die Behandlung eines akuten idiopathischen Tinnitus ist nur symptomatisch möglich und dadurch gekennzeichnet, dass zwar eine sehr große Bandbreite an Therapiemethoden zur Verfügung steht, deren Effektivität jedoch nur mäßig oder nicht gut belegt beziehungsweise umstritten ist. Am ehesten werden rheologische Infusionen sowie Glukokortikoide empfohlen. Die hyperbare Sauerstofftherapie bei Tinnitus wird in Deutschland nicht durch die gesetzliche

Krankenversicherung finanziert (nicht vom Gemeinsamen Bundesausschuss anerkannt). Beim kompensierten chronischen Tinnitus wird primär eine umfassende Beratung und Betreuung (Tinnitus-Counseling) empfohlen, durch die die Betroffenen in der Krankheitsverarbeitung und Lebensführung unterstützt werden sollen, Details hierzu enthält die S1-Leitlinie „Tinnitus“, AWMF-Leitlinien-Register Nr. 017/064. Auch die Verordnung von speziellen Hörgeräten oder Tinnitus-Maskern (ein Hörgerät mit Rauschgenerator zum Überdecken der Ohrgeräusche) sowie verhaltenstherapeutisch orientierte Verfahren einschließlich Entspannungstraining können sinnvoll sein. Beim dekompenzierten chronischen Tinnitus steht die medikamentöse oder psychotherapeutische Behandlung der psychischen Symptome im Vordergrund, die je nach Ausprägungsgrad der Symptomatik auch im stationären Rahmen durchgeführt werden sollte. Neuere Behandlungsansätze, die an der zentralen Reizverarbeitungsstörung ansetzen, befinden sich im experimentellen Stadium.

8.4.2 Krankheitsbezogene Aussagen zur ICF

Schädigungen der Körperstrukturen und -funktionen entsprechend der ICF können bei den in diesem Kapitel beschriebenen Störungen beispielsweise in folgenden Bereichen vorliegen:

Tab. 17: Schädigungen bei neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen sowie weiteren, in diesem Kapitel beschriebenen Syndromen

Funktionen des Bewusstseins	Bewusstseinsveränderung (dissoziativer Stupor, dissoziative Fugue, Trance und Besessenheitszustände)
Funktionen von Temperament und Persönlichkeit	Reduzierte psychische Stabilität, nachlassende Zuverlässigkeit, Apathie, reduziertes Selbstvertrauen
Funktionen der psychischen Energie und des Antriebs	Antriebsmangel, reduzierte Impulskontrolle, stereotypes Verhalten (Zwang, dissoziative Störungen), reduziertes Durchhaltevermögen, Appetitstörungen
Funktionen des Schlafes	Mangelnde Schlafdauer und -qualität, Alpträume (PTBS)
Funktionen der Aufmerksamkeit	Reduzierte Daueraufmerksamkeit, geteilte Aufmerksamkeit und Konzentrationsfähigkeit
Funktionen des Gedächtnisses	Reduzierte Gedächtnisfunktionen (Angststörungen, dissoziative Amnesie)
Psychomotorische Funktionen	Unruhezustände (Panikstörung), psychomotorische Verlangsamung, Stupor (dissoziativer Stupor)
Emotionale Funktionen	Objektgetriggerte Angstattacken (Phobie), unvorhersehbar auftretende Angstattacken (Panikstörung), ständige Besorgnis, reaktiv-depressive Verstimmung, mangelnde Affektkontrolle und -modulation, Affektverarmung
Funktionen des Denkens	Einengung der Denkinhalte (Angst, Zwang, Depression, Körpererleben, Traumaerleben), Depersonalisierungserleben
Höhere kognitive Funktionen	Reduzierte exekutive Funktionen, betreffend Abstraktionsvermögen, Handlungsplanung und Organisation, Zeitmanagement, Flexibilität, Urteils- und Problemlösevermögen, Informationsverarbeitung

Beeinträchtigungen von Aktivitäten und Teilhabe können sich bei den in diesem Kapitel beschriebenen Störungen beispielsweise in den folgenden Bereichen manifestieren:

Tab. 18: Beeinträchtigungen bei neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen sowie weiteren, in diesem Kapitel beschriebenen Syndromen

Lernen und Wissensanwendung	Beeinträchtigung, Neues zu lernen, Probleme zu lösen, Wissen anzuwenden, mangelnde Entscheidungs- und Entschlusskraft, mangelnde Aufmerksamkeitsfokussierung
Allgemeine Aufgaben und Anforderungen	Beeinträchtigung, einfache oder komplexe (Mehrfach-)Aufgaben auszuführen, mit Stress oder Krisensituationen umzugehen, die tägliche Routine zu planen und durchzuführen, mangelnde Tagesstrukturierung
Kommunikation	Beeinträchtigung, sich angemessen mitzuteilen, sich zielgerichtet und auf den jeweiligen Gesprächspartner bezogen zu unterhalten, zu diskutieren
Selbstversorgung	Beeinträchtigung der Körperpflege, der Pflege und Auswahl der Kleidung, der Sorge für Ernährung und Gesundheit
Häusliches Leben	Beeinträchtigung, die täglichen Einkäufe zu erledigen, Mahlzeiten zuzubereiten, Hausarbeiten zu erledigen
Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen	Beeinträchtigung, soziale Beziehungen aufzubauen und aufrecht zu erhalten, Kontakte aufzunehmen
Bedeutende Lebensbereiche	Beeinträchtigung, erwerbstätig und wirtschaftlich eigenständig zu sein, ein Bankkonto zu unterhalten, Rechnungen zu überweisen
Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben	Beeinträchtigung, sich an Freizeit- und Erholungsaktivitäten zu beteiligen, Freunde und Verwandte zu besuchen, sich Vereinen und Gruppen anzuschließen

8.4.3 Krankheitsspezifische Sachaufklärung

Im Mittelpunkt der Diagnostik neurotischer, Belastungs- und somatoformer Störungen steht die Erfassung der jeweils typischen Psychopathologie im Querschnitt (aktueller psychischer Befund) und im Längsschnitt (zum Beispiel Eigen- und Fremdanamnese, biografische Anamnese, Befund- und Entlassungsberichte). Bei manchen Störungen, beispielsweise phobischen Störungen und Panikstörungen, kann der psychische Befund in der Begutachtungssituation weitgehend unauffällig sein. In diesen Fällen spielen Vorbefunde eine wichtige Rolle, so dass das Krankheitsbild zumindest in der Längsschnittbetrachtung objektivierbar wird. Bei phobischen Störungen besteht auch die Möglichkeit, das Ausmaß der Beeinträchtigung durch Beobachtung der Reaktionen und Symptome unter Exposition gegenüber dem angstausslösenden Stimulus – in sensu oder real – abzuschätzen und zu objektivieren. Insbesondere bei den somatoformen und den dissoziativen Störungen bestehen körperliche Beschwerden und Symptome, die organmedizinisch nicht oder nicht ausreichend erklärt werden können. Die differenzialdiagnostische Abgrenzung gegenüber organischen Krankheiten bereitet hier häufiger Schwierigkeiten und erfordert große Erfahrung. Der unkritische und wiederholte Einsatz aufwändiger oder gar invasiver Untersuchungsmethoden ist zu vermeiden, denn er setzt die Betroffenen unnötigen Risiken aus, verursacht erhebliche Kosten und fördert die Fixierung eines rein somatischen Krankheitsverständnisses, verbunden mit fehlender Akzeptanz psychologisch-psychotherapeutischer Behandlungsansätze.

Testpsychologische Zusatzuntersuchungen sind bei typischer Symptomatik nur ergänzend sinnvoll. Sie sollten bei Hinweisen auf eine nicht-authentische Beschwerdendarstellung (siehe 5.6, negative Antwortverzerrung) eine Beschwerdvalidierung beinhalten. Für Screeningzwecke eignet sich beispielsweise das Screening für Somatoforme Störungen (SOMS, Rief et al. 1997). Zur Unterstützung der Einschätzung des Schweregrades einer psychischen und funktionellen

körperlichen Symptomatik kann beispielsweise der Beeinträchtigungs-Schwere-Score (BSS) nach Schepank eingesetzt werden. Die Beeinträchtigung wird dabei als Punktwert auf einer Skala festgehalten, die von 0 (völlig gesund und normal) bis 12 (extrem psychogen gestört) reicht. Alle erfassbaren Symptome werden danach beurteilt, inwiefern der Proband durch sie effektiv beeinträchtigt ist. Das subjektive Leiden und/oder die objektiven Beeinträchtigungen werden in drei Subkategorien in jeweils fünf Stufen von 0 bis 4 gewichtet:

- körperlicher Leidens- und/oder Beeinträchtigungsgrad
- psychischer Leidens- und/oder Beeinträchtigungsgrad
- Auswirkungen auf die sozial kommunikativen Bezüge

Im Rahmen der Beurteilung motivationaler Aspekte im Hinblick auf die Arbeit kann der Einsatz des AVEM-Fragebogens (AVEM = Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster, Schaarschmidt et al.) wertvolle Hinweise liefern (siehe 5.4.8).

8.4.4 Beurteilung des Leistungsvermögens

Die sozialmedizinische Beurteilung der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben erfordert aufgrund der Heterogenität und Verlaufsvariabilität der in diesem Abschnitt beschriebenen Störungs- und Beschwerdebilder große fachspezifische und gutachterliche Kompetenz und Erfahrung. Je nach Ausprägung und Chronifizierungsgrad der jeweiligen Störung können eine, mehrere oder alle der unter 5.3.5 genannten erwerbsrelevanten Fähigkeiten beeinträchtigt sein. Meist bestehen höchstens qualitative Einschränkungen des Leistungsvermögens, die in der Regel unter günstigen Rahmenbedingungen (zum Beispiel adäquate Behandlung, intaktes soziales Umfeld) gut kompensiert werden können und nicht zu einer erheblichen Gefährdung der Erwerbsfähigkeit führen. Wenn quantitative Einbußen der Leistungsfähigkeit bestehen, sind diese nicht selten auf das Vorliegen einer psychischen Komorbidität, beispielsweise einer Persönlichkeitsstörung, einer depressiven Störung oder eines schädlichen Gebrauchs psychotroper Substanzen zurückzuführen. Leider neigen viele der in diesem Abschnitt beschriebenen Störungen zur Chronifizierung und ihre Behandlung unterbleibt aus verschiedenen Gründen oder wird nicht leitliniengerecht durchgeführt.

Das **positive Leistungsvermögen** beschreibt die zumutbaren qualitativen und quantitativen Leistungsmerkmale hinsichtlich Arbeitsschwere, Arbeitshaltung und Arbeitsorganisation. In diesen Bereichen sind bei neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen nur in Einzelfällen Beeinträchtigungen des Leistungsvermögens zu erwarten, beispielsweise bezüglich der Arbeitsschwere bei einer anhaltenden Schmerzstörung.

Das **negative Leistungsvermögen** wird bei neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen durch die Gegebenheiten des Einzelfalls (Schweregrad, Verlauf, Chronifizierung) bestimmt. Negative Kontextfaktoren wie ein emotional belastendes Betriebsklima, fehlende soziale Unterstützung oder eine ungünstige Krankheitsbewältigung können zur Chronifizierung beitragen. Bei ungünstigem Verlauf können insbesondere die folgenden erwerbsrelevanten Tätigkeiten/Tätigkeitsmerkmale – einzeln oder in Kombination – Probleme bereiten:

- besondere Anforderungen an geistige und psychische Belastbarkeit:
 - Konzentrations- und Reaktionsvermögen
 - Ausdauer, Sorgfalt
 - selbstständiges, zielgerichtetes Arbeiten
 - Umstellungs- und Anpassungsvermögen
 - Verantwortung für Personen und Maschinen, Überwachung und Steuerung komplexer Arbeitsvorgänge
- pädagogische/soziale/therapeutische Tätigkeiten
- vorwiegend Publikumsverkehr

- häufige Reisetätigkeit und Außendienst
- besonderer Zeitdruck

Die bei den in diesem Abschnitt beschriebenen Störungs- und Beschwerdebildern vorhandene allgemeine psychische Minderbelastbarkeit manifestiert sich unter anderem in einer verminderten Fähigkeit zum Umgang mit außergewöhnlichen, schwierigen oder konflikthaften Situationen. Das Ausmaß der psychischen Minderbelastbarkeit hat für die Einschätzung des Leistungsvermögens sowohl in der letzten beruflichen Tätigkeit („Bezugsberuf“) als auch für eine eventuell angestrebte berufliche Alternative eine wesentliche Bedeutung.

8.4.4.1 Phobische Störungen

Da auslösende Situationen oder Objekte gemieden oder voller Angst ertragen werden, können hierdurch entweder isolierte, an spezifische Auslösesituationen gebundene oder eher generalisierte Einschränkungen im privaten, beruflichen und sozialen Leben bestehen. Spezifische Phobien sind meist mit deutlich geringeren Beeinträchtigungen verbunden als eine Agoraphobie oder eine soziale Phobie, die bei entsprechender Ausprägung zu weitestgehender sozialer Isolation führen können.

Das quantitative Leistungsvermögen im Erwerbsleben ist bei phobischen Störungen meist unbeeinträchtigt. Einschränkungen des qualitativen Leistungsvermögens kommen in Einzelfällen vor, beispielsweise, wenn Auslösesituationen im Arbeitsfeld des Betroffenen häufiger auftreten. Phobische Störungen sind in der Regel einer Behandlung gut zugänglich und eine Leistungsminderung sollte nicht konstatiert werden, bevor die therapeutischen Optionen ausgeschöpft sind.

Medizinische Rehabilitation: Während Rehabilitationsbedürftigkeit im Sinne der Rentenversicherung bei spezifischen Phobien meist nicht gegeben ist, kann die Erwerbsfähigkeit bei einer ausgeprägten und chronifizierten Agoraphobie oder generalisierten sozialen Phobie im Einzelfall durchaus erheblich gefährdet sein. Allerdings sollten – sofern noch nicht erfolgt – zunächst die Behandlungsmöglichkeiten im Rahmen der akutmedizinischen Versorgung ausgeschöpft werden, zum Beispiel in Form ambulanter Psychotherapie und gegebenenfalls einer psychopharmakologischen Medikation. Die Indikation für eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation setzt eine generalisierte und chronifizierte Symptomatik oder eine besondere Problemkonstellationen voraus, wie beispielsweise spezifische psychosoziale Konfliktsituationen mit Auswirkungen auf die berufliche Leistungsfähigkeit. Die Rehabilitationsfähigkeit kann beispielsweise bei Personen mit einer ausgeprägten Agoraphobie aufgrund der oft nicht überwindbaren Angst, die Wohnung zu verlassen, eingeschränkt sein. Hier ist vorrangig die Indikation für eine stationäre Krankenbehandlung zu prüfen. Bei der Auswahl von Rehabilitationseinrichtungen sind solche zu bevorzugen, die über ein kognitiv-verhaltenstherapeutisch ausgerichtetes Rehabilitationsangebot verfügen. Sofern keine krankheitsimmanenten Aspekte (zum Beispiel phobisch bedingtes Unvermögen zur Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel) dagegen sprechen, kann eine Rehabilitation bei phobischen Störungen auch in ganztägig ambulanter Form durchgeführt werden.

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben: Bei spezifischen Phobien sind nur in Einzelfällen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erforderlich, beispielsweise bei bestimmten arbeitsplatzassoziierten Phobien, die mittels adäquater kurativer Behandlung und gegebenenfalls einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation nicht ausreichend gebessert werden können. In Tätigkeiten, die ein hohes Maß an kommunikativen Fähigkeiten und Sozialkompetenz erfordern, kann eine ausgeprägte soziale Phobie zu einer erheblichen Beeinträchtigung führen. Bei der

Indikationsstellung für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sind die Möglichkeiten zur Anpassung des Arbeitsplatzes oder auch einer betriebsinternen Umsetzung vorrangig zu prüfen.

8.4.4.2 Andere Angststörungen

Angststörungen können sich teilweise erheblich auf die Aktivitäten des Alltags- und Berufslebens der Betroffenen auswirken. Insbesondere bei frei flottierenden Ängsten sind die sozialen Beziehungen oft gestört, mit möglicherweise auch negativen Folgen für das Arbeitsumfeld und die außerberuflichen Aktivitäten. Zwischen sozialem Rückzug und der Entwicklung zusätzlicher psychischer Störungen (zum Beispiel Depression, schädlicher Gebrauch psychotroper Substanzen) kann eine negative Wechselwirkung eintreten.

Die generalisierte Angststörung und die Panikstörung können zu einer Einschränkung insbesondere der qualitativen Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben führen. Nur bei sehr ausgeprägten Beeinträchtigungen der Teilhabe am beruflichen und gesellschaftlichen Leben sind auch quantitative Leistungsminde-rungen anzunehmen. Zu berücksichtigen sind vor allem Art, Schwere, Dauer, Verlauf und bisherige Behandlung der Angststörung, Komorbidität und persön-lichkeitsstrukturelle Aspekte. Hinweise auf die Schwere der Beeinträchtigungen können unter anderem durch das Erfragen eines üblichen Tagesablaufs gewon-nen werden. Bei der Feststellung einer zeitlich befristeten quantitativen Leis-tungsminderung sollte sich der Gutachter darüber im Klaren sein, dass diese letztlich häufig eine dauerhafte Berentung zur Folge hat, da die Zeit der Beren-tung einerseits meist nicht für sinnvolle therapeutische Maßnahmen genutzt wird und andererseits die Chronifizierung der Angststörung durch die Distan-zierung von den Anforderungen eines Arbeitsalltags voranschreitet. Bei einer Angst- und depressiven Störung, gemischt ist aufgrund der milden Symptomatik in der Regel höchstens mit qualitativen Einschränkungen des Leistungsvermögens zu rechnen. Wenn hier eine quantitative Leistungsminde-rung festgestellt wird, ist die Diagnose kritisch zu hinterfragen.

Medizinische Rehabilitation: Wenn die Angststörung im akutmedizinischen Versorgungsbereich – aus unterschiedlichen Gründen – nicht ausreichend beeinflusst werden konnte, sind Rehabilitationsfähigkeit und -bedürftigkeit zu prüfen. Letztere ergibt sich bei erkennbarer Chronifizierung und erheblicher Beeinträchtigung durch die Angstsymptomatik in Beruf und Alltag. Aufgrund der Ausprägung der Symptomatik dürfte bei einer Panikstörung oder einer generalisierten Angststörung in der Regel eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation in stationärer Form vorrangig angezeigt sein. Die Auswahl des spezifischen Rehabilitationskonzeptes (eher verhaltenstherapeutisch oder eher psychodynamisch orientiert) richtet sich nach den individuellen Erfordernissen. Ergeben sich Anhaltspunkte für eine zusätzliche substanzgebundene Abhän-gigkeitsproblematik, so ist alternativ die Notwendigkeit einer Entwöhnungs-behandlung zu prüfen, gegebenenfalls nach vorhergehendem (qualifizierten) Entzug. Eine Angst- und depressive Störung, gemischt dürfte nur in Einzelfällen mit Rehabilitationsbedürftigkeit einhergehen; wenn die Erwerbsfähigkeit durch die bestehende Symptomatik erheblich gefährdet erscheint, muss die Diagnose überprüft werden (siehe auch 8.4.1.2).

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben: Die Beeinträchtigungen der Teilhabe sind bei Panikstörung und generalisierter Angststörung oft stärker ausgeprägt als bei spezifischen Phobien, unter anderem verursacht bei der generalisierten Angststörung durch das ständige Vorhandensein der Ängste, bei der Panikstö-rung aufgrund der Unvorhersehbarkeit der Angstattacken. Vor der Einleitung einer aufwändigen beruflichen Teilhabeleistung ist zu prüfen, ob durch eine

solche überhaupt eine Reintegration in das Erwerbsleben zu erwarten ist, oder ob sich die Störung voraussichtlich in jedem Tätigkeitsfeld – auch bei reduzierter psychomentaler Belastung – gleichermaßen auswirken wird. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben stellen bei Versicherten mit einer Angst- und depressiven Störung, gemischt eine Rarität dar, denn diese Störung – korrekt diagnostiziert – dürfte kaum je mit einer erheblichen Gefährdung der Erwerbsfähigkeit einhergehen. Allerdings kann die Ausübung bestimmter Berufstätigkeiten (zum Beispiel mit regem Publikumsverkehr) Versicherten mit einer solchen Störung schwerer fallen.

8.4.4.3 Zwangsstörung

Zwangsstörungen in ihren leichteren Formen sind weit verbreitet und wirken sich im Einzelfall höchstens auf das qualitative Leistungsvermögen im Erwerbsleben aus. Die Beeinträchtigungen werden gelegentlich erst in einer differenzierten Längsschnittbetrachtung erkennbar. Auch eine leichtere Zwangssymptomatik kann jedoch zu Konflikten am Arbeitsplatz führen und über entsprechende Belastungsreaktionen das Leistungsvermögen beeinträchtigen. Bei stärkerer Ausprägung der Symptomatik können Zwangsgedanken die Fähigkeit zur Aneignung von Wissen und Fertigkeiten herabsetzen. Auch psychomentale Flexibilität und Fähigkeit zur Organisation, Planung und Zielorientierung sowie Ausdauer und Sorgfalt können beeinträchtigt sein. Bei ausgeprägten und den gesamten Tagesablauf dominierenden Zwangshandlungen ist neben dem qualitativen auch das quantitative Leistungsvermögen deutlich reduziert. Ein ausgeprägter Grübelzwang kann die Teilhabe am persönlichen, sozialen und beruflichen Leben erheblich beeinträchtigen, indem die Betroffenen nicht einmal mehr in der Lage sind, einfache, aber notwendige Entscheidungen des täglichen Lebens zu treffen. Zwangsrituale wie beispielsweise Wasch- oder Kontrollzwänge können die Handlungsfähigkeit massiv einschränken und bis zu Selbstbeschädigung und sozialer Isolation führen. Ein aufgehobenes Leistungsvermögen sollte in der Regel erst dann festgestellt werden, wenn mindestens zwei konsequente, auch stationäre Behandlungen erfolglos geblieben sind.

Medizinische Rehabilitation: Die Rehabilitationsbedürftigkeit richtet sich primär nach individueller Ausprägung und Chronifizierungsrisiko der Zwangsstörung. Bei der Auswahl von Rehabilitationseinrichtungen sind solche mit einem psychiatrisch-verhaltenstherapeutischen Schwerpunkt zu bevorzugen. Eine schwere Zwangssymptomatik schließt Rehabilitationsfähigkeit aus; hier ist eine stationäre fachspezifische Krankenbehandlung vordringlich.

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben: Solche Leistungen können bei Versicherten mit Zwangsstörungen unter anderem dann in Frage kommen, wenn die Wiedereingliederung in das Erwerbsleben nur dadurch erzielt werden kann, dass eine Tätigkeit ausgeübt (oder ein Arbeitsplatz zur Verfügung gestellt) wird, deren Anforderungsprofil der individuellen psychomentalen Belastbarkeit besser entspricht, beispielsweise die Bereitstellung eines Einzelarbeitsplatzes, verbunden mit der Vermeidung von Publikumsverkehr.

8.4.4.4 Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen

Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)

Bei Hinweisen auf das Vorliegen einer PTBS sollte sich der Gutachter immer selbst von der Erfüllung der diagnostischen Kriterien anhand des psychischen Befundes überzeugen und eine vorbestehende einschlägige Diagnose nicht unkritisch übernehmen. Hilfreich kann hier auch der Einbezug des DSM-IV-TR sein, das mehr und differenziertere diagnostische Kriterien enthält als die ICD-10-GM.

Mit einer Retraumatisierung im Rahmen der Begutachtung ist bei entsprechend sensiblen Vorgehen des Gutachters nicht zu rechnen. Eine reine Erlebnisschilderung des Probanden ohne entsprechende Symptomatik kann die Diagnose einer PTBS nicht begründen. In manchen Fällen sind bei sorgfältiger Exploration weder ein adäquates Trauma noch die typische Symptomatik zu erfragen, was auch im Hinblick auf einen möglichen sekundären Krankheitsgewinn (zum Beispiel Entschädigungszahlung, Erhalt einer Erwerbsminderungsrente) von Bedeutung sein kann.

Meist bestehen bei einer PTBS lediglich vorübergehende qualitative Beeinträchtigungen der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben, vor allem bei Konfrontation mit angstbesetzten Situationen und Orten, eine dauernde Minderung der quantitativen Leistungsfähigkeit ist bei der PTBS üblicherweise nicht zu erwarten. Nur bei einer Chronifizierung und damit einhergehendem sozialen Rückzug, Antriebsmangel und Persönlichkeitsveränderung kann auch das quantitative Leistungsvermögen erheblich beeinträchtigt sein. Eine andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (F62.0) oder eine komplexe PTBS (siehe 8.4.1.4) müssen aufgrund ihrer variablen Ausprägung ebenfalls nicht zwingend zu einer Minderung des Leistungsvermögens im Erwerbsleben führen, es sind immer die Beeinträchtigungen der Fähigkeiten im Einzelfall zu beurteilen. Eine Minderung des Leistungsvermögens sollte darüber hinaus nicht festgestellt werden, bevor adäquate Behandlungsmaßnahmen und gegebenenfalls Rehabilitationsleistungen durchgeführt wurden. Ein bereits bestehender sozialer Rückzug wird durch eine Berentung weiter verstärkt.

Liegt der Entwicklung einer PTBS beispielsweise ein Gewaltverbrechen oder ein Unfall ursächlich zu Grunde, kann die Zuständigkeit eines anderen Leistungsträgers gegeben sein wie der gesetzlichen Unfallversicherung oder der Landesämter im Rahmen des sozialen Entschädigungsrechts (Bundesversorgung-, Häftlings-, Opferentschädigungs-, Soldatenversorgungs-, Zivildienstgesetz, Strafrechtliches Rehabilitierungsgesetz).

Medizinische Rehabilitation: Bei Chronifizierung einer PTBS und damit einhergehenden Persönlichkeitsveränderungen kann die Erwerbsfähigkeit insbesondere durch Störungen der Affektivität und des Antriebs sowie durch Vermeidungsverhalten und sozialen Rückzug erheblich gefährdet oder gemindert sein. In diesen Fällen besteht Rehabilitationsbedürftigkeit. Bei gegebener Rehabilitationsfähigkeit sollte bei der Auswahl einer psychosomatisch-psychotherapeutischen Rehabilitationseinrichtung auf das Vorhandensein eines entsprechenden Behandlungsschwerpunktes geachtet werden. Traumabearbeitende Verfahren können bei ausreichender psychischer und körperlicher Stabilität ohne persistierende Traumaeinwirkung beziehungsweise fortbestehenden Täterkontakt indiziert sein und kommen in Anbetracht der Ausprägung des Störungsbildes im Rahmen eines stationären Settings zum Einsatz. Eine anhaltende schwere Dissoziationsneigung, mangelnde Affekttoleranz, unkontrolliertes autoaggressives Verhalten oder mangelnde Distanzierungsfähigkeit vom traumatischen Ereignis können die Indikation für traumabearbeitende Verfahren begrenzen. Hier ist aufgrund der eingeschränkten Rehabilitationsfähigkeit die Notwendigkeit einer stationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Krankenhausbehandlung zu prüfen.

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben: Insbesondere bei einer anhaltenden oder wiederholten Reaktivierung der Symptomatik durch berufliche Gegebenheiten, das heißt, wenn das traumatisierende Ereignis, wie beispielsweise ein Überfall oder schwerer Unfall, in engem Zusammenhang mit dem Arbeitsplatz oder der beruflichen Tätigkeit steht, kann eine Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben erforderlich werden. Dabei kann es sich zum Beispiel um die Unterstützung einer innerbetrieblichen Weiterqualifizierung und Umsetzung handeln.

Anpassungsstörungen

Anpassungsstörungen können zwar zu wiederholter oder längerer Arbeitsunfähigkeit führen, eine erhebliche Beeinträchtigung der quantitativen Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben resultiert jedoch allein aus einer Anpassungsstörung aufgrund der meist eher leicht ausgeprägten Symptomatik üblicherweise nicht. Qualitative Leistungseinbußen können sich bei entsprechender Ausprägung und Dauer der Anpassungsstörung unter anderem auf Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit, Durchhalte- und Konzentrationsvermögen sowie Kontakt- und Gruppenfähigkeit beziehen. Durch die individuelle Symptomatik, die fortwährende Beschäftigung mit dem auslösenden Ereignis und durch das Gefühl, mit den alltäglichen Gegebenheiten nicht mehr zurecht zu kommen, können soziale Funktionen und Leistungen vorübergehend in unterschiedlicher Ausprägung beeinträchtigt sein. Die Gefahr einer Chronifizierung mit Entwicklung weiterer psychischer Störungen ist nicht zu unterschätzen, weshalb die Indikation für eine ambulante Behandlung (Psychotherapie) frühzeitig gestellt werden sollte. Wenn eine Anpassungsstörung mit der Entwicklung einer psychischen Komorbidität, beispielsweise einer depressiven Störung oder einer Angststörung, verbunden ist, kann aufgrund dieser eine Einschränkung des Leistungsvermögens auch im quantitativen Bereich resultieren. Entscheidend für die sozialmedizinische Beurteilung sind Art und Ausprägung der Symptomatik, der Verlauf mit der Frage nach Chronifizierung und Komorbidität sowie die Behandlungsanamnese, aus der sich auch Hinweise bezüglich des individuellen Leidensdrucks ergeben können. Sozialmedizinisch relevant sind vor allem die länger (mehr als 6 Monate) andauernden Anpassungsstörungen im Kontext gravierender körperlicher Erkrankungen oder schwer oder gar nicht veränderbarer Lebenssituationen oder anhaltender psychosozialer Belastungen wie beispielsweise Langzeitarbeitslosigkeit.

Medizinische Rehabilitation: Wenn trotz adäquater ambulanter und gegebenenfalls auch stationärer kurativer Behandlung einer Anpassungsstörung gravierende Teilhabebeeinträchtigungen mit erheblicher Gefährdung der Erwerbsfähigkeit bestehen, sollte die Durchführung einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation erwogen werden, um eine Ausweitung und Chronifizierung der psychosozialen Beeinträchtigungen zu vermeiden, die Krankheitsbewältigung zu unterstützen und das Leistungsvermögen zu stabilisieren. Rehabilitationsbedürftigkeit besteht in Abhängigkeit von Dauer und Ausprägung der Anpassungsstörung, der gegebenenfalls auslösenden somatischen Erkrankung oder psychosozialen Belastung sowie der komorbiden psychischen Störung. Je nach Problemlage kommt eine psychosomatisch-psychotherapeutische Rehabilitationseinrichtung oder eine Rehabilitationseinrichtung mit einem somatischen Behandlungsschwerpunkt und einem psychotherapeutischen Angebot in Betracht.

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben: Nur in seltenen Einzelfällen stellen Anpassungsstörungen eine Indikation für die Durchführung einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben dar. Dies kann beispielsweise erforderlich sein, wenn Umstände aus dem beruflichen Umfeld einen maßgeblichen Anteil an der Entstehung und Aufrechterhaltung der Anpassungsstörung haben und die Erwerbsfähigkeit durch eine innerbetriebliche Umsetzung oder eine Weiterqualifizierung erhalten werden kann. Dabei ist allerdings zu beachten, dass die individuelle Vulnerabilität bei der Entstehung einer Anpassungsstörung definitionsgemäß eine sehr viel größere Rolle spielt, als bei der PTBS (siehe oben), so dass sorgfältig eingeschätzt werden muss, ob eine berufliche Veränderung letztlich zielführend sein kann, oder ob damit zu rechnen ist, dass sich auch in der neuen Tätigkeit beziehungsweise an dem neuen Arbeitsplatz eine ähnliche Entwicklung wiederholt. Nicht selten hegen Versicherte mit Anpassungsstörungen unrealistische Erwartungen bezüglich der Verbesserung ihrer Situation durch einen Tätigkeitswechsel, vor allem, wenn diese Erwartungen nicht ausreichend – beispielsweise im Rahmen einer ambulanten Psychotherapie – reflektiert wurden.

8.4.4.5 Dissoziative Störungen

Die symptomatische Vielfalt, die häufig vorhandene psychische Komorbidität sowie der variable Verlauf der dissoziativen Störungen erschweren prognostische Feststellungen zur Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben. Die Behandlungsanamnese ist in Anbetracht der oft an neurologische Krankheiten erinnernden Symptomatik häufig geprägt von umfangreicher und wiederholter somatischer Diagnostik und entsprechenden Therapieversuchen, bevor die korrekte Diagnose gestellt wird. Zu dieser Entwicklung trägt auch die bei den meisten Betroffenen vorhandene Negierung bis Verleugnung zugrunde liegender psychischer Konflikte oder Belastungen bei. Eine dissoziative Störung, die ohne adäquate psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung länger als ein bis zwei Jahre besteht, ist dann therapeutisch oft nicht mehr zu beeinflussen. Bei massiver Ausprägung der Störung kann es so zu einer anhaltenden Minderung des qualitativen und quantitativen Leistungsvermögens im Erwerbsleben kommen. Bevor eine solche jedoch gutachterlich festgestellt wird, sollten mindestens zwei konsequente fachspezifische Behandlungsversuche im stationären Setting erfolgt sein. Bei chronischen Verläufen können sich nicht nur durch die persistierende dissoziative Symptomatik, sondern auch durch mögliche sekundäre organische Komplikationen (zum Beispiel Inaktivitätsatrophie, Arthrose, Kontrakturen) Beeinträchtigungen in den Aktivitäten des täglichen Lebens und der Teilhabe am beruflichen und sozialen Leben ergeben.

Medizinische Rehabilitation: Zunächst einmal steht auch bei den dissoziativen Störungen die frühestmögliche und adäquate kurative Behandlung im Vordergrund. Diese sollte die einfühlsame Vermittlung eines biopsychosozialen Krankheitsverständnisses beinhalten. Bei sich bereits abzeichnender Chronifizierung mit drohender Einschränkung des quantitativen Leistungsvermögens kann die Indikation für eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation in einer psychosomatisch-psychotherapeutischen Rehabilitationseinrichtung bestehen. Die Einrichtung sollte möglichst über einen entsprechenden Behandlungsschwerpunkt verfügen. In Abhängigkeit vom konkreten Ausmaß der Symptomatik kann ein stationäres oder ein ganztägig ambulantes Setting geeignet sein.

Die Rehabilitationsfähigkeit kann allerdings aufgrund geminderter Introspektionsfähigkeit und fehlender Motivation für psychotherapeutische Verfahren reduziert sein oder sogar gänzlich fehlen, sofern nicht eine entsprechende therapeutische Vorbereitung im oben genannten Sinne erfolgt ist.

Stehen andere Rehabilitationsziele im Vordergrund (wie die Verbesserung, Verminderung beziehungsweise Verhütung einer Verschlimmerung von alltagsrelevanten Fähigkeitsstörungen zum Beispiel in der Selbstversorgung, Fortbewegung, Kommunikation oder im Verhalten), so kann eine Leistung zur Teilhabe zu Lasten anderer Sozialversicherungsträger in Frage kommen.

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben: Diese sind in der Regel bei dissoziativen Störungen nicht erforderlich; nur in Einzelfällen kann im Zusammenhang mit einer psychischen oder somatischen Komorbidität die Indikation zur Durchführung einer solchen Leistung bestehen.

8.4.4.6 Somatoforme Störungen

Aufgrund der Häufigkeit in der Bevölkerung, der Chronifizierungsneigung, der ausgeprägten Inanspruchnahme medizinischer Versorgungsleistungen, der psychosozialen Beeinträchtigung und des subjektiven Leidensdrucks kommt diesen Störungen eine erhebliche sozialmedizinische Bedeutung zu. Die Teilhabe am täglichen Leben, in Familie, Beruf und Freizeit ist durch die Art und Ausprägung der Symptome sowie das daraus resultierende Schonverhalten bei gleichzeitiger

ausschließlich somatischer Ursachenattribution oft erheblich beeinträchtigt. Es kann zu sozialem Rückzug bis hin zur Isolation kommen, vor allem, wenn dies durch ein entsprechendes Umfeld begünstigt wird. Da körperliche Schädigungen, die eine Leistungsminderung rechtfertigen, in den meisten Fällen nicht bestehen, spielt die sorgfältige Erhebung von Anamnese und psychischem Befund die herausragende Rolle. Hier kann beispielsweise das Erfragen eines üblichen Tagesablaufs einerseits zur Einschätzung des Schweregrades der Teilhabebeeinträchtigung beitragen, andererseits können daraus Hinweise auf motivationale Aspekte des Krankheitsverhaltens gewonnen werden. Dies ist im Hinblick auf die Beurteilung eines sekundären Krankheitsgewinns und für die Abgrenzung gegenüber Aggravation und Simulation von Bedeutung, siehe 5.6. Weitere Kriterien, anhand derer Aussagen zur individuellen Beeinträchtigung von Aktivitäten und Teilhabe durch eine somatoforme Störung gemacht werden können, sind:

- Chronifizierungsgrad
- psychische und somatische Komorbidität
- Behandlungsanamnese: Inanspruchnahme medizinischer Ressourcen, Compliance, Behandlungsergebnis
- Krankheitsverhalten: Schonhaltung, Abgabe von Verantwortung, (Nicht-)Erfüllung verschiedener Rollenerwartungen, sekundärer Krankheitsgewinn, sozialer Rückzug
- Aktivitätsniveau in unterschiedlichen Bereichen, Beispiele: Familie, Beruf, Verein, Hobby, Haus und Garten, Haustiere, Sport, Kultur, Autofahren

Qualitative Einbußen des Leistungsvermögens im Erwerbsleben sind bei somatoformen Störungen häufig. Nur bei weitgehender Beeinträchtigung der Fähigkeit zur Teilhabe an den Aktivitäten des täglichen Lebens, beispielsweise in den Bereichen Mobilität, Selbstversorgung, Kommunikation, Antrieb, Konzentrationsfähigkeit und Aufmerksamkeit sowie bei erheblichem sozialem Rückzug ist jedoch von einer Minderung sowohl des qualitativen als auch des quantitativen Leistungsvermögens auszugehen. Für die nicht selten von Betroffenen gehegte Erwartung, dass eine Berentung wegen Erwerbsminderung mit einer Besserung der Symptomatik einhergeht, existieren bislang keine Belege; Studienergebnisse legen vielmehr nahe, dass eine Bewilligung oder Ablehnung des Bezugs einer Erwerbsminderungsrente keinen wesentlichen Einfluss auf das Krankheitsgeschehen hat.

Anhaltende Schmerzstörung (F45.4): Eine besondere Herausforderung in der sozialmedizinischen Begutachtung somatoformer Störungen stellt die anhaltende Schmerzstörung mit ihren biopsychosozialen Facetten und Abstufungen dar. Die Beurteilung des Leistungsvermögens ist hier besonders komplex, wobei vor allem die Schwierigkeit der Objektivierung von Schmerzen und der daraus abzuleitenden manifesten Beeinträchtigungen der Teilhabe die Begutachtung mit einem gewissen Ermessensspielraum belastet, so dass verschiedene Gutachter durchaus zu unterschiedlichen Einschätzungen kommen können. Fragebögen und Selbsteinschätzungsskalen zu Schweregrad und Chronifizierung von Schmerzen können hier zwar die Exploration unterstützen, sie sind jedoch nur im Kontext aller erhobenen Befunde im Sinne einer Konsistenzprüfung und keinesfalls als Beweis vorhandener Beeinträchtigungen zu interpretieren. Übertragungs- und Gegenübertragungsreaktionen spielen in der Begutachtung von Probanden mit einer anhaltenden Schmerzstörung eine bedeutsame Rolle, getriggert unter anderem durch ein meist einseitig somatisches Krankheitsverständnis und eine nicht selten anzutreffende passiv-ängstliche Schon- und Erwartungshaltung.

In der Begutachtungssituation kommt es darauf an, dem Probanden zu signalisieren, dass seine Beschwerden ernst genommen werden, unabhängig von möglicherweise unterschiedlichen Auffassungen zu ihrer Entstehung und den

Konsequenzen. Gutachterlich sind einerseits die individuellen Beeinträchtigungen des Begutachteten detailliert zu erfassen, konkret und teilhabebezogen zu benennen und zu dokumentieren. Andererseits muss eine Aussage zur „zumutbaren Willensanspannung“ abgegeben werden, das heißt, eine Stellungnahme dazu, ob der Proband mit „zumutbarer Willensanspannung“ in der Lage ist, die vorhandenen Beschwerden zu überwinden oder soweit zu kompensieren, dass eine Teilhabe am Erwerbsleben möglich ist. Die folgenden Aspekte können auf Inkonsistenzen zwischen der Schilderung der Beschwerden durch den Probanden und den tatsächlich vorhandenen Beeinträchtigungen hinweisen (vergleiche 5.6):

- Diskrepanz zwischen Beschwerdeschilderung (einschließlich Selbsteinschätzung im Fragebogen) und körperlicher und/oder psychischer Beeinträchtigung in der Untersuchungssituation
- wechselhafte und unpräzise-ausweichende Schilderung der Beschwerden und des Krankheitsverlaufs
- Diskrepanzen zwischen eigenen Angaben und fremdanamnestischen Informationen (einschließlich Aktenlage)
- fehlende Modulierbarkeit der beklagten Schmerzen
- Diskrepanz zwischen geschilderten Funktionsbeeinträchtigungen und zu eruiierenden Aktivitäten des täglichen Lebens
- Fehlen angemessener Therapiemaßnahmen und/oder Eigenaktivitäten zur Schmerzlinderung trotz ausgeprägt beschriebener Beschwerden
- fehlende sachliche Diskussion möglicher Verweisungstätigkeiten bei Thematisierung der beruflichen Leistungsfähigkeit
- Diskrepanz zwischen der Medikamentenanamnese und laborchemisch bestimmten Medikamentenspiegeln

Medizinische Rehabilitation: Bei somatoformen Störungen ohne gravierende anhaltende Funktionseinbußen oder Auswirkungen auf die Teilhabe – die immer noch häufig mit dem Begriff der „vegetativen Dystonie“ bezeichnet werden – ist keine Rehabilitationsbedürftigkeit zu erkennen. Eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation in einer psychosomatisch-psychotherapeutischen Rehabilitationseinrichtung ist vor allem bei den Versicherten angezeigt, die trotz adäquater ambulanter Behandlung einschließlich Psychotherapie erhebliche Beeinträchtigungen der Teilhabe aufweisen. Betroffene ohne ausreichendes Psychogeneseverständnis und ohne jegliche psychotherapeutische Vorerfahrung sind für eine solche Rehabilitation primär meist nicht motiviert. Bei festgestellter erheblicher Gefährdung der Erwerbsfähigkeit durch die somatoforme Störung sollte in diesen Fällen versucht werden, den Versicherten für eine Rehabilitation in einer Einrichtung zu motivieren, die in ihrem Konzept körperliche und psychische Aspekte gleichermaßen berücksichtigt (zum Beispiel VMO, VerhaltensMedizinische Orthopädie) und in der gegebenenfalls mehrere Fachabteilungen unter einem Dach vereint sind. Bei Vorliegen eines schädlichen Gebrauchs oder einer Abhängigkeit von psychotropen Substanzen beziehungsweise Medikamenten, beispielsweise Schmerzmitteln, ist auch die Indikation für eine Entwöhnungsbehandlung zu prüfen. Sofern eine solche nicht angezeigt ist, sollte die Rehabilitation jedoch in einer Einrichtung mit entsprechender spezifischer Kompetenz und im stationären Setting stattfinden.

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben: Bei den somatoformen Störungen sind in der Regel keine Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erforderlich; nur in Einzelfällen kann im Zusammenhang mit einer psychischen oder somatischen Komorbidität die Indikation zur Durchführung einer solchen Leistung bestehen.

8.4.4.7 Andere neurotische Störungen: Neurasthenie

Aktivitäten und Teilhabe können bei der Neurasthenie vor allem durch die erhöhte Ermüdbarkeit und/oder Konzentrationsstörungen in qualitativer Hinsicht beeinträchtigt sein, wobei zu erwarten ist, dass alle Lebensbereiche und nicht nur die Erwerbstätigkeit betroffen sind. Die Prognose ist abhängig von Dauer und Ausmaß der Symptomatik. Anamnestische Hinweise auf frühere psychische Beeinträchtigungen sind nicht selten; darüber hinaus sind auch Primärpersönlichkeit und individuelle Ressourcen bei der Prognosebeurteilung zu berücksichtigen. Die quantitative Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben ist durch das Erschöpfungssyndrom in aller Regel nicht gemindert.

Medizinische Rehabilitation: Bei eingetretener Chronifizierung des Erschöpfungssyndroms kann durchaus Rehabilitationsbedürftigkeit bestehen. In diesen Fällen ist eine Rehabilitationseinrichtung mit psychosomatischer Kompetenz zu wählen, in der körperliche und psychische Aspekte gleichermaßen berücksichtigt werden können.

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben: Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben bei Versicherten mit einer Neurasthenie sind in der Regel nur im Zusammenhang mit einer entsprechend ausgeprägten psychischen und/oder somatischen Komorbidität begründbar.

8.4.4.8 Spezielle Syndrome von Relevanz für die psychiatrisch-psychotherapeutische Begutachtung

„Multiple Chemical Sensitivity-Syndrom“ (MCS), „Idiopathic Environmental Intolerances“ (IEI), „Sick Building-Syndrom“ (SBS), Chronic Fatigue-Syndrom (CFS)

In der sozialmedizinischen Begutachtung spielt die unmittelbare diagnostische oder ätiologische Zuordnung der Symptomatik des Einzelnen für die Beurteilung des qualitativen und quantitativen Leistungsvermögens im Erwerbsleben zumeist eine untergeordnete Rolle. Es ist also im Hinblick auf das Leistungsvermögen im Erwerbsleben nicht wesentlich, worauf genau beispielsweise ein MCS oder CFS beruht, im Zentrum steht vielmehr das Ausmaß der individuellen Funktions- und Fähigkeitsstörungen. Die Feststellung der tatsächlichen und dauerhaft vorhandenen Beeinträchtigungen von Aktivitäten und Teilhabe ist allerdings aufgrund der weitgehenden Subjektivität der Beschwerden bei MCS, IEI, SBS, CFS und ähnlichen Beschwerdebildern kompliziert. Die Prognoseabschätzung darüber, ob eventuell bestehende aktuelle Leistungseinbußen des Versicherten als irreversibel beziehungsweise chronisch anzusehen sind und möglicherweise eine Erwerbsminderung begründen können, kann nur im Einzelfall und nicht allein auf der Grundlage nur diffus oder ungenügend operationalisierter diagnostischer Kategorien vorgenommen werden.

Die Forderung nach einer grundsätzlichen Vermeidung von angeschuldigten, aber wissenschaftlich in ihren tatsächlichen Auswirkungen keineswegs als schädigend nachgewiesenen Trigger-Substanzen im Berufsleben (Nocebo) als mögliche neurotoxische Einwirkung und eine daraus abgeleitete Berentung wegen Erwerbsminderung ist nicht begründbar. Durch die Ängste hinsichtlich des weiteren Beschwerdeverlaufs und das daraus resultierende Vermeidungsverhalten bis hin zum völligen sozialen Rückzug sowie durch eine manifeste psychische Komorbidität kann jedoch die Teilhabe am Berufs- und familiären Leben erheblich beeinträchtigt sein.

Medizinische Rehabilitation: Sofern aufgrund der Ausprägung und Chronifizierung der psychosozialen Beeinträchtigungen Rehabilitationsbedürftigkeit besteht, sollte bei der Zuweisung vor dem Hintergrund eines biopsychosozialen Krankheitsmodells eine psychosomatisch-psychotherapeutische Rehabilitationseinrichtung

bevorzugt werden. Die dort angebotenen multimodalen Konzepte einschließlich verhaltenstherapeutischer Angebote sind unter anderem darauf ausgerichtet, Verstärkungs- und Vermeidungsreaktionen überwinden zu helfen, soziale Fertigkeiten zu trainieren und den Abbau dysfunktionaler Kognitionen und „belief systems“ einzuüben. Im Einzelfall wird sich nach Ausschöpfung aller rehabilitativen Möglichkeiten allerdings auch bei Versicherten mit MCS, IEL, SBS, CFS und ähnlichen Beschwerdebildern eine Berentung wegen Erwerbsminderung möglicherweise nicht vermeiden lassen. Dies kann aus sozialmedizinischer Sicht jedoch nur auf der Grundlage einer umfassenden Gesamtbeurteilung des qualitativen und quantitativen Leistungsvermögens erfolgen, in Zusammenschau aller verfügbaren Befunde und der tatsächlich nachweisbaren Fähigkeitsstörungen.

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben: Gelegentlich wünschen Versicherte mit einem der oben aufgeführten Beschwerdebilder einen Arbeitsplatz- oder Berufswechsel, da sie ihre Beeinträchtigungen auf eine Exposition gegenüber gesundheitsschädigenden Agenzien bei der Arbeit zurückführen. Sofern eine solche gesundheitsrelevante Exposition in seltenen Einzelfällen tatsächlich nachgewiesen werden kann, stehen selbstverständlich entsprechende Sanierungsmaßnahmen am Arbeitsplatz im Vordergrund. Bei ausgeschlossener Gesundheitsgefährdung durch bestimmte, am Arbeitsplatz nachweisbare Substanzen sind Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben bei Versicherten mit MCS, IEL, SBS, CFS und ähnlichen Beschwerdebildern nicht angezeigt. Die Wahrscheinlichkeit ist hoch, dass die Beschwerden auf einem neuen Arbeitsplatz oder in einer neuen Tätigkeit persistieren oder erneut auftreten, da ja keine nachweisbare Exposition zugrunde gelegen hat. Eine entsprechend ausgeprägte psychische und/oder somatische Komorbidität kann im Kontext der genannten Beschwerdebilder jedoch durchaus im Einzelfall einmal Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben begründen.

Burn-out-Syndrom

Aktivitäten und Teilhabe können beim Burn-out-Syndrom durch die massive und anhaltende psychophysische Erschöpfung und daraus resultierende Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen in qualitativer Hinsicht beeinträchtigt sein, wobei letztlich alle Lebensbereiche betroffen sind. Häufig sind bei den Betroffenen Entwicklungen zu verzeichnen, in denen es nach einer Phase der mühevollen Aufrechterhaltung des beruflichen „Funktionierens“ auf Kosten persönlicher Bedürfnisse schließlich zur Dekompensation kommt und Arbeitsunfähigkeit eintritt. Die Prognose ist abhängig von Ausmaß und Dauer der Symptomatik, von der Entwicklung einer manifesten psychischen Störung, aber auch von persönlichen (beispielsweise Umstellungs- und Introspektionsfähigkeit) und sozialen Ressourcen wie Kontakten zu Kollegen und Vorgesetzten. Nur in Einzelfällen und bei Versagen jeglicher kurativer und rehabilitativer Interventionen muss bei einem Burn-out-Syndrom mit konsekutiver psychischer Störung mit einer Minderung des quantitativen Leistungsvermögens im Erwerbsleben gerechnet werden.

Medizinische Rehabilitation: Bei trotz adäquater psychologischer Betreuung und gegebenenfalls psychotherapeutischer Behandlung eingetretener Chronifizierung des Burn-out-Syndroms, Entwicklung einer manifesten psychischen Störung und wiederholter oder länger dauernder Arbeitsunfähigkeit ist von Rehabilitationsbedürftigkeit auszugehen. In diesen Fällen sollte möglichst eine psychosomatisch-psychotherapeutische Rehabilitationseinrichtung gewählt werden, die über ein entsprechendes gruppenorientiertes Behandlungskonzept verfügt. Eine noch vorhandene hohe Leistungsmotivation erscheint prognostisch günstiger als eine bereits seit langer Zeit bestehende resignative Einstellung, die dann nicht selten mit dem dringenden Wunsch nach endgültiger Entpflichtung von der Arbeit (Erwerbsminderungsrente) einhergeht.

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben: Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben bei Versicherten mit einem chronifizierten Burn-out-Syndrom können dann in Frage kommen, wenn die die Erwerbsfähigkeit gefährdende Symptomatik durch bestimmte Anpassungen am Arbeitsplatz gelindert werden kann, beispielsweise bei einer Gesundheits- und Krankenpflegekraft durch die Übertragung administrativer Tätigkeiten und die weitgehende Herausnahme aus dem direkten Patientenkontakt. Da Angehörige sozialer Berufe besonders häufig von einem Burn-out-Syndrom betroffen sind, kann im Einzelfall auch ein Tätigkeitswechsel erforderlich werden, sei es durch eine Weiterqualifizierung oder durch den Wechsel der Berufstätigkeit (Umschulung). Günstig erscheinen insbesondere Tätigkeiten, die nicht mehr den direkten Dienst am Menschen umfassen oder die mit einem geringeren Ausmaß an Verantwortung verbunden sind, da hier eine angemessene Distanzierung erfahrungsgemäß leichter fällt.

Fibromyalgiesyndrom

Die Beurteilung der Leistungsfähigkeit richtet sich auch bei Probanden mit einem Fibromyalgiesyndrom nach dem Ausmaß der anhaltenden und objektivierbaren körperlichen und psychischen Funktionseinschränkungen und resultierenden Fähigkeitseinbußen. Wiederholte und längere Arbeitsunfähigkeitszeiten und insbesondere ein bereits gestellter Rentenantrag sind mit einer eher ungünstigen Prognose verknüpft. Eine frühzeitige ambulante oder stationäre Behandlung nach einem multimodalen Konzept ist wünschenswert, scheitert aber nicht selten an der Verkennung der Komplexität der Symptomatik und einem einseitig organomedizinisch ausgerichteten Krankheitsverständnis. Die Beeinträchtigung der persönlichen Aktivitäten Betroffener und der Teilhabe am sozialen Leben in den verschiedenen Bereichen kann erheblich sein. Sie ist einerseits von der Intensität der Schmerzen und der akzessorischen Symptome abhängig, andererseits sind der Grad der Chronifizierung der Beschwerden sowie die Einstellung der Betroffenen und ihres Umfeldes zu der Erkrankung von Bedeutung. Nicht selten resultieren aus der Symptomatik in Verbindung mit inadäquater Behandlung und sekundärem Krankheitsgewinn zunehmende persönliche und soziale Einschränkungen bis hin zu Aufgabe der Erwerbstätigkeit, sozialer Isolation und Teilnahmslosigkeit oder auch weitgehender Hilfsbedürftigkeit bei Alltagsverrichtungen. Wenn auch Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zu keiner Besserung oder wenigstens Stabilisierung geführt haben, bleibt in Einzelfällen nur noch die Feststellung eines aufgehobenen Leistungsvermögens. Entgegen der Annahme vieler von einem Fibromyalgiesyndrom Betroffener führt eine vorzeitige Berentung allerdings nicht zu einem Nachlassen der Schmerzsymptomatik, vielmehr kann es zu einer Schmerzverstärkung als Folge zunehmender Inaktivität kommen.

Medizinische Rehabilitation: Bei erheblicher Gefährdung der Erwerbsfähigkeit mit bereits eingetretener Chronifizierung der Beschwerden und einer massiven Beeinträchtigung persönlicher und sozialer Aktivitäten einschließlich der Berufsausübung ist von Rehabilitationsbedürftigkeit auszugehen. Von prognostischer Bedeutung ist, dass die Einschränkungen schmerzbedingt zustande kommen, eine überdauernde Funktionsbehinderung auf der körperlichen Ebene liegt beim („primären“) Fibromyalgiesyndrom in der Regel nicht vor. Rehabilitationsfähigkeit und -prognose werden maßgeblich von Ausprägung und Dauer des Beschwerdebildes, von psychischer und organischer Komorbidität sowie von der Compliance der Betroffenen bezüglich eines multimodalen, psychosomatische Aspekte berücksichtigenden Rehabilitationskonzeptes bestimmt. Es sollte die Auswahl einer Rehabilitationseinrichtung erfolgen, die über ein breites Spektrum physikalischer, medikamentöser und psychotherapeutischer Behandlungsmethoden verfügt. Ziel der Rehabilitation ist die Vermittlung eines mehrdimensionalen Krankheitsverständnisses und von Strategien im Umgang mit dem Schmerz, denn Schmerzfreiheit ist meist nicht erreichbar.

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben: Beim Fibromyalgiesyndrom kommen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben in der Regel nur in Zusammenhang mit einer entsprechend ausgeprägten psychischen oder somatischen Komorbidität in Betracht. In Einzelfällen kann es aufgrund der Schmerzsymptomatik erforderlich sein, die berufliche Tätigkeit hinsichtlich Arbeitsschwere und Arbeitshaltung anzupassen: Meist sind leichte bis mittelschwere Tätigkeiten in wechselnder oder überwiegend sitzender Arbeitshaltung zumutbar.

Tinnitus

In der Regel führt ein kompensierter Tinnitus – selbst wenn er chronisch verläuft – nicht zu gravierenden Beeinträchtigungen von Aktivitäten und Teilhabe, es sei denn, er betrifft Versicherte, die in ihrer Berufstätigkeit in besonderem Maße auf ihr Gehör angewiesen sind, wie beispielsweise Berufsmusiker. Bei zusätzlich bestehender Hörminderung oder Hyperakusis können jedoch Kommunikations- und Reaktionsfähigkeit eingeschränkt sein, mit den möglichen Folgen von Beeinträchtigungen im beruflichen, gesellschaftlichen und familiären Leben und letztlich sozialem Rückzug. Beim dekompenzierten Tinnitus können die berufliche und gesellschaftliche Teilhabe zusätzlich durch Konzentrationsstörungen und die depressive Symptomatik beeinträchtigt sein. In diesen Fällen bestehen nicht nur Einbußen hinsichtlich des qualitativen, sondern – bei Chronifizierung – auch des quantitativen Leistungsvermögens.

Medizinische Rehabilitation: Zusätzlich zum Ohrgeräusch selbst bestehende Beeinträchtigungen wie Hörminderung, Hyperakusis und Störungen auf emotional-kognitiver Ebene können Rehabilitationsbedürftigkeit bedingen, sofern sie Auswirkungen auf Aktivitäten und Teilhabe haben, wie beispielsweise beim dekompenzierten chronischen Tinnitus. Bei der Auswahl einer Rehabilitationseinrichtung ist eine verhaltensmedizinisch orientierte Einrichtung mit einem spezifischen Tinnitus-Behandlungsschwerpunkt zu bevorzugen. Neben kognitiv-verhaltenstherapeutischen Behandlungsansätzen und Entspannungsverfahren kann hier unter anderem ein Tinnitus-Retraining zur Anwendung kommen, das aus einer Kombination einer apparativen Therapie (Hörgerät oder Tinnitusmasker) und individuell gestalteter psychologischer Beratung oder Psychotherapie besteht. Durch mangelnde psychische Stabilität bis hin zur Suizidalität kann die Rehabilitationsfähigkeit erheblich eingeschränkt sein.

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben: Vor allem, wenn die oft zusätzlich bestehende Hörminderung oder Hyperakusis die Berufsausübung erheblich beeinträchtigt, ist zu prüfen, ob beispielsweise durch betriebliche Anpassungsmaßnahmen, eine innerbetriebliche Umsetzung oder Qualifizierungsmaßnahmen für ein geeignetes Berufsbild eine Reintegration in das Erwerbsleben beziehungsweise der Erhalt der Erwerbsfähigkeit möglich ist.

8.5 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (ICD-10: F50-F59)

In dem Kapitel der ICD-10 „Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren“ werden sehr unterschiedliche psychische Störungen zusammengefasst, von Essstörungen (F50) über nichtorganische Schlafstörungen (F51), nichtorganische sexuelle Funktionsstörungen (F52), psychische oder Verhaltensstörungen im Wochenbett (F53) bis hin zu psychologischen Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei anderenorts klassifizierten Krankheiten (F54) und schädlichem Gebrauch von nicht abhängigkeiterzeugenden Substanzen (F55). In den Statistiken der Rentenversicherung zu Erwerbsminderungsrenten und Leistungen zur Teilhabe wegen psychischer Störungen (ohne Abhängigkeitserkrankungen) nehmen Störungen aus dieser Gruppe nur einen kleinen Anteil ein, bei den Erwerbsminderungsrenten sind es im Jahr 2010 etwa 0,7 %, bei den stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation etwa 2,2 %. Da innerhalb dieser Störungsgruppe wiederum lediglich die Essstörungen und die psychologischen Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei anderenorts klassifizierten Krankheiten eine quantitativ bedeutendere Rolle spielen und insbesondere die Essstörungen nicht selten gutachtliche Probleme bereiten, beschränken sich die folgenden Ausführungen auf diese beiden Diagnosegruppen. Unter dem Oberbegriff der Essstörungen werden in der ICD-10 unter anderem die Anorexia nervosa (F50.0) und die Bulimia nervosa (F50.1) verschlüsselt. Als weitere Essstörung, wenn auch noch nicht in der ICD-10 als eigenständige Diagnose aufgeführt und daher epidemiologisch in Deutschland noch wenig erforscht, hat die Binge Eating Disorder (psychogene Hyperphagie) Bedeutung erlangt. Zur Diagnostik und Therapie der genannten Essstörungen wurde eine S3-Leitlinie erarbeitet und von der AWMF publiziert (AWMF-Register Nr. 051/026). Zunehmend werden auch wegen einer Adipositas (E66) Anträge auf Leistungen zur Teilhabe bei der Rentenversicherung gestellt.

8.5.1 Einzelne Störungsbilder

8.5.1.1 Anorexia nervosa (F50.0)

Von der Anorexia nervosa sind ganz überwiegend (zu 80–95 %) junge Frauen betroffen. Die Krankheit ist durch einen Gewichtsverlust gekennzeichnet, der vor allem durch restriktive Nahrungsaufnahme, induziertes Erbrechen, abführende Maßnahmen, Einnahme von Appetitzüglern und/oder Diuretika sowie exzessive körperliche Aktivität absichtlich selbst herbeigeführt und aufrechterhalten wird. Der Body-Mass-Index ($BMI = \text{Körpergewicht in kg} / (\text{Körpergröße in m})^2$); Werte zwischen 18 und 25 entsprechen Normalgewicht, unter 17,5 Untergewicht) beträgt 17,5 oder weniger. Durch eine Körperschema-Störung wird die eigene Figur selbst bei bereits kachektischem Ernährungszustand häufig als noch zu dick empfunden und die Betroffenen legen eine sehr niedrige Gewichtsschwelle für sich selbst fest. Ein weiteres Diagnosekriterium besteht in einer sekundär auftretenden umfassenden endokrinen Störung auf der Hypothalamus-Hypophysen-Gonaden-Achse, die sich bei Frauen als Amenorrhoe, bei Männern als Libido- und Potenzverlust äußert. Es liegt meist eine Unterernährung unterschiedlichen Schweregrades vor, die sekundär zu endokrinen und metabolischen Veränderungen und körperlichen Funktionsstörungen führt, beispielsweise zu Elektrolytstörungen, Knochenstoffwechselstörungen (Osteomalazie, Osteoporose), reduzierter Nierenfunktion, Anämie, Bradykardie und Hypotonie. Das Denken ist inhaltlich auf die Nahrungsaufnahme beziehungsweise die gewichtsreduzierenden Maßnahmen eingengt. Zusätzlich bestehen häufig depressive, Angst- und Zwangssymptome. Bei länger andauernder Mangelernährung sind strukturelle zentralnervöse Veränderungen möglich, die sich auf die kognitive Leistungsfähigkeit auswirken können. Krankheitseinsicht und Veränderungsmotivation bestehen bei vielen Anorexie-PatientInnen nicht.

Differenzialdiagnostisch sind sowohl körperliche Erkrankungen, die mit Gewichtsabnahme beziehungsweise Appetitlosigkeit einhergehen, als auch andere psychische Störungen abzugrenzen, beispielsweise schwere depressive Episoden mit Appetitverlust, psychotische Störungen mit ernährungsbezogenem Wahn, Angst- oder Zwangsstörungen mit ernährungsbezogenen Ängsten oder Zwangsgedanken und Persönlichkeitsstörungen.

Der Verlauf der Anorexia nervosa ist in einem Drittel der Fälle chronisch und die Mortalität beträgt je nach Beobachtungsstichprobe und -zeitraum bis zu 20%, wobei Suizide und unbekannte Todesursachen häufiger sind als die direkten Folgen der gestörten Nahrungsaufnahme. Jedoch ist auch bei 60–70% der Betroffenen ein langfristig günstiger Verlauf mit teilweiser oder vollständiger Remission festzustellen. Günstige Prognoseindikatoren sind unter anderem eine kurze Krankheitsdauer, das Fehlen sekundärer Organschäden und eine gute prämorbid Sozialisation. Ungünstig wirken sich eine bereits eingetretene Chronifizierung, das Vorhandensein somatischer Folgeschäden sowie der Verlust der sozialen Integration aus.

Aufgrund des mangelnden Krankheitsgefühls und der fehlenden Krankheitseinsicht gelangen Anorexie-Erkrankte oft erst zu einem Zeitpunkt in ärztliche Behandlung, zu dem akutmedizinische Maßnahmen zur Abwendung akuter Lebensgefahr im Rahmen einer stationären Behandlung unumgänglich geworden sind, beispielsweise bei Exsikkose, Elektrolytverschiebungen, extremer Bradykardie oder auch Suizidalität. Kann eine ausreichende Behandlungsmotivation erreicht werden, stehen der schrittweise Aufbau eines normalen Essverhaltens mit Gewichtsnormalisierung, der Abbau störungsbezogener dysfunktionaler Gedanken und Einstellungen sowie die Unterstützung einer adäquaten Emotionsregulierung im Fokus. Hier kommen längerfristig angelegte verhaltensbezogene und psychotherapeutische Verfahren im ambulanten oder stationären Setting zur Anwendung, wobei die Wirksamkeit kognitiver Verhaltenstherapie am besten untersucht ist. Eine psychopharmakologische Behandlung beschränkt sich auf die symptomatische Therapie bei zusätzlicher depressiver oder Angstsymptomatik.

8.5.1.2 Bulimia nervosa (F50.2)

Auch bei der Bulimia nervosa überwiegt der Anteil junger Frauen bei weitem gegenüber dem der Männer. Für diese Störung sind wiederholte, in einem Zeitraum von drei Monaten mindestens zweimal pro Woche auftretende Anfälle von Heißhunger und Essattacken charakteristisch, bei denen große Mengen an Nahrung in sehr kurzer Zeit konsumiert werden. Diese unkontrollierten Essattacken gehen meist mit massiven Scham- und Schuldgefühlen einher, weshalb die Problematik in der Regel über lange Zeit verheimlicht wird. Um eine Gewichtszunahme zu vermeiden, werden unmittelbar nach den Essattacken gewichtsreduzierende Maßnahmen ergriffen, wie beispielsweise selbstinduziertes Erbrechen, Gebrauch von Abführmitteln, Appetitzüglern und Diuretika. Es besteht eine übertriebene Beschäftigung mit der Kontrolle des Körpergewichts; die Betroffenen können normal-, über- oder untergewichtig sein. Die Störung kann sich aus einer Anorexia nervosa entwickeln und umgekehrt. Psychische Komorbidität (zum Beispiel depressive und Angststörungen, Persönlichkeitsstörungen, schädlicher Gebrauch psychotroper Substanzen) ist häufig, wobei differenzialdiagnostisch zu berücksichtigen ist, dass eine gestörte Nahrungsaufnahme sowohl als Symptom bei anderen psychischen Störungen, als auch auf der Grundlage einer körperlichen Erkrankung (zum Beispiel bei Diabetes mellitus, Tumoren des Hypothalamus) vorkommen kann.

Aufgrund des wiederholten Erbrechens und des Gebrauchs von Abführmitteln, Appetitzüglern und Diuretika kann es bei der Bulimia nervosa unter anderem zu Elektrolytverschiebungen mit Herzrhythmusstörungen, Nierenschäden und Knochenstoffwechselstörungen, Refluxösophagitis und Zahnschäden kommen.

Die prognostischen Faktoren entsprechen denen der Anorexia nervosa (siehe oben), allerdings weist die Bulimia nervosa eine etwas günstigere Prognose auf und die Mortalität ist deutlich geringer. Eine bestehende Komorbidität mit Persönlichkeitsstörungen und Impulskontrollstörungen sowie regelmäßiges Erbrechen und die gewohnheitsmäßige Verwendung von Abführmitteln verschlechtern die Prognose. Die Behandlungsziele umfassen unter anderem die Normalisierung des Essverhaltens, die psychotherapeutische Bearbeitung von dysfunktionalen Kognitionen sowie von Scham- und Schuldgefühlen und die Unterstützung adäquater Emotionsregulierung. Es gibt Hinweise für eine Wirksamkeit von Antidepressiva zur Reduktion von Essattacken und Erbrechen unabhängig vom Vorliegen einer depressiven Symptomatik.

8.5.1.3 Binge Eating Disorder (BED)

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 etwa 2% häufigste Form der Essstörungen im engeren Sinne verwendet. In der ICD-10 besteht keine spezifische Codierungsmöglichkeit, die Verschlüsselung kann jedoch unter F50.9 (Nicht näher bezeichnete Essstörung) erfolgen. Die BED ist bei Frauen nur geringfügig häufiger als bei Männern.

Die Binge Eating Disorder ist wie die Bulimie durch unkontrollierbare Essattacken gekennzeichnet, die Betroffenen führen jedoch im Unterschied dazu keine gegensteuernden Maßnahmen wie beispielsweise Erbrechen oder Einnahme von Laxantien und Diuretika durch. Die Essattacken müssen mindestens zwei Mal wöchentlich über einen Zeitraum von 6 Monaten auftreten, dabei werden große Nahrungsmengen auch ohne entsprechendes Hungergefühl vertilgt, es wird bis zu einem unangenehmen Völlegefühl und wesentlich schneller gegessen als normal. Aus Verlegenheit über die konsumierten Nahrungsmengen wird alleine gegessen und es stellen sich Ekelgefühle gegenüber sich selbst, Deprimiertheit und Schuldgefühle ein.

Diese Essstörung ist aufgrund der fehlenden gegensteuernden Maßnahmen meist mit deutlichem Übergewicht verbunden; unter den Übergewichtigen sollen etwa 5% an einer BED leiden. 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.

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.

8.5.1.4 Adipositas (E66)

Von einer Adipositas sind beide Geschlechter nahezu gleich häufig betroffen. Hingegen bestehen deutliche schichtspezifische Unterschiede hinsichtlich der Adipositas-Prävalenz, sie tritt in den unteren sozialen Schichten deutlich häufiger auf und ist hier mit einem ungesunden Lebensstil (zum Beispiel Bewegungsmangel, Fehlernährung, Nikotinkonsum) assoziiert. Bei den höhergradigen Formen der

Adipositas, dies sind Grad II mit einem Body-Mass-Index (BMI) zwischen 35 und 39,9 und Grad III („Adipositas per magna“) mit einem BMI \geq 40, lässt sich in der Regel ein gestörtes Essverhalten der Probanden erfragen, unter Umständen verbunden mit unterschiedlich ausgeprägten psychopathologischen Auffälligkeiten, ohne dass die Diagnosekriterien einer Essstörung im engeren Sinne erfüllt sind. Allerdings sind psychische und somatische Komorbidität häufig. Durch eine extreme Adipositas kann es einerseits zu vielfältigen und teils gravierenden somatischen Folgeerscheinungen, andererseits zu sozialen Rückzugstendenzen und Ausgrenzungen kommen. Eine konsequente langfristige ambulante, alltagsbegleitende Behandlung und Betreuung – gegebenenfalls auch nach Durchführung adipositaschirurgischer Maßnahmen – ist für die Erzielung eines nachhaltigen Therapieerfolges bei Adipositas unabdingbar. Da die Erreichung einer dauerhaften Gewichtsreduktion in der Regel eine grundlegende Veränderung fixierter Verhaltensweisen und Lebensstile voraussetzt, ist ein multimodales Vorgehen unter Einschluss psychoedukativer beziehungsweise verhaltenspsychotherapeutischer Interventionen erforderlich.

8.5.1.5 Psychologische Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei anderenorts klassifizierten Krankheiten (F54)

Mit dieser Kategorie sollen psychische beziehungsweise Verhaltensfaktoren erfasst werden, die wahrscheinlich eine wesentliche Rolle für Entstehung, Aufrechterhaltung und/oder Verlauf bestimmter körperlicher Krankheiten spielen, welche in anderen ICD-10-Kapiteln codiert werden. Diese psychischen Faktoren sind meist leicht ausgeprägt, unspezifisch und lang anhaltend und sie rechtfertigen keine diagnostische Zuordnung zu irgendeiner anderen F-Kategorie der ICD-10. Oft sind psychosoziale Konfliktsituationen oder Stressbelastung als Auslöser eruierbar. Sorgen, Erschöpfung, Verstimmung und ängstliche Erwartungen können vorliegen, mangelnde emotionale Stabilität, erhöhte Sensibilität, Zwanghaftigkeit, eine Selbstwertproblematik, eine abhängige Persönlichkeitsstruktur und verschiedene andere Persönlichkeitsmerkmale können vorhanden sein. Auch Störungen der Wahrnehmung und Äußerung von Gefühlen (Alexithymie) kommen vor. Primär sind jedoch keine nachhaltigen Einschränkungen des Antriebs, der Stimmung oder des Denkens und Verhaltens vorhanden. Eine zusätzliche Kodierung ist zur Bezeichnung der körperlichen Störung zu verwenden. Beispiele für derartige Erkrankungen sind: Asthma bronchiale (F54 und J45.x), Colitis ulcerosa (F54 und K51.x), Ulcus ventriculi (F54 und K25.x), Urticaria (F54 und L50.x). Teilweise wurden diese Krankheiten früher als „psychosomatische Krankheiten im engeren Sinne“ bezeichnet, wobei die in diesem Krankheitskonzept enthaltene starke Gewichtung der psychischen Aspekte für die Ätiologie vor dem Hintergrund neuerer Forschungsergebnisse relativiert werden musste. Differenzialdiagnostisch ist zu prüfen, ob neben der bestehenden körperlichen Erkrankung eine andere zusätzliche psychische Störung im Sinne einer Komorbidität besteht, beispielsweise, ob sich eine Anpassungsstörung im Rahmen der körperlichen Krankheit entwickelt hat. Verlauf und Prognose der hier beschriebenen Störungen orientieren sich an der somatischen Erkrankung und deren Folgen sowie am frühzeitigen Erkennen und Beachten der psychischen und psychosozialen Belastungen und Beeinträchtigungen.

Primär ist die haus- oder fachärztliche Diagnostik und Behandlung der körperlichen Erkrankung erforderlich. Da definitionsgemäß psychische Belastungsfaktoren bei der Manifestation der Beschwerden eine wesentliche Rolle spielen, sind diese im Rahmen der ambulanten Versorgung zu eruieren und einer entsprechenden psychosomatisch-psychotherapeutisch orientierten Behandlung zuzuführen. Diese reicht von der psychosomatischen Grundversorgung mit beispielsweise stützenden Gesprächen, Entspannungsverfahren und fokusorientierten

tiefenpsychologisch oder verhaltenstherapeutisch ausgerichteten Interventionen bis zur Vermittlung in eine ambulante Richtlinien-Psychotherapie. Kritische Exazerbationen sowohl auf der körperlichen als auch auf der psychischen Ebene können auch eine stationäre Krankenbehandlung erfordern.

8.5.2 Krankheitsbezogene Aussagen zur ICF

Schädigungen der Körperstrukturen und -funktionen entsprechend der ICF können bei Essstörungen und bei psychologischen Faktoren und Verhaltensfaktoren bei anderenorts klassifizierten Krankheiten beispielsweise in folgenden Bereichen vorliegen:

Tab. 19: Schädigungen bei Essstörungen und bei psychologischen Faktoren und Verhaltensfaktoren bei anderenorts klassifizierten Krankheiten

Funktionen von Temperament und Persönlichkeit	Reduzierte psychische Stabilität, nachlassende Zuverlässigkeit, reduziertes Selbstvertrauen
Funktionen der psychischen Energie und des Antriebs	Appetitstörungen, Antriebsstörungen, reduzierte Impulskontrolle, reduziertes Durchhaltevermögen, Motivationsschwierigkeiten
Funktionen der Aufmerksamkeit	Reduktion von Daueraufmerksamkeit, geteilter Aufmerksamkeit und Konzentrationsfähigkeit (vor allem bei ausgeprägter Anorexia nervosa)
Funktionen des Gedächtnisses	Reduzierte Gedächtnisfunktionen (ausgeprägte Anorexia nervosa)
Psychomotorische Funktionen	psychomotorische Unruhezustände; herabgesetzte Reaktionsgeschwindigkeit (ausgeprägte Anorexia nervosa)
Emotionale Funktionen	Ängste und depressive Verstimmung, mangelnde Affektkontrolle und -modulation, Affektverarmung
Funktionen des Denkens	Einengung der Denkinhalte; herabgesetztes Denktempo (vor allem bei ausgeprägter Anorexia nervosa)
Höhere kognitive Funktionen	Reduzierte exekutive Funktionen, betreffend Abstraktionsvermögen, Handlungsplanung und Organisation, Zeitmanagement, Flexibilität, Urteils- und Problemlösevermögen, Informationsverarbeitung (vor allem bei ausgeprägter Anorexia nervosa)
Die Selbstwahrnehmung und die Zeitwahrnehmung betreffende Funktionen	Körperschemastörung (Anorexia nervosa, Bulimia nervosa)
Funktionen des kardiovaskulären Systems	Bradykardie, Arterielle Hypotonie (ausgeprägte Anorexia nervosa); Arterielle Hypertonie (Folgeerkrankung bei Adipositas per magna)
Funktionen des Immunsystems	Überschießende Immunantwort (Asthma bronchiale + F54, Urticaria + F54)
Funktionen des Atmungssystems	Atemnotanfälle, eingeschränkte Vitalkapazität (Asthma bronchiale + F54); herabgesetzte kardiorespiratorische Belastbarkeit (Asthma bronchiale + F54, Adipositas per magna, ausgeprägte Anorexia nervosa)
Funktionen im Zusammenhang mit dem Verdauungssystem	Erbrechen, Zahnschäden (Anorexia nervosa, Bulimia nervosa); Durchfälle (Anorexia nervosa, Bulimia nervosa, Colitis ulcerosa + F54); Bauchkrämpfe (Colitis ulcerosa + F54); Untergewicht (Anorexia nervosa, gegebenenfalls Colitis ulcerosa + F54); Übergewicht (Binge Eating Disorder, Adipositas)
Funktionen im Zusammenhang mit dem Stoffwechsel- und dem endokrinen System	Verringerter Grundumsatz, Störungen auf der Hypothalamus-Hypophysen-Gonaden-Achse, Osteoporose (Anorexia nervosa); Elektrolytstörungen (Anorexia nervosa, Bulimia nervosa); Metabolisches Syndrom (Bulimia nervosa, Binge Eating Disorder, Adipositas)
Genital- und reproduktive Funktionen	Amenorrhoe (Anorexia nervosa)
Funktionen der Gelenke und Knochen	Reduzierte Gelenkbeweglichkeit, Arthrose (Binge Eating Disorder, Adipositas)
Funktionen der Muskeln	Reduzierte Muskelkraft (Anorexia nervosa, Bulimia nervosa); reduzierte Muskelausdauer (Anorexia nervosa, Bulimia nervosa, Binge Eating Disorder, Adipositas)
Funktionen der Haut	Trockene, rissige Haut (Anorexia nervosa)

Beeinträchtigungen von Aktivitäten und Teilhabe können sich bei Essstörungen und bei psychologischen Faktoren und Verhaltensfaktoren bei anderenorts klassifizierten Krankheiten beispielsweise in den folgenden Bereichen manifestieren:

Tab. 20: Beeinträchtigungen bei Essstörungen und bei psychologischen Faktoren und Verhaltensfaktoren bei anderenorts klassifizierten Krankheiten

Lernen und Wissensanwendung	Beeinträchtigung, Neues zu lernen, Probleme zu lösen, Wissen anzuwenden, mangelnde Aufmerksamkeitsfokussierung (vor allem bei Anorexia nervosa, Bulimia nervosa)
Allgemeine Aufgaben und Anforderungen	Beeinträchtigung, einfache oder komplexe (Mehrfach-)Aufgaben auszuführen, mit Stress oder Krisensituationen umzugehen
Kommunikation	Beeinträchtigung, sich angemessen mitzuteilen, sich zielgerichtet und auf den jeweiligen Gesprächspartner bezogen zu unterhalten, zu diskutieren (vor allem bei ausgeprägter Anorexia nervosa, Bulimia nervosa)
Selbstversorgung	Beeinträchtigung der Körperpflege (vor allem bei ausgeprägter Anorexia nervosa); Beeinträchtigung der Sorge für Ernährung und Gesundheit (Anorexia nervosa, Bulimia nervosa, Binge Eating Disorder, Adipositas)
Häusliches Leben	Beeinträchtigung, die täglichen Einkäufe zu erledigen, Mahlzeiten zuzubereiten (Anorexia nervosa, Bulimia nervosa, Binge Eating Disorder, Adipositas)
Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen	Beeinträchtigung, soziale Beziehungen aufzubauen und aufrecht zu erhalten, Kontakte aufzunehmen
Bedeutende Lebensbereiche	Beeinträchtigung, erwerbstätig und wirtschaftlich eigenständig zu sein
Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben	Beeinträchtigung, sich an Freizeit- und Erholungsaktivitäten zu beteiligen, Freunde und Verwandte zu besuchen, sich Vereinen und Gruppen anzuschließen
Mobilität	Beeinträchtigung bei der Fortbewegung, beim Tragen, Bewegen und Handhaben von Gegenständen (Binge Eating Disorder, Adipositas per magna)

8.5.3 Krankheitsspezifische Sachaufklärung

Die Diagnostik bei Essstörungen und bei psychologischen Faktoren und Verhaltensfaktoren bei anderenorts klassifizierten Krankheiten umfasst einerseits die Erhebung einer ausführlichen störungsorientierten Anamnese sowie des psychischen Befundes und andererseits die Klärung der teilweise gravierenden und das Krankheitsbild dominierenden somatomedizinischen Anteile beziehungsweise Folgeerscheinungen der jeweiligen Störung. Der psychische Befund kann – gerade bei den häufig zur Dissimulation neigenden Probanden mit einer Essstörung – zunächst unauffällig erscheinen. Es erfordert große gutachterliche Erfahrung, um durch gezielte und zugleich behutsame Exploration die vorhandenen dysfunktionalen Denkmuster, überwertigen Ideen, eine Körperschemastörung sowie Scham- und Schuldgefühle zu erfassen. Die differenzialdiagnostische Abgrenzung von Essstörungen gegenüber primär organischen Krankheiten (zum Beispiel Diabetes mellitus, Karzinom), die mit einem erhöhten oder erniedrigten Körpergewicht einhergehen, ist von großer therapeutischer und prognostischer Relevanz. Bei den psychologischen Faktoren und Verhaltensfaktoren bei anderenorts klassifizierten Krankheiten besteht wiederum meist nur eine relativ diskrete psychische Symptomatik, die bei oberflächlicher Befragung leicht übersehen werden kann. Testpsychologische Verfahren können hier unter Umständen die klinisch-psychiatrische Diagnostik sinnvoll ergänzen. Die Erhebung des körperlichen Untersuchungsbefundes muss bei den in diesem Abschnitt beschriebenen Störungen umfangreicher ausfallen, da die Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben oft maßgeblich durch die somatische Komorbidität bestimmt wird.

8.5.4 Beurteilung des Leistungsvermögens

Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren können sich abhängig von Symptomatik, Ausprägung und Verlauf, Fähigkeit zur Krankheitsbewältigung und sozialem Kontext auf eine, mehrere oder alle der unter 5.3.5 genannten erwerbsrelevanten Fähigkeiten auswirken. Die häufiger bestehenden qualitativen Einschränkungen des Leistungsvermögens können unter günstigen Rahmenbedingungen (konsequente Behandlung, intaktes soziales Umfeld) meist gut kompensiert werden und führen nicht zu einer erheblichen Gefährdung der Erwerbsfähigkeit. Wenn quantitative Einbußen der Leistungsfähigkeit bei Essstörungen und psychologischen Faktoren und Verhaltensfaktoren bei anderenorts klassifizierten Krankheiten vorliegen, sind diese ganz überwiegend auf die körperliche Symptomatik beziehungsweise auf eine körperliche oder psychische Komorbidität zurückzuführen. Auch bei Versicherten mit Essstörungen muss eine frühzeitige und konsequente kurative Behandlung angestrebt werden, um eine Chronifizierung und körperliche wie auch psychische Folgeerkrankungen zu vermeiden. Leider begeben sich viele Betroffene beispielsweise aufgrund von Schamgefühlen oder von Ängsten vor der Aufgabe der ausschließlichen Eigenkontrolle des (niedrigen) Körpergewichtes jedoch erst in Behandlung, wenn dies unumgänglich geworden ist oder wenn sie von Außenstehenden dazu gedrängt werden.

Das **positive Leistungsvermögen** beschreibt die zumutbaren qualitativen und quantitativen Leistungsmerkmale hinsichtlich Arbeitsschwere, Arbeitshaltung und Arbeitsorganisation. Wenn hier im Einzelfall bei Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren Beeinträchtigungen festzustellen sind, so sind diese primär auf gravierende körperliche Funktionseinbußen zurückzuführen, beispielsweise auf Arthrosen infolge massiven Übergewichts oder auf eine anhaltende körperliche Schwäche im Rahmen einer Anorexie. Eine psychische Komorbidität (zum Beispiel eine schwere Persönlichkeitsstörung, Depression) kann im Einzelfall dazu führen, dass beispielsweise hinsichtlich der Arbeitsorganisation Einschränkungen bestehen.

Das **negative Leistungsvermögen** wird bei Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren durch die Gegebenheiten des Einzelfalls (Schweregrad, Verlauf, Chronifizierung) bestimmt. Negative Kontextfaktoren wie ein emotional belastendes Betriebsklima und fehlende soziale Unterstützung können zur Chronifizierung beitragen. Bei ungünstigem Verlauf können insbesondere die folgenden erwerbsrelevanten Tätigkeiten/Tätigkeitsmerkmale – einzeln oder in Kombination – beeinträchtigt sein:

- besondere Anforderungen an geistige und psychische Belastbarkeit:
 - Konzentrations- und Reaktionsvermögen
 - Umstellungs- und Anpassungsvermögen
 - Verantwortung für Personen und Maschinen, Überwachung und Steuerung komplexer Arbeitsvorgänge
- pädagogische/soziale/therapeutische Tätigkeiten
- vorwiegend Publikumsverkehr
- besonderer Zeitdruck
- Tätigkeiten, die aufgrund inhaltlicher Anforderungen (zum Beispiel ständige strenge Gewichtskontrolle in der Modebranche, ständiger berufsbedingter Umgang mit Nahrungsmitteln) zu einer Persistenz oder Verschlimmerung der Symptomatik führen

Die bei den in diesem Kapitel beschriebenen Störungs- und Beschwerdebildern vorhandene allgemeine psychische Minderbelastbarkeit manifestiert sich unter anderem in einer verminderten Fähigkeit zum Umgang mit außergewöhnlichen, schwierigen oder konflikthaften Situationen. Das Ausmaß der psychischen

Minderbelastbarkeit hat für die Einschätzung des Leistungsvermögens sowohl in der letzten beruflichen Tätigkeit („Bezugsberuf“) als auch für eine eventuell angestrebte berufliche Alternative eine wesentliche Bedeutung.

8.5.4.1 Anorexia nervosa, Bulimia nervosa

Bei Vorliegen einer Anorexia nervosa oder Bulimia nervosa ergeben sich besondere Schwierigkeiten in der sozialmedizinischen Beurteilung der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben durch den Umstand, dass die Betroffenen in ihrer Selbstwahrnehmung keineswegs leistungsgemindert sind, und es besteht häufig eine ausgesprochen starke Leistungsorientierung. Zudem existieren bei vielen Betroffenen Ängste vor der möglichen Feststellung einer Behandlungsbedürftigkeit, da eine Behandlung für sie mit einem Verlust an „Stärke“ und mit einer teilweisen Abgabe von Kontrolle und Autonomie verbunden wäre. Die gutachterliche Beurteilung der Leistungsfähigkeit insbesondere von Anorexie-Betroffenen kann sich aus diesen Gründen nicht allein auf diesbezügliche Angaben der Probanden und die mögliche Demonstration von (kurzfristiger) Leistungsfähigkeit in der Gutachtersituation stützen, sondern muss den gesamten biopsychosozialen Kontext berücksichtigen, einschließlich der gezielten Diagnostik der bei Essstörungen zu erwartenden körperlichen und psychischen Veränderungen, gegebenenfalls unterstützt durch Testpsychologie.

Bei einer Anorexia nervosa oder Bulimia nervosa ist die Fähigkeit zur angemessenen Gestaltung von Sozialkontakten oft beeinträchtigt, soziale Situationen und Beziehungen werden nicht realistisch eingeschätzt. Die daraus folgende situationsinadäquate Affektresonanz stellt ein erhebliches Konfliktpotenzial dar. Die Beziehungen in Familie, Partnerschaft und Freundeskreis werden oft funktionell ausgestaltet. Die zwischenmenschlichen Interaktionen sind häufig durch einen Wechsel zwischen pseudo-angepasstem Verhalten und rücksichtsloser Abgrenzung charakterisiert. Im Berufsleben erscheinen die Betroffenen trotz der teilweise erheblichen psychischen und körperlichen Symptomatik unter günstigen Rahmenbedingungen oft noch erstaunlich leistungsfähig. Viele der Betroffenen sind angesichts eines oft übermäßigen beruflichen Ehrgeizes und hoher Leistungsbereitschaft zunächst nicht offensichtlich in ihrer Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben beeinträchtigt. Qualitative Einbußen des Leistungsvermögens (zum Beispiel hinsichtlich allgemeiner psychischer Belastbarkeit, Fähigkeit zur Teamarbeit, Daueraufmerksamkeit) sind allerdings nicht selten.

Bei längerem Krankheitsverlauf sind somatische Komplikationen zu erwarten, die auch das quantitative Leistungsvermögen beeinträchtigen können. Insgesamt ist die Anorexia nervosa aufgrund der gravierenderen somatischen Komplikationen und Folgeerkrankungen bezüglich des langfristigen Leistungsvermögens als prognostisch ungünstiger anzusehen als die Bulimia nervosa. Lang andauernde Mangel- beziehungsweise Fehlernährung kann insbesondere bei der Anorexia nervosa zu hirnmorphologischen Veränderungen mit entsprechenden Funktionsstörungen und psychopathologischen Auffälligkeiten führen, wodurch ebenfalls eine erhebliche Beeinträchtigung des qualitativen und quantitativen Leistungsvermögens resultieren kann, oft ohne dass die Betroffenen dies selbst registrieren. Aber auch psychoreaktive Aspekte bei Essstörungen wie depressive Anpassungsstörungen und sozialer Rückzug können zu einer Beeinträchtigung des Leistungsvermögens beitragen.

Medizinische Rehabilitation: Anhaltende Einbußen der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben – bei Anorexia und Bulimia nervosa vor allem bedingt durch somatische Komplikationen und psychische Komorbidität – können Rehabilitationsbedürftigkeit begründen. Allerdings können eine erheblich reduzierte körperliche und psychische Verfassung sowie die krankheitsbedingt oft fehlende

Therapiemotivation die Rehabilitationsfähigkeit aufheben. Beide Essstörungen bedürfen je nach Gewichtszustand, körperlichen Komplikationen, Compliance und Krankheitsbewältigung häufig primär einer stationären Krankenhausbehandlung. Der Versuch, den Betroffenen eine notwendige Akutbehandlung in einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Fachabteilung durch die Beantragung einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation zu ersparen, widerspricht der Akuität der Erkrankung, konterkariert die rehabilitative Zielsetzung und führt zu Überforderung, Frustrationserlebnissen und weiterer Dekompensation. Sofern Rehabilitationsbedürftigkeit und -fähigkeit sowie eine positive Rehabilitationsprognose und ausreichende Motivation für eine Rehabilitation gegeben sind, ist häufig das stationäre Setting – in einer Einrichtung mit einem essstörungsspezifischen, verhaltenstherapeutisch orientierten Konzept – besonders geeignet. In Anbetracht störungsimmanent häufiger Ambivalenzen bezüglich der Behandlung kann im Einzelfall ein Vorgespräch in der Rehabilitationseinrichtung für die Betroffenen sinnvoll sein, um das therapeutische Konzept zu erläutern und Schwellenängste abzubauen. In jedem Falle sollte für die Zeit nach einer erfolgreich abgeschlossenen Rehabilitation ein Nachsorgekonzept beziehungsweise eine langfristige Behandlungsstrategie entworfen werden, die auch den Besuch einer Selbsthilfegruppe beinhalten kann.

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben: Ein hohes Leistungsideal in Verbindung mit fehlendem Krankheitsgefühl führt bei vielen Betroffenen dazu, dass die Teilhabe im Berufsleben zunächst nicht gravierend gestört ist. In bestimmten Berufsfeldern (zum Beispiel in der Mode- und Werbebranche, in Berufen im Sport- und Fitnessbereich, in Tanz- und Theaterberufen) bleiben erkrankte Personen oft lange Zeit gut integriert. Bei länger andauernder anorektischer Entwicklung kann die Teilhabe am beruflichen Leben jedoch aufgrund körperlicher und mental-kognitiver Einschränkungen beeinträchtigt sein. Sofern in Einzelfällen der Verbleib in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit trotz Unterstützung durch medizinische Rehabilitationsleistungen nicht möglich ist, können auch Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben in Frage kommen. In bestimmten Berufsbildern, in denen beispielsweise aufgrund organisatorischer Abläufe oder extremer Anforderungen an das Aussehen („Schlankheitswahn“ in der Modebranche) das Umsetzen eines regelmäßigen Essverhaltens nicht möglich ist oder in denen das Probieren von Nahrungsmitteln erforderlich beziehungsweise Nahrungsmittel (zum Beispiel in der Gastronomie) stets griffbereit sind, können wiedererlernte „normale“ Essverhaltensmuster nicht immer dauerhaft umgesetzt werden, so dass hier im Einzelfall die Indikation für einen Tätigkeits- oder Berufswechsel über Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben bestehen kann.

8.5.4.2 Binge Eating Disorder

Die sozialmedizinische Bedeutung der Binge Eating Disorder ist geringer als die der beiden anderen beschriebenen Essstörungen und ergibt sich eher aus langfristig möglicher somatischer und/oder psychischer Komorbidität. 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.

Medizinische Rehabilitation: Rehabilitationsbedürftigkeit kann sich in Einzelfällen aufgrund einer somatischen und/oder psychischen Komorbidität ergeben. Rehabilitationseinrichtungen mit einem verhaltenstherapeutischen beziehungsweise verhaltenstherapeutischen Konzept erscheinen besonders geeignet. Die Settingwahl richtet sich nach den individuellen Beeinträchtigungen, im Allgemeinen dürfte bei Personen mit Binge Eating Disorder auch eine ganztägig ambulante Rehabilitation erfolversprechend sein.

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben: In seltenen Fällen kann eine somatische und/oder psychische Komorbidität bei Personen mit Binge Eating Disorder dazu führen, dass die letzte berufliche Tätigkeit nicht mehr ausgeübt werden kann. Vorrangig ist hier zu prüfen, ob der Verbleib beim bisherigen Arbeitgeber oder im bisherigen Berufsfeld durch Anpassungen am Arbeitsplatz erzielt werden kann.

8.5.4.3 Adipositas

Eine extreme Adipositas kann zu Einschränkungen in der allgemeinen Beweglichkeit und in der Fähigkeit führen, bestimmte Alltagsgegenstände zu benutzen. Die Gehfähigkeit kann durch degenerative Folgeerscheinungen am Bewegungsapparat eingeschränkt sein. Gravierender sind jedoch meist die Auswirkungen einer lange bestehenden extremen Adipositas auf diverse Organ- beziehungsweise Stoffwechselfunktionen („Metabolisches Syndrom“), psychisches Befinden und soziale Integration, wodurch die Alltagsaktivitäten und die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft und am Erwerbsleben beeinträchtigt werden. In diesen Fällen ist zu prüfen, ob bereits eine Minderung des qualitativen und quantitativen Leistungsvermögens vorliegt.

Medizinische Rehabilitation: Eine Adipositas ohne erhebliche Funktionsbeeinträchtigungen aufgrund von Folgeerscheinungen, Komplikationen oder Komorbidität bedingt in der Regel keine Rehabilitationsbedürftigkeit. Daher besteht nur im Einzelfall die Notwendigkeit einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation, die auch psychosomatische Aspekte berücksichtigen sollte. Vorwiegend oder ausschließlich auf die Gewichtsreduktion ausgerichtete Maßnahmen sind nicht sinnvoll, da von diesen keine Nachhaltigkeit erwartet werden kann; dazu bedarf es eines multimodalen Rehabilitationskonzeptes unter Einschluss verhaltenspsychotherapeutischer Methoden sowie der Organisation einer entsprechenden Weiterbehandlung beziehungsweise Nachsorge.

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben: Die Notwendigkeit einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben resultiert ebenfalls in der Regel nicht aus der Adipositas selbst, sondern aus den Folgeerkrankungen und Komorbiditäten, sofern diese mit der zuletzt ausgeübten Tätigkeit ungünstig interferieren, zum Beispiel mit einer Tätigkeit als Koch.

8.5.4.4 Psychologische Faktoren und Verhaltensfaktoren bei anderenorts klassifizierten Krankheiten

Aktivitäten und Teilhabe im familiären, beruflichen und sozialen Bereich können durch die Kombination aus körperlicher Symptomatik und unspezifischen psychischen Beschwerden in unterschiedlichem Ausmaß beeinträchtigt sein, wobei das Leistungsvermögen am ehesten durch die körperlichen Funktionseinbußen beeinträchtigt wird. Je nach Ausprägung der körperlichen Symptomatik kann die Notwendigkeit für eine ambulante haus- oder fachärztliche Behandlung oder eine stationäre Krankenhausbehandlung bestehen und gegebenenfalls Arbeitsunfähigkeit resultieren. Bei längerfristigem chronischem Verlauf kann im Einzelfall die Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben erheblich gefährdet sein, so dass Rehabilitationsbedürftigkeit abgeleitet werden kann. Die Rehabilitation sollte in einer somatisch ausgerichteten Einrichtung mit psychotherapeutischer Kompetenz stattfinden. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben kommen in Einzelfällen ebenfalls primär in Abhängigkeit von Dauer, Verlauf und Prognose der körperlichen Symptomatik in Betracht.

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

In den Statistiken der Rentenversicherung zu Erwerbsminderungsrenten und Leistungen zur Teilhabe wegen psychischer Störungen spielen Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen zahlenmäßig eine untergeordnete Rolle; etwa 6,8 % der Erwerbsminderungsrenten und nur etwa 3,4 % der stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation wegen psychischer Störungen (ohne Abhängigkeitserkrankungen) gingen im Jahr 2010 auf Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen als Erstdiagnose zurück. Allerdings dürfte die sozialmedizinische Bedeutung der Persönlichkeitsstörungen bei Einbeziehung auch der Zweit- und Drittdiagnosen erheblich sein, denn auf dem Boden einer Persönlichkeitsstörung entwickeln sich nicht selten weitere psychische Störungen wie beispielsweise Depressionen oder Abhängigkeitserkrankungen, die das klinische Bild dominieren und zu einer Unterschätzung der Beeinträchtigung durch die Persönlichkeitsstörung führen können. Da die spezifischen und kombinierten Persönlichkeitsstörungen sowie die abnormen Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle (zum Beispiel pathologisches Spielen, F63.0) innerhalb der Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen eine quantitativ bedeutendere Rolle spielen, konzentrieren sich die folgenden Ausführungen auf diese beiden Diagnosegruppen. Trotz der noch nicht abschließend getroffenen diagnostischen Zuordnung der Verhaltensstörungen durch intensiven Gebrauch von PC und Internet zu den Impulskontrollstörungen, den Persönlichkeitsstörungen oder den Abhängigkeitserkrankungen wird im Abschnitt über die abnormen Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle (8.6.1.2) auch auf diese Störung eingegangen.

8.6.1 Einzelne Störungsbilder

8.6.1.1 Spezifische und kombinierte Persönlichkeitsstörungen (F60, F61)

Unter dem Begriff der Persönlichkeit versteht man zeitlich überdauernde Eigenschaften und Verhaltensweisen eines Menschen, die ihm seine charakteristische unverwechselbare Individualität verleihen. Das Spektrum persönlicher Eigenschaften und Verhaltensweisen ist sehr breit und unterliegt gesellschaftlichen sowie kulturellen Normen und Bewertungen.

Unter Persönlichkeitsstörungen werden zeitstabile und typische Erlebens- und Verhaltensmuster einzelner Personen verstanden, die insgesamt deutlich von den soziokulturell verankerten Normen abweichen und Leidensdruck beim Betroffenen hervorrufen und/oder nachteiligen Einfluss auf die soziale Umwelt ausüben. In Kapitel V der ICD-10 und im DSM-IV werden als allgemeines Merkmal von Persönlichkeitsstörungen tief verwurzelte und anhaltende Verhaltensmuster genannt, die sich in starren, unflexiblen Reaktionen auf unterschiedliche persönliche und soziale Lebenslagen zeigen. Gegenüber der Mehrheit der Bevölkerung finden sich bei den Betroffenen deutliche Abweichungen im Wahrnehmen, Denken und Fühlen sowie in der Gestaltung von Beziehungen zu anderen Menschen. Aufgrund der starken Betonung der soziokulturellen Normabweichung als diagnostisches Kriterium sind Validität und Reliabilität der Konstrukte zu Persönlichkeitsstörungen vergleichsweise niedrig; die Grenze zu lediglich als auffällig oder störend empfundenem Verhalten, das noch nicht als pathologisch bezeichnet werden würde, ist fließend. Sowohl Alltagserfahrungen als auch klinische Beobachtungen lassen jedoch die Existenz von Persönlichkeitsstörungen unzweifelhaft erscheinen, wenn die betroffenen Personen aufgrund ihrer starren Erlebens- und Verhaltensmuster in einem solchen Ausmaß mit ihrer sozialen Umgebung in Konflikt geraten, dass der Krankheitscharakter bei Anlegen eines psychosozialen Krankheitsbegriffs offensichtlich ist. Eng verbunden mit der diagnostisch-definitiven Problematik ist die Schwierigkeit, zuverlässige Prävalenzraten für Persönlichkeitsstörungen zu ermitteln; diese werden je nach Studie mit 5 bis zu 18 % angegeben. Am häufigsten wurden dabei zwanghafte und abhängige Persönlichkeitsstörungen gefunden. Frauen sollen etwas häufiger als Männer betroffen sein.

Definitionsgemäß beginnen Persönlichkeitsstörungen in der späten Kindheit oder Adoleszenz und bestehen im Erwachsenenalter fort. Abzugrenzen sind Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen in Folge von Hirnerkrankungen (F07) oder psychischen Störungen (F20.5) sowie andauernde Persönlichkeitsänderungen – beispielsweise nach Extrembelastung (F62.0) oder nach psychischer Krankheit (F62.1) – die unabhängig davon im Erwachsenenalter erworben werden.

Bei der Operationalisierung von Persönlichkeitsstörungen werden dimensionale Modelle (zum Beispiel das „Big-Five-Modell“) von kategorialen Modellen mit der Definition abgegrenzter Typen unterschieden. Das diagnostische und statistische Manual (DSM) der American Psychiatric Association (APA) integriert dimensionale und kategoriale Konzepte zu Prototypen, an denen sich die ICD-10 orientiert hat. Derzeit wird noch in den Expertenkreisen diskutiert, welche konkreten Definitionen und Operationalisierungen von Persönlichkeitsstörungen im DSM-V enthalten sein sollen. Die Veröffentlichung des DSM-V ist von der APA für Mai 2013 angekündigt worden.

Aufgrund der jeweils am stärksten hervorstechenden oder häufigsten Erlebens- und Verhaltensmuster erfolgt eine deskriptive Einteilung der Persönlichkeitsstörungen. Demnach unterscheidet man zwischen paranoider (F60.0), schizoide (F60.1), dissozialer (F60.2), emotional-instabiler (F60.3), histrionischer (F60.4), anankastischer (zwanghafter) (F60.5), ängstlicher (vermeidender) (F60.6), und abhängiger (F60.7) Persönlichkeitsstörung. Wenn keine der vorgenannten diagnostischen Rubriken zutrifft, jedoch das klinische Bild die allgemeinen Kriterien für eine Persönlichkeitsstörung erfüllt, sollte die Kodierung F60.8 für andere spezifische Persönlichkeitsstörungen gewählt werden (zum Beispiel bei narzisstischen oder passiv-aggressiven Persönlichkeitsstörungen). Persönlichkeitsstörungen liegen oft in kombinierter Form vor (F61.0) und weisen dann Merkmale verschiedener Störungen der Kategorie F60 auf.

Im DSM-IV werden die Persönlichkeitsstörungen in drei verschiedene Cluster (Cluster A, B, C) entsprechend ihren unterschiedlichen Eigenschaften eingeteilt (siehe Tabellen 21–23).

Tab. 21: Cluster A-Persönlichkeitsstörungen

Eigenschaften: „sonderbar, exzentrisch, misstrauisch, verschlossen“

Diagnose	DSM-IV	ICD-10
Paranoide Persönlichkeitsstörung	301.00	F60.0
Schizoide Persönlichkeitsstörung	301.20	F60.1
Schizotypische Persönlichkeitsstörung (s. 8.2.1.2)	301.22	F21

Tab. 22: Cluster B-Persönlichkeitsstörungen

Eigenschaften: „dramatisch, emotional, launisch, impulsiv“

Diagnose	DSM-IV	ICD-10
Anti-/Dissoziale Persönlichkeitsstörung	301.7	F60.2
Borderline-Persönlichkeitsstörung	301.83	F60.31
Histrionische Persönlichkeitsstörung	301.50	F60.4
Narzisstische Persönlichkeitsstörung	301.81	F60.80

Tab. 23: Cluster C-Persönlichkeitsstörungen

Eigenschaften: „ängstlich, furchtsam, verletzlich, pedantisch“

Diagnose	DSM-IV	ICD-10
Ängstliche (vermeidende) Persönlichkeitsstörung	301.82	F60.6
Dependente / Abhängige Persönlichkeitsstörung	301.6	F60.7
Anankastische (zwanghafte) Persönlichkeitsstörung	301.4	F60.5

Paranoide Persönlichkeitsstörung

Neben den beschriebenen allgemeinen Kriterien finden sich hier zusätzlich eine übertriebene Empfindlichkeit auf Rückschläge und Zurückweisung, Neigung zu dauerhaftem Groll, ungerechtfertigtes Misstrauen und eine anhaltende Tendenz, Erlebtes zu verdrehen und als feindselig zu missdeuten sowie streitsüchtiges und beharrliches, situationsunangemessenes Bestehen auf eigenen Rechten. Außerdem besteht eine häufige Beschäftigung mit Gedanken an Verschwörungen als Erklärung für Ereignisse in der näheren Umgebung oder der Welt im Allgemeinen.

Schizoide Persönlichkeitsstörung

Diese zeichnet sich durch ein Unvermögen zum Erleben von Freude aus. Typisch sind zudem emotionale Kühle, Distanziertheit, Mangel an engen, vertrauensvollen Beziehungen und an dem Gespür für geltende soziale Normen und Konventionen, so dass exzentrische Verhaltensweisen resultieren.

Dissoziale Persönlichkeitsstörung

Charakteristisch sind hier eine grobe und dauerhafte Verantwortungslosigkeit und Missachtung sozialer Normen, Regeln und Verpflichtungen, das Unvermögen zur Aufrechterhaltung dauerhafter Beziehungen ohne Schwierigkeiten, solche einzugehen und eine geringe Frustrationstoleranz mit niedriger Schwelle für aggressives bis gewalttätiges Verhalten mit einem Mangel an Schuldbewusstsein.

Emotional instabile Persönlichkeitsstörungen

Sie lassen eine deutliche Tendenz erkennen, Impulse und Verhalten ohne Berücksichtigung von Konsequenzen auszuagieren, verbunden mit unvorhersehbarer und wechselnder Stimmung. Beim impulsiven Typ besteht eine deutliche Tendenz zu Streitereien und Konflikten, Neigung zu Wutausbrüchen und explosivem Verhalten, vor allem bei Kritik durch Andere. Beim Borderline-Typ sind das eigene Selbstbild, Ziele und „innere Präferenzen“ unklar und gestört. Anhaltende Gefühle von Leere, selbstschädigendes Verhalten (zum Beispiel wiederholte Hautverletzungen durch „Ritzen“ mit Messern, Glasscherben) und Suizidtendenzen finden sich sehr häufig. Die Beziehungen zu anderen Menschen sind oft von extremen Schwankungen zwischen Idealisierung und Entwertung geprägt.

Histrionische Persönlichkeitsstörung

Sie ist durch eine oberflächliche, labile Affektivität, Neigung zur Dramatisierung, einen theatralisch übertriebenen Ausdruck von Gefühlen, erhöhte Suggestibilität, Egozentrik und Mangel an Rücksichtnahme, verstärkte Kränkbarkeit und ein andauerndes Verlangen nach Anerkennung, Aufmerksamkeit und Bewunderung („im Mittelpunkt stehen“) gekennzeichnet. Die eigene körperliche Attraktivität spielt eine große Rolle.

Anankastische Persönlichkeitsstörung

Charakteristisch sind übermäßige Zweifel und Vorsicht, übergroße Gewissenhaftigkeit und Leistungsbezogenheit unter Vernachlässigung von Vergnügen und zwischenmenschlichen Beziehungen, Perfektionismus, Bedürfnis nach ständiger Kontrolle, Pedanterie, Konventionalität, Rigidität und Eigensinn.

Ängstliche Persönlichkeitsstörung

Gefühle von Anspannung und Besorgtheit, eine Überzeugung, selbst sozial unbeholfen, unattraktiv und minderwertig im Vergleich mit anderen zu sein sowie eine Überempfindlichkeit oder Furcht gegenüber Zurückweisungen und Kritik mit resultierender eingeschränkter Beziehungsfähigkeit sind für diese Persönlichkeitsstörung typisch.

Abhängige Persönlichkeitsstörung

Personen mit dieser Persönlichkeitsstörung verlassen sich bei kleineren und größeren Lebensentscheidungen passiv auf andere Menschen. Sie haben große Trennungsangst, Gefühle von Hilflosigkeit und Inkompetenz, eine Neigung, sich den Wünschen anderer unterzuordnen und sich den Anforderungen des täglichen Lebens alleine nicht gewachsen zu fühlen.

Die Intensität der einzelnen Symptome, des Leidens und der Konflikte kann sich bei Persönlichkeitsstörungen unter dem Einfluss verschiedener Kontextfaktoren ändern, beispielsweise durch soziale Beziehungen, aber auch durch den erlernten Umgang mit den Symptomen oder mit spezifischen Belastungssituationen. Im persönlichen, sozialen und beruflichen Bereich ist primär oft eher das Umfeld belastet, ein subjektiver Leidensdruck bei den Betroffenen selber resultiert häufig erst aus wiederholten und anhaltenden sozialen Konflikten oder einer psychischen Komorbidität. Die Prognose wird durch die Ausprägung der Persönlichkeitsstörung selbst, aber auch durch das häufige Hinzutreten anderer psychischer Störungen und Symptome erheblich beeinflusst, wie Substanzmissbrauch, depressive Episoden, Angst- oder Zwangsstörungen und produktiv-psychotische Phänomene oder Episoden. Vor allem bei der emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung kommen Suizidversuche beziehungsweise impulsive Selbstverletzungen gehäuft vor. Suizide sind bei Persönlichkeitsstörungen insgesamt häufiger als in der Normalbevölkerung, insbesondere bei zusätzlich bestehenden anderen psychischen Störungen.

Da bezüglich der Persönlichkeitsproblematik oft keine Krankheitseinsicht und kein ausreichender Leidensdruck bestehen, wird eine Behandlung der Persönlichkeitsstörung von den Betroffenen selbst meist nicht angestrebt. Eine medizinische Versorgung wird eher aufgrund anderer psychischer Symptomatik wie Depressivität, Angst, psychischer Krisen, Suizidalität oder Selbstverletzungen in Anspruch genommen.

Die erforderliche langfristige psychotherapeutische Behandlung zielt auf eine Verbesserung der psychosozialen Fertigkeiten, Differenzierung der sozialen Wahrnehmung und der emotionalen Ausdrucksmöglichkeiten, Erlernen adäquater Beziehungsgestaltung, Erweiterung von Interaktionsmöglichkeiten und Verbesserung der Affektregulation. Zur Anwendung kommen dabei sowohl verhaltenstherapeutische als auch psychodynamisch ausgerichtete Psychotherapieverfahren. Insbesondere bei der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung hat sich die dialektisch-behaviorale Therapie nach Linehan, eine Form der kognitiven Verhaltenstherapie, als wirksam erwiesen. Eine möglicherweise zumindest intermittierend notwendige psychopharmakologische Behandlung sollte symptomorientiert erfolgen (antidepressiv, sedierend, angstlösend). Details zur Diagnostik und Behandlung von Persönlichkeitsstörungen können der S2-Leitlinie „Persönlichkeitsstörungen“ der AWMF (AWMF-Leitlinien-Register Nr. 038/015) entnommen werden.

8.6.1.2 Abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle (F63)

In der Kategorie „abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle“ werden an anderer Stelle nicht klassifizierbare Verhaltensstörungen wie pathologisches Spielen, pathologische Brandstiftung, pathologisches Stehlen, Trichotillomanie (impulshaftes Haarausreißen) und andere abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle zusammengefasst. Kennzeichnend für diese Störungen sind wiederholte Handlungen, die ohne vernünftige Motivation ausgeführt werden, nicht kontrolliert werden können und die Interessen der betroffenen Person oder die anderer Menschen schädigen. Von diesen Störungen war für die Rentenversicherung bis vor kurzem lediglich das pathologische Spielen (F63.0) von nennenswerter Bedeutung.

Die diagnostische Zuordnung der exzessiven Nutzung moderner Technologien (zum Beispiel Mobiltelefon, Internet) zu dieser Kategorie wird in Fachkreisen diskutiert. Aufgrund der Zunahme dieser Problematik gerade bei jungen Menschen im erwerbsfähigen Alter ist zukünftig auch mit einem verstärkten Aufkommen in der sozialmedizinischen Begutachtung und in der Rehabilitation zu rechnen. Eine Verschlüsselung könnte nach ICD-10 unter F63.8 (Sonstige abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle) erfolgen.

Pathologisches Spielen

Das pathologische Spielen ist durch häufig wiederholtes episodenhaftes Glücksspiel charakterisiert, das die Lebensführung der Betroffenen beherrscht und zum Verfall der sozialen, beruflichen, materiellen und familiären Werte und Verpflichtungen führt. Die Betroffenen setzen trotz subjektiven Leidensdrucks, der eintretenden sozialen und beruflichen Folgen und erheblicher finanzieller Verluste das Spielen fort. Die Spielmöglichkeiten umfassen insbesondere Automatenspiele, in geringerem Umfang Roulette, Pferdewetten, Lotterien, Poker-Onlinespiele und Weitere. Dabei wird eher die Stimulation durch das Spiel angestrebt als der Geldgewinn. Nosologisch als Impulskontrollstörung eingeordnet, wird das pathologische Spielen jedoch zugleich als Abhängigkeitssyndrom operationalisiert. 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. Darüber hinaus sind differenzialdiagnostisch das exzessive Glücksspiel in manischen Episoden (F30.X) oder das Glücksspiel als Symptom einer anderen psychischen Erkrankung wie bei dissozialer Persönlichkeitsstörung (F60.2) oder als Symptom einer Zwangsstörung (F42.X) abzugrenzen.

Typologisch lassen sich nach dem Ergebnis einer Studie von Petry und Jahrreiss (1999) vier verschiedene Gruppen pathologischer Spieler differenzieren, siehe Tabelle 24. Zur Gruppe B gehören Betroffene, die Merkmale einer Persönlichkeitsstörung, insbesondere vom narzisstischen Typ, aufweisen. Für pathologische Spieler der Gruppe C sind Merkmale einer depressiv-neurotischen Störung oder einer Persönlichkeitsstörung vom selbstunsicher/vermeidenden Typ charakteristisch. Pathologische Spieler der Gruppe B besitzen größere Ähnlichkeit zu Menschen mit stoffgebundener Abhängigkeit, pathologische Spieler der Gruppe C haben mehr Gemeinsamkeiten mit Personen, die unter anderen psychischen/psychosomatischen Störungen leiden. Zusätzlich werden noch anhand der jeweiligen Komorbidität pathologische Spieler mit einer zusätzlichen stoffgebundenen Abhängigkeit (Gruppe A) und pathologische Spieler mit einer zusätzlichen psychischen Störung (Gruppe D) unterschieden. Diese Differenzierung ist sowohl prognostisch, als auch für die Auswahl des gegebenenfalls erforderlichen rehabilitativen Settings bedeutsam.

Tab. 24: Typisierung der pathologischen Spieler nach Petry und Jahrreiss (1999)

Gruppe A	Pathologische Spieler mit zusätzlicher stoffgebundener Abhängigkeit.
Gruppe B	Pathologische Spieler mit Merkmalen einer Persönlichkeitsstörung (insbesondere vom narzisstischen Typ).
Gruppe C	Pathologische Spieler mit Merkmalen einer depressiv-neurotischen Störung oder einer Persönlichkeitsstörung vom selbstunsicheren/vermeidenden Typ.
Gruppe D	Pathologische Spieler mit zusätzlicher psychischer Störung.

Die individuelle Psychopathologie kann vielfältig und komplex sein und zentrale psychische Funktionen betreffen, insbesondere die Affektivität und das Denken mit thematischer Einengung auf das Spiel. Kritikfähigkeit sowie die Planungs- und Steuerungsfähigkeit sind herabgesetzt. Es können Stimmungsschwankungen, eine herabgesetzte oder gehobene Stimmung oder auch Gefühle von emotionaler Leere vorliegen. Die Toleranz gegenüber negativen, dysphorischen Gefühlen und Stimmungen ist gering. Häufig bestehen – insbesondere beim Abstinenzversuch – starke Unruhe und Getriebenheit sowie eingeschränkte Stressregulationsmöglichkeiten.

Typisch für pathologische Spieler sind eine ausgeprägte Selbstwertproblematik und Beziehungsstörungen; so besteht in Beziehungen ein sehr großes Bedürfnis nach sozialer Anerkennung bei gleichzeitiger Vermeidung enger mitmenschlicher Kontakte. Soziale Kompetenzen sind oftmals defizitär und vorübergehende Krisen mit latenter oder manifester Suizidalität sind häufig.

Die Störung beginnt meist in der Adoleszenz. Vorwiegend sind Männer betroffen. Der Verlauf der Erkrankung ähnelt dem stoffgebundener Abhängigkeitserkrankungen. Es kann zu einer „Suchtdynamik“ mit Gewinn-, Verlust- und Verzweiflungsphase kommen, die die Betroffenen zunehmend auf ihr Spielverhalten einengt. In der Regel handelt es sich beim pathologischen Spielen um einen chronisch-kontinuierlichen Krankheitsverlauf. Verheimlichung des Problems sowie fehlende Krankheitseinsicht führen oft zu beruflichen, familiären und finanziellen Problemen, bevor ein Behandlungsversuch überhaupt begonnen wird. Die Prognose hängt entscheidend von der individuellen Abstinenz- und Veränderungsmotivation ab. Darüber hinaus spielen das Ausmaß der Störung, das Vorhandensein einer psychischen Komorbidität, der bisherige Verlauf inklusive bereits erfolgter Behandlungsversuche, der Grad der sozialen Desintegration, das Ausmaß der finanziellen Verschuldung, bisherige Arbeitsunfähigkeitszeiten sowie forensische Konsequenzen eine Rolle.

In die Behandlung sollten neben der hausärztlichen und psychiatrisch-psychotherapeutischen Diagnostik und Therapie frühzeitig Suchtberatungsstelle, Selbsthilfegruppe und Schuldnerberatung einbezogen werden. Bei krisenhaften Zuspitzungen sind ambulante oder stationäre akutenpsychiatrische Interventionen angezeigt.

Verhaltensstörungen durch intensiven Gebrauch von Computer und Internet

Bei Verhaltensstörungen durch intensiven Gebrauch von Computer und Internet handelt es sich um ein neues Krankheitsbild, das bisher nicht in ICD-10 oder DSM-IV beschrieben ist. Es betrifft – vorwiegend männliche – Jugendliche und Erwachsene in jüngerem oder mittlerem Alter. Auf wissenschaftlicher Ebene ist umstritten, ob es klassifikatorisch eher den stoffgebundenen Abhängigkeitserkrankungen, den Impulskontrollstörungen oder den Persönlichkeitsstörungen zuzuordnen ist. Nicht zuletzt aus der Problematik der Operationalisierung

resultieren stark schwankende Angaben zur Prävalenz, in internationalen Studien wird sie mit Zahlen zwischen 1,6 und 8,2% dokumentiert. Eine Verschlüsselung ist gegenwärtig möglich unter ICD-10: F63.8 (Sonstige abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle) oder F68.8 (Sonstige näher bezeichnete Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen).

Die Störung ist charakterisiert durch:

- exzessive Online-Aktivität
- überwertiges Immersionserleben (extreme Aufmerksamkeitsfokussierung auf die virtuelle Welt bei vernachlässigter Wahrnehmung der Realität), mit Wunsch nach sozialer Anerkennung durch virtuelle Partner
- erhöhte „Inkongruenz“ mit ausgeprägter Selbstwertstörung und vermindertem „Kohäsionsgefühl“
- sozialen Rückzug und Abbruch naher Beziehungen mit sozial-phobischen Vermeidungstendenzen
- reduzierte Handlungskontrolle mit eingeschränkter Medienkompetenz
- eine typische Konstellation negativer körperlicher, psychischer und sozialer Folgen
- eine hohe Komorbiditätsrate, insbesondere mit depressiven Störungen, Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitätssyndrom (ADHS), Angststörungen und Suchtverhalten

Nach Petry (2009) wird hinsichtlich der jeweils bevorzugten PC-/Internet-Aktivität unterschieden zwischen einem Gaming-, einem Chatting- und einem Surfingtyp. Folge dieser Verhaltensstörung ist die Vernachlässigung aller anderen Lebensbereiche, da gemäß zahlreichen Studien sehr viel Zeit – oft 30 Stunden pro Woche und mehr – im Internet verbracht wird. Einbußen entwickeln sich unter anderem hinsichtlich sozialer Kontakte und Pflichten, schulischer und beruflicher Anforderungen sowie bezüglich Ernährung, Körperhygiene und Mobilität. Beim Gaming-Typ kann die Teilnahme an mit bestimmten Gratifikationen beziehungsweise gezielten Spielanreizen verbundenen Internet-Rollenspielen zu einem weitgehenden Ersatz der realen Umwelt durch die virtuelle Welt führen. Hier können einerseits reale Alltagsschwierigkeiten und -frustrationen vergessen und andererseits Online-Kontakte geknüpft, Erfolge und Bestätigung erworben werden, die im realen Alltag fehlen. Anonymität bei gleichzeitiger Interaktivität sind zentrale Aspekte der Verhaltensstörungen durch intensiven Gebrauch von Computer und Internet. Oftmals sind suchartige Entwicklungen zu verzeichnen, so dass im Dienste der Affektregulierung zunehmend mehr Zeit am PC verbracht werden muss, ein Kontrollverlust eintritt und auf einen Entzug der Aktivität mit Reizbarkeit, Aggressivität und depressiver Stimmung reagiert wird. Das Problem wird von den Betroffenen selbst nicht als krankheitswertig wahrgenommen, und das Ausmaß der Online-Aktivitäten wird vor anderen möglichst verborgen oder verleugnet. Die Vergesellschaftung mit weiteren psychischen Störungen ist häufig, beispielsweise mit affektiven Störungen.

Zur Diagnostik werden Screeninginstrumente wie zum Beispiel der Kurzfragebogen zu Problemen beim Computergebrauch (KPC; Petry 2009) oder die Compulsive Internet Use Scale (CIUS; Meerkerk 2009) eingesetzt, die jedoch empirisch noch nicht ausreichend abgesichert sind und nur auf die Möglichkeit einer entsprechenden Erkrankung hinweisen können.

Eine wesentliche Problematik bei der Behandlung von Verhaltensstörungen durch intensiven Gebrauch von Computer und Internet stellt die weitgehende Unverzichtbarkeit der Computernutzung in Alltag, Schule, Ausbildung und Beruf dar; nicht die völlige Abstinenz ist daher das Ziel, sondern der Erwerb ausreichender Medienkompetenz, um die neuen Medien verantwortungsvoll und

kontrolliert nutzen zu können. Konkrete evidenzbasierte Therapieempfehlungen können derzeit mangels methodisch hochwertiger Studien nicht gegeben werden, jedoch erscheinen vor allem verhaltenstherapeutisch orientierte, gut strukturierte Interventionen geeignet. Die Vermittlung an eine (Sucht-) Beratungsstelle mit einem entsprechend spezifisch ausgerichteten Betreuungskonzept einschließlich Gruppenangeboten ist unbedingt anzuraten.

8.6.2 Krankheitsbezogene Aussagen zur ICF

Schädigungen der Körperstrukturen und -funktionen entsprechend der ICF können bei Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen beispielsweise in folgenden Bereichen vorliegen:

Tab. 25: Schädigungen bei Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen

Funktionen von Temperament und Persönlichkeit	Mangel an psychischer Stabilität, Umgänglichkeit, Zuverlässigkeit, Selbstvertrauen, Offenheit, Vertrauen
Funktionen der psychischen Energie und des Antriebs	Antriebsstörungen, reduzierte Impulskontrolle und Drang nach Suchtmitteln, reduziertes Durchhaltevermögen, Motivationsschwierigkeiten
Psychomotorische Funktionen	Psychomotorische Unruhezustände
Emotionale Funktionen	Anspannung, Ängste und depressive Verstimmung, mangelnde Affektkontrolle und -modulation, Affektverarmung, Reizbarkeit
Funktionen des Denkens	Einengung der Denkinhalte
Höhere kognitive Funktionen	Reduzierte exekutive Funktionen, betreffend Abstraktionsvermögen, Handlungsplanung und Organisation, Zeitmanagement, Flexibilität, Urteils- und Problemlösevermögen
Die Selbstwahrnehmung und die Zeitwahrnehmung betreffende Funktionen	Mangel an realistischer Selbsteinschätzung (Krankheitseinsicht)

Beeinträchtigungen von Aktivitäten und Teilhabe können sich bei Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen beispielsweise in den folgenden Bereichen manifestieren:

Tab. 26: Beeinträchtigungen bei Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen

Lernen und Wissensanwendung	Beeinträchtigung, Neues zu lernen, mangelnde Aufmerksamkeitsfokussierung
Allgemeine Aufgaben und Anforderungen	Beeinträchtigung, einfache oder komplexe (Mehrfach-)Aufgaben auszuführen, die tägliche Routine durchzuführen, mit Stress oder anderen psychischen Anforderungen umzugehen
Kommunikation	Beeinträchtigung, sich angemessen mitzuteilen, sich zielgerichtet und auf den jeweiligen Gesprächspartner bezogen zu unterhalten
Selbstversorgung	Beeinträchtigung der Körperpflege, Beeinträchtigung der Sorge für Ernährung, Gesundheit und Kleidung
Häusliches Leben	Beeinträchtigung, die täglichen Einkäufe zu erledigen, Mahlzeiten zuzubereiten, Haushaltsarbeiten zu erledigen
Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen	Beeinträchtigung, reale soziale Beziehungen aufzubauen und aufrecht zu erhalten, Kontakte aufzunehmen
Bedeutende Lebensbereiche	Beeinträchtigung der schulischen Leistung, Beeinträchtigung, erwerbstätig und wirtschaftlich eigenständig zu sein
Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben	Beeinträchtigung, sich an Freizeit- und Erholungsaktivitäten zu beteiligen, Freunde und Verwandte zu besuchen, sich Vereinen und Gruppen anzuschließen

8.6.3 Krankheitsspezifische Sachaufklärung

Die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung soll nur erfolgen, wenn eindeutige Symptome vorliegen. Neben den allgemeinen Kriterien (tief verwurzelte, anhaltende Verhaltensmuster mit starren, unflexiblen Reaktionen auf unterschiedlichste persönliche und soziale Lebenslagen) sind dies vor allem die jeweils störungstypischen psychopathologischen Auffälligkeiten in Erleben und Verhalten. Basis der Diagnostik ist die sorgfältige Erhebung der Eigenanamnese einschließlich biografischer Anamnese sowie des psychischen Befundes. Darüber hinaus sollten möglichst auch fremdanamnestic Angaben einbezogen werden, denn Menschen mit Persönlichkeitsstörungen sind oftmals krankheitsbedingt nicht ausreichend in der Lage, ihr eigenes Verhalten kritisch zu reflektieren und suchen die Ursachen wiederholter sozialer Konflikte häufig primär in ihrem Umfeld. Die gestörte Interaktion im sozialen Bereich wird nicht selten auch in der ärztlichen Exploration deutlich. Die situationsinadäquaten, starren Verhaltensweisen des Probanden können heftige emotionale Empfindungen – beispielsweise Ärger, Ungeduld – beim Untersucher auslösen, die wiederum wichtige Hinweise für die Diagnosestellung liefern („Gegenübertragung“, siehe 5.5). Der Gutachter darf sich dabei nicht zu einer den Gegenübertragungsgefühlen entsprechenden Reaktion gegenüber dem Probanden verleiten lassen. Diese Anforderungen verdeutlichen, dass die Feststellung einer Persönlichkeitsstörung großer psychiatrisch-psychotherapeutischer Kompetenz und Erfahrung bedarf und die Diagnose manchmal erst in der Verlaufsbeobachtung gesichert werden kann.

Testpsychologische Verfahren können unter Umständen die klinisch-psychiatrische Diagnostik sinnvoll ergänzen. Die Erhebung des körperlichen Untersuchungsbefundes dient vor allem dem Ausschluss organisch bedingter Persönlichkeitsänderungen, beispielsweise bei Hirntumoren oder nach Schädel-Hirn-Traumata.

Auch bei den abnormen Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle stehen (Fremd-) Anamnese und psychischer Befund im Mittelpunkt der Diagnostik. Bei diesen Störungen ist gezielt nach den möglichen sozialen Folgen zu fragen, wie soziale Isolation, Arbeitsplatzverlust, Schulden und forensische Konsequenzen durch kriminelle Handlungen zur Geldbeschaffung, um das Spielen fortsetzen zu können. Wegen der häufigen psychischen Komorbidität sollte auch bei Verhaltensstörungen durch intensiven Gebrauch von Computer und Internet eine fachpsychiatrische Diagnostik durchgeführt worden sein.

8.6.4 Beurteilung des Leistungsvermögens

Bei Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen können je nach Ausprägung und therapeutischer Beeinflussbarkeit nahezu alle der unter 5.3.5 genannten Fähigkeiten mehr oder weniger stark beeinträchtigt sein.

Das **positive Leistungsvermögen** beschreibt die zumutbaren qualitativen und quantitativen Leistungsmerkmale hinsichtlich Arbeitsschwere, Arbeitshaltung und Arbeitsorganisation. Diesbezüglich bestehen bei Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen in der Regel keine andauernden Einschränkungen.

Das **negative Leistungsvermögen** wird bei Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen durch die Gegebenheiten des Einzelfalls (Schweregrad, Verlauf, Behandlungsanamnese) bestimmt. Negative Kontextfaktoren wie ein emotional belastendes und wenig Freiräume beinhaltendes Arbeitsumfeld, fehlende soziale Unterstützung und mangelnde Krankheitseinsicht können zur Manifestierung erheblicher Beeinträchtigungen der Teilhabe beitragen. Bei ausgeprägten

Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen können insbesondere die folgenden erwerbsrelevanten Tätigkeiten/Tätigkeitsmerkmale beeinträchtigt sein:

- besondere Anforderungen an geistige und psychische Belastbarkeit:
 - Umstellungs- und Anpassungsvermögen
 - Konzentrations- und Reaktionsvermögen
 - Verantwortung für Personen und Maschinen, Überwachung und Steuerung komplexer Arbeitsvorgänge
- pädagogische/soziale/therapeutische Tätigkeiten
- vorwiegend Publikumsverkehr
- häufige Reisetätigkeit und Außendienst
- besonderer Zeitdruck

8.6.4.1 Spezifische und kombinierte Persönlichkeitsstörungen

Das allgemeine Leistungsvermögen ist bei Persönlichkeitsstörungen in der Regel nicht beeinträchtigt. Allerdings führen die auffälligen Verhaltensweisen und die störungstypische Beziehungsgestaltung oft zu sozialen Konflikten und Auseinandersetzungen. Daraus resultieren abweisende Reaktionen der Umwelt und sowohl im privaten Umfeld als auch im Bereich von Ausbildung und Beruf sind wiederholte Abbrüche nicht selten. Diese werden jedoch von den Betroffenen meist nicht als Krankheitsfolge angesehen. Andererseits können Menschen mit bestimmten Persönlichkeitsstörungen – sofern diese nicht zu stark ausgeprägt sind – sogar aufgrund der in manchen Berufsfeldern durchaus erwünschten oder akzeptierten Verhaltensweisen ausgesprochen erfolgreich, leistungsfähig und gut sozial integriert sein. Beispielsweise kann eine Person mit einer zwanghaften Persönlichkeitsstörung in solche Tätigkeitsprofile relativ gut integriert werden, die mit besonderen Anforderungen hinsichtlich Sorgfalt bei der Ausführung kontrollierender oder prüfender Tätigkeiten verbunden sind. Andererseits sind beispielsweise Tätigkeiten mit überwiegendem Publikumsverkehr bei Vorliegen einer paranoiden Persönlichkeitsstörung ungeeignet. Es ist also jeweils der Einzelfall mit den entsprechenden Kontextfaktoren und beruflichen Anforderungen in Beziehung zu setzen. Eine Minderung des qualitativen wie auch des quantitativen Leistungsvermögens kann sich bei Persönlichkeitsstörungen insbesondere aus einem ausgeprägten sozialen Rückzug beziehungsweise aus der Unfähigkeit, soziale Beziehungen aufzunehmen und aufrecht zu halten, ergeben. Wenn trotz Ausschöpfung angemessener Behandlungs- und Rehabilitationsoptionen eine Minderung der zeitlichen Leistungsfähigkeit festgestellt wird, so ist diese aufgrund der chronischen Verlaufscharakteristik und mangelnder therapeutischer Beeinflussbarkeit der Störung meist als dauerhaft anzusehen.

Medizinische Rehabilitation: Bei sozialem Rückzug und fortbestehenden gravierenden Beziehungsstörungen trotz adäquater psychotherapeutischer Behandlung ist insbesondere unter Berücksichtigung zusätzlicher psychischer Begleitsymptomatik von Rehabilitationsbedürftigkeit auszugehen. Allerdings besteht bei erheblicher Dekompensationsneigung mit Suizidalität, massiv selbstschädigendem Verhalten und psychotischer Symptomatik keine ausreichende Belastbarkeit für eine Rehabilitation. In diesen Fällen ist eine akutpsychiatrische Intervention ambulant oder im stationären Setting vorrangig. Bei der Auswahl einer geeigneten Rehabilitationseinrichtung ist zu berücksichtigen, dass zusätzlich zur psychotherapeutischen auch psychiatrische Fachkompetenz vorhanden ist. Für bestimmte Persönlichkeitsstörungen, beispielsweise die emotional instabile Persönlichkeitsstörung, existieren spezielle Konzepte, die in einigen Rehabilitationseinrichtungen schwerpunktmäßig vorgehalten und in Anspruch genommen werden sollten. In der Regel wird die Rehabilitationsdauer der medizinischen Rehabilitation bei Persönlichkeitsstörungen einen längeren Zeitraum umfassen müssen, wobei die Rehabilitationsleistung in einen Gesamtbehandlungs- und Rehabilitationsplan eingebettet sein soll, um die erzielten Fortschritte nach der Entlassung im ambulanten Bereich fortzusetzen und zu verstetigen.

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben: Bei Versicherten mit schweren Persönlichkeitsstörungen können erhebliche, in der Regel nicht berufsspezifische Beeinträchtigungen von Aktivitäten und Teilhabe im Alltags- und Erwerbsleben vorliegen. Leidensdruck, Krankheitseinsicht und Behandlungsmotivation sind häufig eher gering und das berufliche Scheitern wird nicht als Krankheitsfolge angesehen. Statt der geeigneten psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung suchen die Betroffenen den Ausweg in einem Tätigkeitswechsel oder einer Umschulung. Oft sind bereits mehrere Wechsel in neue Tätigkeitsfelder erfolgt, insbesondere bei narzisstischen Persönlichkeitsstörungen verbunden mit dem unbedingten Streben nach Höherqualifizierung. Trotz intensiver und langdauernder Behandlung erreichen viele Betroffene jedoch nur ein eingeschränktes psychosoziales Funktionsniveau. In den meisten Fällen sind Anpassungen am Arbeitsplatz (zum Beispiel Ausschluss von Publikumsverkehr) in Bezug auf die berufliche Integration erfolgversprechender als Umschulungsmaßnahmen. Wünsche nach beruflicher Umorientierung sind bei Persönlichkeitsstörungen im Hinblick auf die Prognose besonders sorgfältig zu prüfen. Gegebenenfalls kommt für Versicherte mit einer Persönlichkeitsstörung auch eine spezifische medizinisch-berufliche Leistung in einer RPK-Einrichtung (siehe 6.5.1 und 6.5.2) in Betracht. Diese Einrichtungen verfügen über eine erhöhte Betreuungsdichte und psychiatrische Kompetenz.

8.6.4.2 Abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle

Das pathologische Spielen, aber auch Verhaltensstörungen durch intensiven Gebrauch von Computer und Internet können die Lebensführung der betroffenen Personen – ähnlich wie bei den stoffgebundenen Abhängigkeitserkrankungen – dermaßen beherrschen, dass massive Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe resultieren. Durch Verlust wesentlicher sozialer und wirtschaftlicher Bezüge wie Partnerschaft oder Familie, Arbeitsplatz und Wohnung drohen soziale Desintegration und sozialer Abstieg. Beim pathologischen Spielen kommt es nicht selten vor, dass sich die Betroffenen hoch verschulden und sogar strafbare Handlungen begehen, um an Geld zu kommen.

Das allgemeine Leistungsvermögen der Betroffenen muss nicht durchgängig beeinträchtigt sein. Die Beurteilung, ob und gegebenenfalls in welchem Ausmaß die Erwerbsfähigkeit gefährdet oder sogar gemindert ist und ob eine Leistung zur Teilhabe erfolgversprechend ist, erfordert eine differenzierte Einschätzung der Abstinenzmotivation.

Für die sozialmedizinische Beurteilung sind bei abnormen Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle insbesondere die folgenden Aspekte zu berücksichtigen:

- Dauer, Schwere und individueller Verlauf der Störung
- Individuelle Psychopathologie, Suizidalität
- Psychische Komorbidität einschließlich des schädlichen/abhängigen Konsums psychotroper Substanzen
- Behandlungsanamnese
- Arbeitsunfähigkeitszeiten
- Erhebliche Gefährdung oder Verlust der sozialen Integration (Arbeitsplatz, Wohnung, Partnerschaft)
- Verschuldung, Straffälligkeit (pathologisches Spielen)

Medizinische Rehabilitation: Insbesondere bei jahrelangem und chronifiziertem Verlauf, bei zusätzlicher stoffgebundener Abhängigkeit, bei schwerer Persönlichkeitsstörung oder anderer psychischer Komorbidität ist bei abnormen Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle von einer erheblichen Gefährdung der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben auszugehen. In diesen Fällen liegt Rehabilitationsbedürftigkeit vor. Die Rehabilitationsfähigkeit hängt unter anderem von der vorhandenen oder erreichbaren Veränderungsmotivation und Krankheitseinsicht ab.

Nach den „Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen und Rentenversicherungsträger für die medizinische Rehabilitation bei Pathologischem Glücksspielen“ (2001) sollten Versicherte der unter 8.6.1.2 beschriebenen Gruppen A und B Rehabilitationseinrichtungen für Abhängigkeitserkrankungen mit glücksspielerspezifischem Konzept zugewiesen werden. Versicherte der Gruppen C und D sollten in einer geeigneten psychosomatisch-psychotherapeutischen Rehabilitationseinrichtung rehabilitiert werden. Je nach Schweregrad der Symptomatik, sozialer Integration sowie Kooperations- und Abstinenzfähigkeit kann die Rehabilitation in (ganztägig) ambulanter oder in stationärer Form erfolgen. Die Rehabilitationsdauer muss bei einer schwerer ausgeprägten Störung in der Regel einen mehrwöchigen Zeitraum (8 bis 12 Wochen, stationär) umfassen. Bei komorbider substanzgebundener Störung richtet sich die Rehabilitationsdauer nach den für diese Störung geltenden Empfehlungen. Die Dauer der (ganztägig) ambulanten Rehabilitation beim pathologischen Spielen variiert je nach individueller Beeinträchtigung der Betroffenen.

Die Ziele der medizinischen Rehabilitation beim pathologischen Spielen wie auch bei Verhaltensstörungen durch intensiven Gebrauch von Computer und Internet bestehen in der Behebung psychischer und körperlicher Beeinträchtigungen der Teilhabe sowie in der möglichst dauerhaften Wiedereingliederung in das Erwerbsleben. Während zur Erreichung dieser Ziele beim pathologischen Spielen eine Glücksspielabstinenz angestrebt wird, ist eine völlige Abstinenz hinsichtlich der Nutzung von Computer und Internet im Hinblick auf die meisten Berufstätigkeiten nicht sinnvoll oder gar nicht möglich.

Die Indikation zur ambulanten Nachsorge muss während der stationären oder ganztägig ambulanten Rehabilitation differenziert gestellt werden. Liegt die Notwendigkeit vor, wird sie analog zur Nachsorge bei stoffgebundenen Abhängigkeitserkrankungen über einen Zeitraum von 26 Wochen mit 20 Therapieeinheiten plus zwei Angehörigengesprächen niederfrequent durch eine geeignete Beratungs-/Behandlungsstelle durchgeführt.

Nach einer stationären Rehabilitation in einer Einrichtung für Abhängigkeitserkrankungen ist grundsätzlich auch eine Adaptionbehandlung für die Dauer von 8 bis 13 Wochen (bei Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit) zur Erprobung und Übung der eigenverantwortlichen Lebensführung und der Anforderungen des Erwerbslebens unter realen Alltagsbedingungen möglich, wenn erhebliche Rückfallgefahr vorliegt und in der Regel keine Wohnung und Arbeit vorhanden sind.

Mit der Rehabilitation bei Verhaltensstörungen durch intensiven Gebrauch von Computer und Internet bestehen erst wenige Erfahrungen. Bei schweren Verläufen sollte eine stationäre Rehabilitation in einer Einrichtung mit Kompetenzen hinsichtlich stoffgebundener Abhängigkeitserkrankungen und pathologischen Spielens durchgeführt werden – vorrangig in einer Abteilung für psychosomatisch-psychotherapeutische Rehabilitation mit einem entsprechenden Schwerpunkt. Die Nachsorge erfolgt analog der psychosomatischen Rehabilitation und regional bestehen bereits gute Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten, die sich mit dem Krankheitsbild auskennen.

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben: Wenn berufsspezifische Faktoren zur Aufrechterhaltung des pathologischen Spielverhaltens oder der Verhaltensstörungen durch intensiven Gebrauch von Computer und Internet beitragen oder zu Rückfällen führen, ist die Indikation für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zu prüfen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass heute nur noch in wenigen beruflichen Tätigkeiten auf den Umgang mit PC und Internet verzichtet werden kann und die völlige Abstinenz hier nicht das primäre Ziel einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben sein kann.

8.7 Intelligenzstörung (ICD-10: F70-F79)

Als Intelligenzstörung wird eine sich in der Individualentwicklung manifestierende, stehengebliebene oder unvollständige Entwicklung der geistigen Fähigkeiten bezeichnet, mit besonderer Beeinträchtigung von Fertigkeiten, die zum Intelligenzniveau beitragen, wie beispielsweise Kognition, Sprache, motorische und soziale Fähigkeiten. Es liegen hier sowohl Einbußen hinsichtlich des kognitiv-intellektuellen Niveaus als auch der Anpassung an die Anforderungen des alltäglichen Lebens vor. Es werden je nach Ausprägung eine leichte (F70), eine mittelgradige (F71), eine schwere (F72) und eine schwerste Intelligenzminderung (F73) voneinander unterschieden. Eine deutliche Diskrepanz (mindestens 15 IQ-Punkte) zwischen verschiedenen Bereichen von Intelligenzleistungen, beispielsweise zwischen Sprach-IQ und Handlungs-IQ, wird als dissoziierte Intelligenz (F74) bezeichnet.

Die Bedeutung der Intelligenzstörung in den Statistiken zu Erwerbsminderungsrente und Leistungen zur Teilhabe der Rentenversicherung ist relativ gering, unter anderem wegen der von den betroffenen Personen oftmals nicht erfüllten versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für den Erhalt entsprechender Leistungen. Im Jahr 2010 entfielen etwa 4,3 % der Renten wegen Erwerbsminderung und weit unter 1 % der stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation aufgrund psychischer Störungen (ohne Abhängigkeitserkrankungen) auf Personen mit einer Intelligenzstörung als Erstdiagnose.

Bei Menschen mit Intelligenzminderung liegt die Prävalenzrate für andere psychische Störungen mindestens drei- bis viermal so hoch wie in der Allgemeinbevölkerung. Neben atypischen Psychosen sind aufgrund eingeschränkter Kompensationsmöglichkeiten vor allem Anpassungsstörungen in dieser Gruppe häufig. Insbesondere in Krisensituationen kann es darüber hinaus zu Verhaltensstörungen mit Stereotypen, emotionalen Störungen und motorischer Unruhe bis zu ausgeprägten Erregungszuständen kommen. Die wesentlichen eigenständigen psychopathologischen Veränderungen der Intelligenzstörung treten im neuropsychologischen Bereich auf. Hier finden sich insbesondere Störungen der Konzentrationsfähigkeit, der Daueraufmerksamkeit, der Kommunikation, der Auffassungsgabe sowie der kognitiv-intellektuellen Funktionen einschließlich des Erwerbs und der Ausführung der Kulturtechniken wie Lesen, Schreiben und Rechnen.

Eine medikamentöse Behandlung der Intelligenzstörung ist nicht möglich, und eine psychopharmakologische Medikation sollte nur zur Therapie begleitender psychischer Symptome oder Störungen erwogen werden. Im Mittelpunkt der Behandlung steht eine umfassende sozialtherapeutische und heilpädagogische Förderung, die je nach Schweregrad der Intelligenzstörung ambulant erfolgen kann oder eines stationären Rahmens bedarf.

8.7.1 Einzelne Störungsbilder

8.7.1.1 Leichte Intelligenzminderung (F70)

Bei leichter Intelligenzminderung sind der Spracherwerb verzögert und das Entwicklungstempo deutlich verlangsamt, eine völlige Unabhängigkeit in der Selbstversorgung erscheint aber möglich. Die Hauptschwierigkeiten treten bei der schulischen Bildung auf. In einem soziokulturellen Umfeld, in dem wenig Wert auf schulische Ausbildung gelegt wird, stellt ein gewisses Ausmaß an leichter Intelligenzminderung kein Problem dar. Wenn zusätzlich eine emotionale und soziale Unreife besteht, treten die Auswirkungen der Behinderung deutlicher zutage; die Betroffenen haben dann beispielsweise Schwierigkeiten, den Anforderungen einer Partnerschaft oder der Kindererziehung nachzukommen, ihre Anpassungsfähigkeit und Flexibilität sind reduziert. Bei standardisierten Intelligenztests wird ein IQ-Bereich von 50 bis 69 erreicht.

8.7.1.2 Mittelgradige Intelligenzminderung (F71)

Mittelgradige Intelligenzminderungen sind nicht nur mit einer verlangsamten Entwicklung von Sprachverständnis und Sprachgebrauch verbunden, sondern auch mit deutlicher eingeschränkten Fähigkeiten im Bereich der Selbstversorgung und der motorischen Fertigkeiten. Der IQ liegt gewöhnlich im Bereich zwischen 35 und 49. Einige Betroffene lernen niemals sprechen, auch wenn sie einfache Anweisungen verstehen, einige benötigen lebenslange Beaufsichtigung. Bei der Mehrzahl kann eine organische Ursache der Intelligenzminderung festgestellt werden. Meist ist die soziale Integration so stark beeinträchtigt, dass Personen mit mittelgradiger Intelligenzminderung zu einer eigenständigen Lebensführung nicht befähigt sind.

8.7.1.3 Schwere Intelligenzminderung (F72)

Die schwere Intelligenzminderung ähnelt hinsichtlich des klinischen Bildes, der feststellbaren organischen Ätiologie und der begleitenden Umstände dem unteren Leistungsbereich der mittelgradigen Intelligenzminderung. Meist liegen deutlich ausgeprägte motorische Störungen und weitere Beeinträchtigungen vor. Der Intelligenzquotient liegt zwischen 20 und 34.

8.7.1.4 Schwerste Intelligenzminderung (F73)

Bei der schwersten Intelligenzminderung, wobei der IQ unter 20 aufgrund der stark reduzierten Kooperationsfähigkeit bei der Untersuchung lediglich grob geschätzt werden kann, liegen ständig eingeschränkte Bewegungsfähigkeit, Inkontinenz und nur eine nonverbale Kommunikation – zumeist in rudimentärer Form – vor. Die Betroffenen benötigen ständige Hilfe und Beaufsichtigung.

8.7.2 Krankheitsbezogene Aussagen zur ICF

Schädigungen der Körperstrukturen und -funktionen entsprechend der ICF können bei Intelligenzstörungen in Abhängigkeit vom Schweregrad beispielsweise in folgenden Bereichen vorliegen:

Tab. 27: Schädigungen bei Intelligenzstörungen

Funktionen der Orientierung	Orientierungsschwierigkeiten
Funktionen der Intelligenz	Intellektuelle und mentale Retardierung
Globale psychosoziale Funktionen	Einbußen hinsichtlich interpersoneller Fähigkeiten
Funktionen von Temperament und Persönlichkeit	Mangel an psychischer Stabilität, Umgänglichkeit, Zuverlässigkeit, Selbstvertrauen
Funktionen der psychischen Energie und des Antriebs	Antriebsstörungen, reduzierte Impulskontrolle, reduziertes Durchhaltevermögen, Motivationsschwierigkeiten
Funktionen der Aufmerksamkeit	Einbußen bei Daueraufmerksamkeit, geteilter Aufmerksamkeit, erhöhte Ablenkbarkeit
Funktionen des Gedächtnisses	Störungen von Kurzzeit- und/oder Langzeitgedächtnis, Störung des Abrufens von Gedächtnisinhalten
Psychomotorische Funktionen	Psychomotorische Unruhezustände
Emotionale Funktionen	Anspannung, Ängste und depressive Verstimmung, mangelnde Affektkontrolle und -modulation, Reizbarkeit
Funktionen des Denkens	Verlangsamtes Denkt tempo, haftendes Denken, Einengung der Denkinhalte, mangelnde Differenzierung
Höhere kognitive Funktionen	Reduzierte exekutive Funktionen, betreffend Abstraktionsvermögen, Handlungsplanung und Organisation, Zeitmanagement, Flexibilität, Urteils-, Problemlöse- und Einsichtsvermögen
Kognitiv-sprachliche Funktionen	Eingeschränkter Spracherwerb (Sprachverständnis, sprachlicher Ausdruck)
Das Rechnen betreffende Funktionen	Einbußen beim Erwerb von Rechenfertigkeiten

Mentale Funktionen, die die Durchführung komplexer Bewegungshandlungen betreffen	Apraktische Störungen, Koordinationsschwierigkeiten
Die Selbstwahrnehmung und die Zeitwahrnehmung betreffende Funktionen	Mangel an realistischer Selbsteinschätzung
Diverse Körperfunktionen und -strukturen	Sehschwäche, Strabismus, Hörminderung, Gleichgewichtsstörung, Störung von Stimm- und Redeflussbildung, Sprechrhythmus, kardiovaskuläre Einschränkungen, Einbußen der Gelenk- und Muskelfunktion und viele andere mehr

Beeinträchtigungen von Aktivitäten und Teilhabe können sich bei Intelligenzstörungen in Abhängigkeit vom Schweregrad beispielsweise in den folgenden Bereichen manifestieren:

Tab. 28: Beeinträchtigungen bei Intelligenzstörungen

Lernen und Wissensanwendung	Beeinträchtigung, Neues zu lernen und sich Fertigkeiten anzueignen, Lesen, Schreiben, Rechnen zu lernen, Wissen anzuwenden, Probleme zu lösen, Entscheidungen zu treffen, mangelnde Aufmerksamkeitsfokussierung
Allgemeine Aufgaben und Anforderungen	Beeinträchtigung, einfache oder komplexe (Mehrfach-)Aufgaben auszuführen, die tägliche Routine durchzuführen, mit Stress oder anderen psychischen Anforderungen umzugehen
Kommunikation	Beeinträchtigung, sich angemessen mitzuteilen, Mitteilungen anderer zu verstehen, sich zielgerichtet und auf den jeweiligen Gesprächspartner bezogen zu unterhalten, Kommunikationsgeräte und -techniken zu nutzen
Mobilität	Beeinträchtigung, zu gehen und sich fortzubewegen, bestimmte Körperpositionen einzunehmen und beizubehalten, Gegenstände zu tragen und heben, Transportmittel zu benutzen, feinmotorische Beeinträchtigungen
Selbstversorgung	Beeinträchtigung der Körperpflege, Beeinträchtigung der Sorge für Ernährung, Gesundheit und Kleidung
Häusliches Leben	Beeinträchtigung, die täglichen Einkäufe zu erledigen, Mahlzeiten zuzubereiten, Haushaltsarbeiten zu erledigen
Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen	Beeinträchtigung, Beziehungen aufzubauen und aufrecht zu erhalten, Kontakte aufzunehmen
Bedeutende Lebensbereiche	Beeinträchtigung der schulischen Leistung, Beeinträchtigung, erwerbstätig und wirtschaftlich eigenständig zu sein
Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben	Beeinträchtigung, sich an Freizeit- und Erholungsaktivitäten zu beteiligen, Freunde und Verwandte zu besuchen

8.7.3 Krankheitsspezifische Sachaufklärung

Mittelgradige und schwere Intelligenzminderungen sind für den ärztlichen Gutachter zumeist offenkundig und in der Regel existieren in diesen Fällen umfangreiche Vorbefunde. Leichtere Formen der Intelligenzstörung fallen jedoch mitunter erst im direkten Vergleich mit Anderen im Kindergarten, in der Schule oder am Ausbildungsplatz auf, wenn Leistungsdefizite auf verschiedenen Ebenen offenbar werden, beispielsweise im sprachlich-kognitiven Bereich und in der Motorik. Wenn eine geistige Behinderung vermutet wird, sollte eine umfassende testpsychologische Untersuchung mit Verlaufskontrollen erfolgen, um die Indikation für eine geeignete Behandlung und Betreuung stellen und prognostische Aussagen treffen zu können. Entsprechende Testverfahren stehen sowohl für Kinder und Jugendliche als auch für Erwachsene (zum Beispiel der Hamburg-Wechsler-Intelligenztest für Erwachsene, HAWIE) zur Verfügung. Darüber hinaus existieren nicht sprachgebundene Intelligenztests, beispielsweise die Raven Standard Progressive Matrices (SPM) oder der Culture Fair

Test (CFT), die für die Untersuchung von Probanden geeignet sind, die nicht über ausreichende Deutschkenntnisse verfügen. Eine vollständige Kulturunabhängigkeit ist jedoch auch mit diesen Verfahren nicht zu erreichen. Die Leistungsdiagnostik kann sinnvoll durch Tests zur sozialen Anpassung und zur Lernfähigkeit ergänzt werden. Gerade die Abgrenzung einer leichten Intelligenzminderung gegenüber einer umschriebenen Entwicklungsstörung schulischer Fertigkeiten (ICD-10: F81; „Lernbehinderung“) ist nicht immer einfach. Letztere darf jedoch per definitionem nicht allein durch eine Intelligenzminderung erklärbar sein. Hier sind differenzierte psychodiagnostische Testverfahren sinnvoll einzusetzen. In jedem Fall muss eine sorgfältige körperliche Untersuchung erfolgen, denn viele Menschen mit Intelligenzstörungen weisen zugleich körperliche Schädigungen auf, die sie zusätzlich in Aktivitäten und Teilhabe beeinträchtigen.

8.7.4 Beurteilung des Leistungsvermögens

Bei Intelligenzstörungen können je nach Ausprägung und pädagogisch-therapeutischer Beeinflussbarkeit alle der unter 5.3.5 genannten Fähigkeiten mehr oder weniger stark beeinträchtigt sein. Es finden sich insbesondere Störungen in der sozialen Entwicklung, in der Fähigkeit, Kontakte aufzunehmen, mit anderen zu kommunizieren und sich an sozialen Aktivitäten zu beteiligen. Personen mit Intelligenzstörungen benötigen Anleitung bei einfachen praktischen Tätigkeiten, eine sorgsame Strukturierung der Aufgaben sowie unter Umständen eine Beaufsichtigung. Den Anforderungen einer eigenständigen Partnerschaft sowie der Kindererziehung vermögen üblicherweise nur Betroffene 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.

Bei Personen mit einer angeborenen oder frühkindlich entstandenen Intelligenzstörung ist das Konzept des „Vorerwerbsschadens“ zu beachten. Das versicherungsrechtliche Konzept des „Vorerwerbsschadens“ beziehungsweise des „eingebrachten Leidens“ beinhaltet, dass nur jene Beeinträchtigungen der Leistungsfähigkeit versichert sind, die nach Eintritt in das Erwerbsleben/in die Versicherung aufgetreten sind. Eine Minderung der Erwerbsfähigkeit im Sinne der Rentenversicherung liegt demnach nur dann vor, wenn die Erwerbsfähigkeit zunächst – bei Eintritt in die Versicherung – in vollem Umfang gegeben war und sich erst im Laufe der Zeit eine krankheits- oder behinderungsbedingte Verringerung eingestellt hat. Intelligenzstörungen entwickeln sich aber in der Regel weit vor dem Alter, in dem eine Erwerbstätigkeit aufgenommen wird. Dennoch kann die Einschätzung darüber, ob im Einzelfall die Anspruchsvoraussetzungen für den Erhalt einer Erwerbsminderungsrente gegeben sind, komplex sein und eine besonders differenzierte Sachaufklärung erfordern. Ein Beispiel: In einem entsprechend geeigneten, konstanten und verständnisvollen Umfeld ist eine Person mit einer leichten angeborenen Intelligenzstörung über Jahre in der Lage gewesen, eine einfache, strukturierte Tätigkeit 6 Stunden und mehr auszuüben. Durch Rationalisierungsmaßnahmen und die Kündigung des wohlwollenden und über die gesundheitlichen Einbußen des Betroffenen gut informierten Vorgesetzten kommt es – bei gleichbleibend ausgeprägter Intelligenzstörung – zu einer Überforderung des Betroffenen mit einer erheblich nachlassenden Arbeitsleistung. Er ist aufgrund der Intelligenzstörung nicht in der Lage, sich flexibel auf neue Arbeitsabläufe und Kollegen umzustellen. Hier ist der Rentenversicherungsträger gefordert, die Anspruchsvoraussetzungen für die Bewilligung

einer Erwerbsminderungsrente zu prüfen, auch wenn vordergründig eine seit der Kindheit unverändert ausgeprägte Intelligenzstörung vorliegt. Wichtig ist, dass der sozialmedizinische Gutachter auch in diesen Fällen nur eine Einschätzung zum Leistungsvermögen im Erwerbsleben abzugeben hat, über die Bewilligung einer Erwerbsminderungsrente entscheidet der Rentenversicherungsträger.

Als weitere Besonderheit ist zu erwähnen, dass Versicherte, die mehr als 240 Monate in Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) tätig gewesen sind, ohne gesonderte medizinische Prüfung Anspruch auf eine Rente wegen voller Erwerbsminderung haben.

Das **positive Leistungsvermögen** beschreibt die zumutbaren qualitativen und quantitativen Leistungsmerkmale hinsichtlich Arbeitsschwere, Arbeitshaltung und Arbeitsorganisation. Diesbezüglich sind insbesondere bei mittelgradigen und schweren Intelligenzminderungen, die auch oft mit körperlichen Beeinträchtigungen einhergehen, erhebliche Einschränkungen zu erwarten. Bei adäquater Förderung, in deren Mittelpunkt eher praktische Fähigkeiten stehen, scheint jedoch häufig eine gewisse Kompensation der Behinderung möglich.

Das **negative Leistungsvermögen** wird bei Intelligenzstörungen durch die Gegebenheiten des Einzelfalls (Schweregrad, Verlauf, Behandlungsanamnese) bestimmt. Da Menschen mit Intelligenzstörungen oft sehr sensibel auf emotionale beziehungsweise „atmosphärische“ Veränderungen in ihrer Umgebung reagieren, kann bereits durch eine relativ geringe Veränderung der beschützenden Rahmenbedingungen eine psychische 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.

8.7.4.1 Leichte Intelligenzminderung

Aus sozialmedizinischer Sicht kann bei einer leichten Intelligenzminderung mit Hilfe adäquater Förderung und unter günstigen Rahmenbedingungen die zeitlich uneingeschränkte Erwerbsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt erreicht werden. Zu bevorzugen sind einfache, gut strukturierte Tätigkeiten in einem festen Bezugsrahmen ohne größere Anforderungen an das kognitive Leistungsvermögen und an kommunikative Fertigkeiten. Manchmal dominieren allerdings weniger die (milden) kognitiven Beeinträchtigungen das klinische Bild, sondern vielmehr affektive und psychomotorische Symptome in Form von Reizbarkeit, mangelnder affektiver Kontrolle, depressiver oder ängstlicher Verstimmung, Antriebsarmut und wiederholten Erregungszuständen. Diese können dann das Leistungsvermögen limitieren. Bei zunehmenden Anforderungen des Arbeitsmarktes an Abstraktionsfähigkeit, Flexibilität und Kommunikationsvermögen wird es aber häufiger auch schon bei der leichten Intelligenzstörung zu einer Ausgliederung aus dem ersten Arbeitsmarkt kommen.

Medizinische Rehabilitation: In der Regel ist bei leichten Intelligenzminderungen eine langfristige ambulante Behandlung und Betreuung mit pädagogischem und bei Bedarf auch psychotherapeutischem Ansatz vorrangig. Von einer mit einem Wechsel von Bezugspersonen und Umgebung sowie auch mit gewissen Anforderungen verbundenen Leistung zur medizinischen Rehabilitation werden nur Versicherte mit einer insgesamt stabilen Grundkonstitution profitieren. Dies kann beispielsweise der Fall sein, wenn eine affektive Symptomatik oder eine Anpassungsstörung im Vordergrund der Symptomatik steht und das Leistungsvermögen maßgeblich beeinträchtigt.

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben: Solche sind bei leichten Intelligenzminderungen in der Regel nur in Form arbeitsplatzerhaltender oder die bisherige Erwerbstätigkeit unterstützender Leistungen sinnvoll; eine qualifizierende Leistung im Sinne einer Umschulung überfordert diese Versicherten in der Regel und birgt das Risiko der psychischen Dekompensation. Gegebenenfalls kommt auch die Integration in eine Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) in Betracht, wenn zu erwarten ist, dass der behinderte Mensch im geschützten Arbeitsbereich der Werkstatt wettbewerbsfähig wird. Eine Förderung durch die Rentenversicherung ist ausschließlich im Eingangsverfahren und im Berufsbildungsbereich der WfbM möglich, soweit die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erfüllt sind (§ 11 SGB VI). Das Ziel der Maßnahme ist die Erlangung eines Mindestmaßes an wirtschaftlich verwertbarer Arbeitsleistung.

8.7.4.2 Mittelgradige Intelligenzminderung

Entsprechend der Schwere der Behinderung, insbesondere des Spracherwerbs und der kommunikativen Fähigkeiten, benötigen Menschen mit einer mittelgradigen Intelligenzminderung eine besondere Förderung, die auch durch spezielle Lernprogramme zum Erwerb der Kulturtechniken unterstützt werden kann. In der Regel können einfache, gut strukturierte Tätigkeiten unter Beaufsichtigung und Anleitung ausgeführt werden, wobei solche Tätigkeiten ganz überwiegend in Werkstätten für behinderte Menschen zu finden sind. Eine Eingliederung in den allgemeinen Arbeitsmarkt dürfte bei Menschen mit einer mittelgradigen Intelligenzstörung die Ausnahme darstellen, das diesbezügliche Leistungsvermögen ist in den meisten Fällen erheblich reduziert.

Medizinische Rehabilitation: Bei mittelgradigen Intelligenzminderungen steht eine langfristige ambulante, pädagogisch ausgerichtete Behandlung, Betreuung und individuelle Förderung im Vordergrund. Eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation im Sinne der Rentenversicherung, also mit dem Ziel des Erhalts oder der Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit, wird nur in Einzelfällen sinnvoll sein, da oft keine positive Rehabilitationsprognose gestellt werden kann und der Settingwechsel aus dem gewohnten Umfeld in eine Rehabilitationseinrichtung das Risiko einer psychischen Dekompensation birgt.

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben: Solche sind bei mittelgradigen Intelligenzminderungen nur in Einzelfällen sinnvoll. Meist wird es sich dabei um die Bewilligung einer Leistung im Eingangsverfahren beziehungsweise im Berufsbildungsbereich einer Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) handeln, wenn zu erwarten ist, dass durch die Leistung ein Mindestmaß wirtschaftlich verwertbarer Arbeitsleistung – auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt oder im Arbeitsbereich der WfbM – erzielt werden kann.

8.7.4.3 Schwere und schwerste Intelligenzminderung

Bei Menschen mit einer schweren oder schwersten Intelligenzminderung ist von einem umfassenden Betreuungsbedarf und einer aufgehobenen Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben auszugehen; Leistungen zur Teilhabe seitens der Rentenversicherung sind nicht angezeigt.

8.8 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (ICD-10: F90–F98)

Die Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend sind für die Bewilligung von Leistungen der Rentenversicherung insgesamt von geringer Bedeutung. Nur bei etwa 0,2% der Renten wegen Erwerbsminderung und bei etwa 0,3% der stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation aufgrund psychischer Störungen (ohne Abhängigkeitserkrankungen) waren im Jahr 2010 Störungen aus dieser Gruppe primär begründend angegeben worden.

8.8.1 Einzelne Störungsbilder

In diesem Abschnitt soll aufgrund der zunehmenden Häufigkeit, mit der diese Diagnose gestellt wird, der damit verbundenen Schwierigkeiten in der Begutachtung sowie der zu erwartenden Steigerung der Antragszahlen von Versicherten mit dieser Diagnose auf die Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) des Erwachsenenalters eingegangen werden.

8.8.1.1 Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) des Erwachsenenalters

Bis vor einigen Jahren galt die ADHS als reine Störung des Kindes- und Jugendalters. Etwa 3 bis 10% aller Kinder sollen Symptome einer ADHS in unterschiedlichem Ausmaß aufweisen, wobei die Diagnosestellung und insbesondere die Differenzialdiagnose großer Erfahrung bedürfen und die bekanntermaßen hohe Rate an psychischer Komorbidität einbeziehen müssen. Im DSM-IV existiert eine Einteilung nach der vorherrschenden Symptomatik: Vorwiegende Hyperaktivität oder vorwiegende Aufmerksamkeitsstörung. In der ICD-10 wird die ADHS überwiegend den hyperkinetischen Störungen zugeordnet, die als früh beginnende, situationsunabhängige und zeitstabile Verhaltensstörungen beschrieben werden, gekennzeichnet durch eine Kombination von überaktivem, wenig moduliertem Verhalten mit deutlicher Unaufmerksamkeit und einem Mangel an Ausdauer bei der Bearbeitung von Aufgabenstellungen.

Die konkrete Verschlüsselung der ADHS gemäß ICD-10 kann je nach vorrangiger Symptomatik erfolgen als:

- einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (F90.0),
- hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens (F90.1),
- sonstige hyperkinetische Störung (F90.8),
- nicht näher bezeichnete hyperkinetische Störung (F90.9) oder
- Aufmerksamkeitsstörung ohne Hyperaktivität (sonstige andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend, F98.8).

Neuere Studien haben gezeigt, dass die ADHS-Symptomatik in unterschiedlichem Ausmaß oft auch im Erwachsenenalter fortbesteht. Das Verlaufsspektrum umfasst nach bisherigen Erkenntnissen:

- Remissionen bis zum Erwachsenenalter,
- Fortbestehen der ADHS als Vollbild oder als Residualsyndrom mit tendenzieller Abnahme von Hyperaktivität bei anhaltender Aufmerksamkeitsstörung oder
- Fortbestehen der ADHS mit psychischer Komorbidität, beispielsweise Abhängigkeitserkrankungen, Persönlichkeitsstörungen oder depressiven Störungen.

Bei etwa 10% der betroffenen Kinder und Jugendlichen bleibt das Vollbild der ADHS bis ins Erwachsenenalter bestehen, etwa 35% zeigen auch noch im Erwachsenenalter die Lebensführung beeinträchtigende Symptome (ohne die ADHS-Diagnosekriterien zu erfüllen) und in sehr vielen Fällen sollen zumindest

leichte Restsymptome bestehen bleiben. Schätzungsweise 2–3% aller Erwachsenen sind von einer ADHS betroffen, Jungen und Männer häufiger als Mädchen und Frauen.

Die ADHS beim Erwachsenen ist durch die folgenden Merkmale charakterisiert, die in unterschiedlicher Ausprägung vorhanden sein können:

- Aufmerksamkeitsdefizit, Konzentrationsstörungen
- Desorganisiertheit
- Emotionale Instabilität
- Impulsivität
- Hyperaktivität

Ein Mischtyp wird von einem hyperaktiv-impulsiven und einem unaufmerksamen Typ unterschieden.

Nicht jede ADHS im Erwachsenenalter ist therapiebedürftig. Bei ausgeprägter Symptomatik mit Beeinträchtigungen der Alltagsaktivitäten sollte jedoch eine Behandlung initiiert werden. Sofern die Anwendung nicht durch eine Komorbidität (zum Beispiel schädlicher Gebrauch von Amphetaminen, kardiale Vorschädigung) limitiert ist, wird eine ADHS auch im Erwachsenenalter mit Stimulanzien (zum Beispiel Methylphenidat, unterliegt der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung) behandelt, wobei je nach Studie Responderraten zwischen 25 und 75% ermittelt wurden. Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) hat dem Einsatz von Methylphenidat für die Indikation ADHS bei Erwachsenen erst im April 2011 zugestimmt. Noradrenerge Antidepressiva mit ihrer zentral stimulierenden Komponente kommen vor allem dann zum Einsatz, wenn aufgrund von Kontraindikationen oder Nebenwirkungen die Einnahme von Stimulanzien nicht möglich ist oder eine psychische Komorbidität mit depressiv-ängstlicher Symptomatik vorliegt. Allerdings besteht in Deutschland derzeit für diese Medikamente keine Zulassung in der Indikation ADHS bei Erwachsenen, es handelt sich um einen Off-Label-Use. Die psychotherapeutische Behandlung bei ADHS im Erwachsenenalter ist noch ungenügend evaluiert, es liegen aber Hinweise für positive Effekte kognitiv-behavioraler Verfahren vor, insbesondere in Kombination mit psychopharmakologischer Therapie.

8.8.2 Krankheitsbezogene Aussagen zur ICF

Schädigungen der Körperstrukturen und -funktionen entsprechend der ICF können bei ADHS im Erwachsenenalter in Abhängigkeit vom Schweregrad beispielsweise in folgenden Bereichen vorliegen:

Tab. 29: Schädigungen bei ADHS im Erwachsenenalter

Globale psychosoziale Funktionen	Einbußen hinsichtlich interpersoneller Fähigkeiten
Funktionen von Temperament und Persönlichkeit	Mangel an psychischer Stabilität, Umgänglichkeit, Zuverlässigkeit
Funktionen der psychischen Energie und des Antriebs	Hyperaktivität, reduzierte Impulskontrolle, reduziertes Durchhaltevermögen, Motivationsschwierigkeiten
Funktionen der Aufmerksamkeit	Einbußen bei Daueraufmerksamkeit, geteilter Aufmerksamkeit, erhöhte Ablenkbarkeit
Funktionen des Gedächtnisses	Störungen von Kurzzeit- und/oder Langzeitgedächtnis, Störung des Abrufens von Gedächtnisinhalten
Psychomotorische Funktionen	Psychomotorische Unruhezustände
Emotionale Funktionen	Anspannung, Ängste und depressive Verstimmung, mangelnde Affektkontrolle und -modulation, Reizbarkeit
Höhere kognitive Funktionen	Reduzierte exekutive Funktionen, betreffend Abstraktionsvermögen, Handlungsplanung und Organisation, Zeitmanagement, Flexibilität, Problemlösevermögen

Beeinträchtigungen von Aktivitäten und Teilhabe können sich bei ADHS im Erwachsenenalter in Abhängigkeit vom Schweregrad beispielsweise in den folgenden Bereichen manifestieren:

Tab. 30: Beeinträchtigungen bei ADHS im Erwachsenenalter

Lernen und Wissensanwendung	Beeinträchtigung, Neues zu lernen und sich Fertigkeiten anzueignen, Wissen anzuwenden, Probleme zu lösen, mangelnde Aufmerksamkeitsfokussierung
Allgemeine Aufgaben und Anforderungen	Beeinträchtigung, einfache oder komplexe (Mehrfach-)Aufgaben auszuführen, die tägliche Routine durchzuführen, mit Stress oder anderen psychischen Anforderungen umzugehen
Kommunikation	Beeinträchtigung, sich angemessen mitzuteilen, sich zielgerichtet und auf den jeweiligen Gesprächspartner bezogen zu unterhalten
Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen	Beeinträchtigung, soziale Beziehungen aufzubauen und aufrecht zu erhalten
Bedeutende Lebensbereiche	Beeinträchtigung der schulischen Leistung, Beeinträchtigung, erwerbstätig und wirtschaftlich eigenständig zu sein
Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben	Beeinträchtigung, sich an Freizeit- und Erholungsaktivitäten zu beteiligen und sich Vereinen oder Gruppen anzuschließen

8.8.3 Krankheitsspezifische Sachaufklärung

Spezifische Diagnosekriterien für die ADHS im Erwachsenenalter existieren in der ICD-10 bislang nicht. Von Wender wurden im Jahr 1995 die sogenannten Utah-Kriterien für die Diagnose der ADHS im Erwachsenenalter konzipiert. Danach sind für die Diagnosestellung erforderlich:

- Aktuelle Symptome
 - a) der Aufmerksamkeitsstörung und
 - b) der Hyperaktivität sowie
- weitere Symptome aus zwei der folgenden Bereiche:
 - a) Impulsivität,
 - b) mangelnde Affektkontrolle,
 - c) Affektlabilität,
 - d) emotionale Übererregbarkeit und
 - e) Desorganisiertheit.

Zur Unterstützung der Exploration können Fragebögen sinnvoll sein, wie beispielsweise die Connors Adult ADHD Rating Scales (CAARS) oder die ADHS-Selbstbeurteilungsskala (ADHS-SB). In jedem Falle muss für die Diagnose im Erwachsenenalter eine ADHS im Kindesalter eigen- oder fremdanamnestisch verifiziert werden, gegebenenfalls unterstützt durch den Einsatz entsprechender Fragebögen, beispielsweise der Wender-Utah-Rating-Scale (WURS). Ergänzend kommen je nach vorherrschender Symptomatik und Beeinträchtigung Leistungstests zum Einsatz, beispielsweise zu Konzentration, Daueraufmerksamkeit, Ablenkbarkeit und Gedächtnisfunktionen.

Andere psychische Störungen, die mit einer ADHS-ähnlichen Symptomatik einhergehen können, wie beispielsweise eine Schizophrenie oder eine emotional instabile Persönlichkeitsstörung, sind als Ursache der Symptomatik auszuschließen. Auch einige körperliche Krankheiten können ADHS-ähnliche Symptome hervorrufen und sind differenzialdiagnostisch zu berücksichtigen, beispielsweise Schilddrüsenfunktionsstörungen und Hirntraumata. Psychische Begleiterkrankungen wie Substanzmissbrauch oder -abhängigkeit, Persönlichkeitsstörungen und affektive Störungen sind häufig und ebenfalls diagnostisch einzubeziehen.

8.8.4 Beurteilung des Leistungsvermögens

8.8.4.1 Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) des Erwachsenenalters

Die sozialmedizinischen Auswirkungen einer ADHS im Erwachsenenalter sind je nach Schweregrad, Kompensationsvermögen, therapeutischem Ansprechen und psychischer Komorbidität sehr unterschiedlich. Keinesfalls kann davon ausgegangen werden, dass eine ADHS per se mit einer Minderung der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben verbunden ist. Bei schwerer Ausprägung können allerdings nahezu alle der unter 5.3.5 genannten Fähigkeiten beeinträchtigt sein, insbesondere die Durchhaltefähigkeit, die Fähigkeit zur Strukturierung von Aufgaben und die Fähigkeit zur Anpassung an Regeln und Routinen. Erhebliche Desorganisiertheit, erhöhte Ablenkbarkeit und mangelnde Zuverlässigkeit stellen ein bedeutsames Hindernis für eine dauerhafte Integration in das Erwerbsleben dar. Die Erwerbsfähigkeit kann hier im Einzelfall aufgehoben sein.

Das **positive Leistungsvermögen** beschreibt die zumutbaren qualitativen und quantitativen Leistungsmerkmale hinsichtlich Arbeitsschwere, Arbeitshaltung und Arbeitsorganisation. In den meisten Fällen von ADHS im Erwachsenenalter sind in diesen Bereichen keine gravierenden und andauernden Einschränkungen zu erwarten.

Zur Beurteilung des **negativen Leistungsvermögens** bei ADHS im Erwachsenenalter ist nicht nur die – bei Erwachsenen oft milde – ADHS-Symptomatik zu berücksichtigen, sondern auch die häufig vorkommende psychische Komorbidität, die nicht selten größeren Einfluss auf das Leistungsvermögen hat als die ADHS selbst. Bei der ADHS im Erwachsenenalter spielen die Kontextfaktoren eine sehr große Rolle. Mangelnde soziale Unterstützung, hohe emotionale Belastung und ein ungünstiges Betriebsklima können die dauerhafte berufliche Integration von Erwachsenen mit ADHS erschweren. Bei der ADHS im Erwachsenenalter stehen oft weniger die Hyperaktivität als vielmehr die Aufmerksamkeitsdefizite im Vordergrund. Es bestehen beispielsweise eine erhöhte Ablenkbarkeit, eine Schwierigkeit, Gesprächen konzentriert zu folgen, auf Gesprächspartner einzugehen und sich in Gruppenaktivitäten zu integrieren, Ungeduld, Affektlabilität und mangelnde Affektkontrolle sowie eine unzureichende Planung und inkonsequente Durchführung von Aktivitäten. Bei schwerer Ausprägung einer ADHS im Erwachsenenalter können daher insbesondere die folgenden erwerbsrelevanten Tätigkeiten/Tätigkeitsmerkmale beeinträchtigt sein:

- besondere Anforderungen an die geistige und psychische Belastbarkeit:
 - Umstellungs- und Anpassungsvermögen
 - Konzentrations- und Reaktionsvermögen
 - Verantwortung für Personen und Maschinen, Überwachung und Steuerung komplexer Arbeitsvorgänge
- pädagogische/soziale/therapeutische Tätigkeiten
- vorwiegend Publikumsverkehr
- häufige Reisetätigkeit und Außendienst
- besonderer Zeitdruck
- Tätigkeiten mit erhöhtem Gefährdungspotenzial

Medizinische Rehabilitation: Wenn trotz adäquater medikamentöser und gegebenenfalls psychotherapeutischer Behandlung der ADHS erhebliche Beeinträchtigungen der sozialen einschließlich der beruflichen Teilhabe bestehen, ist von Rehabilitationsbedürftigkeit auszugehen. Bei der Indikationsstellung für eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation kommt der angemessenen Vorbehandlung deswegen eine so große Bedeutung zu, weil vielen von einer ADHS im Erwachsenenalter betroffenen Menschen mit einer medikamentösen Therapie

so gut geholfen werden kann, dass die Erwerbsfähigkeit nicht gefährdet ist. Wenn eine psychosomatisch-psychotherapeutische Rehabilitation dennoch erforderlich ist, sollte sie möglichst in einer Einrichtung erfolgen, die über einen entsprechenden Behandlungsschwerpunkt verfügt. Bei im Vordergrund stehender erheblicher Desorganisiertheit, erhöhter Ablenkbarkeit und mangelnder Zuverlässigkeit ist das stationäre Setting zu bevorzugen. Darüber hinaus sollte die Möglichkeit bestehen, eine eventuelle Komorbidität therapeutisch zu berücksichtigen. Die Dauer der Rehabilitation richtet sich vornehmlich nach Schweregrad, Verlauf und therapeutischer Vorerfahrung. Bei gleichzeitigem Vorliegen einer manifesten Abhängigkeit von psychotropen Substanzen (zum Beispiel Alkohol, Drogen) ist keine Rehabilitationsfähigkeit gegeben und eine Entzugsbehandlung und spätere spezifische Rehabilitation („Entwöhnung“) in einer entsprechend spezialisierten Einrichtung beziehungsweise Abteilung vorrangig.

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben: Da es sich bei der ADHS im Erwachsenenalter um eine Verhaltens- und emotionale Störung mit Beginn in der Kindheit und Jugend handelt, kann es bei schwerer und anhaltender Ausprägung der Symptomatik bereits früh zu erheblichen Beeinträchtigungen der sozialen Teilhabe in den Bereichen Vorschule, Schule, Berufsausbildung, Studium sowie Berufsausübung kommen. Frühzeitige Diagnosestellung und Behandlung sind daher immens wichtig, auch um eine zusätzliche Stigmatisierung der Betroffenen infolge der jahrelangen Fehldeutung des Verhaltens als problemlos willentlich beeinflussbare „Launenhaftigkeit“ zu vermeiden. Eine ausgeprägte ADHS in Wechselwirkung mit sozialer Ablehnung kann unter anderem zu häufigen Arbeitsplatz- und Berufswechseln oder zu Arbeitslosigkeit führen, aber im Extremfall auch dazu, dass erst gar kein Schulabschluss erworben wird. Hier fehlen dann oft die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für Leistungen seitens der gesetzlichen Rentenversicherung. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben kommen für die weniger schwer betroffenen Versicherten in Frage, bei denen zwar deutliche Beeinträchtigungen der Teilhabe bestehen, die aber von Anpassungen am Arbeitsplatz (zum Beispiel Ausschluss von Publikumsverkehr und risikobehafteten Überwachungstätigkeiten) oder auch von der Auswahl einer geeigneten Tätigkeit profitieren können. Gut strukturierte, überschaubare Tätigkeiten ohne besondere Anforderungen an Daueraufmerksamkeit und -konzentration können je nach Fähigkeitsprofil des Einzelnen ebenso in Frage kommen wie kreative Tätigkeiten in einem toleranten und relativ große Freiräume beinhaltenden Arbeitsumfeld. Die Indikation für eine nicht selten von Versicherten mit ADHS im Erwachsenenalter wiederholt gewünschte berufliche Umorientierung ist daher nur anhand der Kenntnis der individuellen Konstellation von Fähigkeiten, Beeinträchtigungen und Ressourcen zu prüfen.

9. Anhang

9.1 Das AMDP-System zur Dokumentation psychiatrischer Befunde

Das von der Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie (AMDP) erarbeitete System dient der Dokumentation der psychiatrischen Anamnese sowie des psychopathologischen und des somatischen Befundes auf fünf Belegbögen. Das Kernstück des Systems stellt der Belegbogen „Psychischer Befund“ dar, dessen Merkmale unten aufgezählt sind. Das AMDP-System gehört zu der Gruppe der Fremdbeurteilungsverfahren. Dennoch ist auf das Vorhandensein vieler psychopathologischer Merkmale nur indirekt auf der Basis von Verhaltensbeobachtung durch den Untersucher und Schilderung eigenen Erlebens durch den Probanden zu schließen. Aus diesem Grunde wurde bei jedem psychopathologischen Merkmal angegeben, ob es sich um ein reines Beobachtungs- oder Verhaltensmerkmal (F = Fremdbeurteilung), um ein Erlebnismerkmal (S = Selbstbeurteilung) oder um eine Mischung aus beiden Elementen handelt. Im AMDP-System werden zu allen Merkmalen Definitionen, Hinweise zur Schweregradeinteilung und abgrenzende Merkmale angegeben, die dem Manual zu entnehmen sind.

- Abkürzungen:** S: Die Selbstbeurteilung ist allein heranzuziehen.
 F: Die Fremdbeurteilung ist allein heranzuziehen.
 SF: Selbst- und Fremdbeurteilung sind gleichwertig.
 sF: Die Selbstbeurteilung ist weniger bedeutsam als die Fremdbeurteilung.
 Sf: Die Selbstbeurteilung ist bedeutsamer als die Fremdbeurteilung.

<p>Bewusstseinsstörungen</p> <ul style="list-style-type: none"> → Bewusstseinsverminderung (F) → Bewusstseinstrübung (F) → Bewusstseinsengung (sF) → Bewusstseinsverschiebung (Sf) 	<p>Orientierungsstörungen</p> <ul style="list-style-type: none"> → Zeitliche Orientierungsstörung (sF) → Örtliche Orientierungsstörung (sF) → Situative Orientierungsstörung (sF) → Orientierungsstörungen zur eigenen Person (sF)
<p>Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen</p> <ul style="list-style-type: none"> → Auffassungsstörungen (sF) → Konzentrationsstörungen (sF) → Merkfähigkeitsstörungen (sF) → Gedächtnisstörungen (sF) → Konfabulationen (F) → Paramnesien (F) 	<p>Formale Denkstörungen</p> <ul style="list-style-type: none"> → Gehemmt (S) → Verlangsamt (F) → Umständlich (F) → Eingeengt (F) → Perseverierend (F) → Grübeln (nicht zwanghaft) (S) → Gedankendrängen (S) → Ideenflüchtig (F) → Vorbeireden (F) → Gesperrt / Gedankenabreißen (SF) → Inkohärent / zerfahren (F) → Neologismen (F)

<p>Befürchtungen und Zwänge</p> <ul style="list-style-type: none"> → Misstrauen (sF) → Hypochondrie (nicht wahnhaft) (SF) → Phobien (Sf) → Zwangsdanken (S) → Zwangsimpulse (S) → Zwangshandlungen (SF) 	<p>Wahn</p> <ul style="list-style-type: none"> → Wahnstimmung (sF) → Wahrnehmung (Sf) → Wahneinfall (SF) → Wahngedanken (SF) → Systematisierter Wahn (sF) → Wahndynamik (F) → Beziehungswahn (sF) → Beeinträchtigungs- und Verfolgungswahn (sF) → Eifersuchtswahn (sF) → Schuldwahn (sF) → Verarmungswahn (sF) → Hypochondrischer Wahn (sF) → Größenwahn (sF) → Andere Inhalte (sF)
<p>Sinnestäuschungen</p> <ul style="list-style-type: none"> → Illusionen (S) → Stimmenhören (Phoneme) (S) → Andere akustische Halluzinationen (Akoasmen) (S) → Optische Halluzinationen (S) → Körperhalluzinationen (S) → Geruchs- und Geschmackshalluzinationen (S) 	<p>Ich-Störungen</p> <ul style="list-style-type: none"> → Derealisation (S) → Depersonalisation (S) → Gedankenausbreitung (S) → Gedankenentzug (S) → Gedankeneingebung (S) → Andere Fremdbeeinflussungserlebnisse (S)
<p>Störungen der Affektivität</p> <ul style="list-style-type: none"> → Ratlos (sF) → Gefühl der Gefühllosigkeit (S) → Affektarm (F) → Störung der Vitalgefühle (S) → Deprimiert (sF) → Hoffnungslos (Sf) → Ängstlich (Sf) → Euphorisch (sF) → Dysphorisch (sF) → Gereizt (sF) → Innerlich unruhig (S) → Klagsam / Jammerig (F) → Insuffizienzgefühle (S) → Gesteigertes Selbstwertgefühl (sF) → Schuldgefühle (S) → Verarmungsgefühle (S) → Ambivalent (Sf) → Parathymie (F) → Affektlabil (sF) → Affektinkontinent (sF) → Affektstarr (F) 	<p>Antriebs- und psychomotorische Störungen</p> <ul style="list-style-type: none"> → Antriebsarm (SF) → Antriebsgehemmt (S) → Antriebsgesteigert (sF) → Motorisch unruhig (SF) → Parakinesen (F) → Manieriert / Bizarr (F) → Theatralisch (F) → Mutistisch (F) → Logorrhöisch (sF)

Circadiane Besonderheiten → Morgens schlechter (Sf) → Abends schlechter (Sf) → Abends besser (Sf)	Andere Störungen → Sozialer Rückzug (SF) → Soziale Umtriebigkeit (sF) → Aggressivität (sF) → Suizidalität (Sf) → Selbstbeschädigung (SF) → Mangel an Krankheitsgefühl (sF) → Mangel an Krankheitseinsicht (sF) → Ablehnung der Behandlung (sF) → Pflegebedürftigkeit (F)
---	--

9.2 Psychodiagnostische Zusatzuntersuchungen im Rahmen der psychiatrisch-psychotherapeutischen Begutachtung, Beispiele

Weitergehende Informationen zum Einsatz psychodiagnostischer Zusatzuntersuchungen siehe Kapitel 5.4.8.

9.2.1 Psychodiagnostische Einzelverfahren

Angst und Depressivität

Allgemeine Depressionsskala (ADS)	M. Hautzinger, M. Bailer
State-Trait-Angstinventar (STAI)	L. Laux, P. Glanzmann, P. Schaffner, C. D. Spielberger
Hospital Anxiety and Depression Scale, deutsche Version (HADS-D)	C. Herrmann-Lingen, U. Buss, R. P. Snaith
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)	W. Obermair, K. D. Stoll, K. Rickels
Patient Health Questionnaire, deutsche Version (PHQ-D)	B. Löwe, R. L. Spitzer, S. Zipfel, W. Herzog

Persönlichkeitsfaktoren/-struktur, Selbstkonzept

Freiburger-Persönlichkeits-Inventar (FPI-R)	J. Fahrenberg, R. Hampel, H. Selg
16-Persönlichkeits-Faktoren-Test (16 PF-R)	K. A. Schneewind, G. Schröder, R. B. Cattell
Gießen-Test (GT)	D. Beckmann, E. Brähler, H. E. Richter
Repertory Grid Technik (RGT)	R. Riemann
Minnesota Multiphasic Personality Inventory, revidierte, deutschsprachige Fassung (MMPI-2)	S. R. Hathaway, J. C. McKinley, R. R. Engel

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

Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit (KKG)	A. Lohaus, G. M. Schmitt
Stressverarbeitungsfragebogen (SVF)	W. Janke
Trierer Skalen zur Krankheitsbewältigung (TSK)	T. Klauer, S.-H. Filipp
Fragebogen zur Abschätzung des Psychosomatischen Krankheitsgeschehens (FAPK)	C. Koch
Fragebogen zur Messung der Psychotherapiemotivation (FMP)	W. Schneider
Fragebogen zur Psychotherapiemotivation FPTM-40	H. Schulz, R. Nübling, H. Rüdell
Leistungsmotivationsinventar (LMI)	H. Schuler, M. Prochaska
Fragebogen zur Patienten-Rehabilitationsmotivation (PAREMO)	K. Hafen, R. Nübling, N. Töns, J. Bengel, J. Jastrebow

Allgemeine intellektuelle Leistungsfähigkeit

Hamburg-Wechsler-Intelligenztest für Erwachsene (HAWIE-R)	U. Tewes
Intelligenz-Struktur-Test (I-S-T-2000 R)	D. Liepmann, A. Beauducel, B. Brocke, R. Amthauer
Leistungs-Prüf-System (LPS)	W. Horn
Standard Progressive Matrices (SPM)	J. Raven
Intelligenz-Struktur-Analyse (ISA)	G. Gittler
Culture Fair Test 1 (CFT 1)	R. B. Cattell, R. H. Weiß, J. Osterland

Allgemeines Wissen, verbales (= kristallines, bildungsabhängiges) intellektuelles Leistungsniveau

Mehrfachwahl-Wortschatz-Intelligenztest (MWT-A)	S. Lehrl, J. Merz, G. Burkhard, S. Fischer
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, A. Scherzer, E. Urban, H. Gangl, C. Brandstätter
Wisconsin Card Sorting Test (WCST)	D. A. Grant, E. A. Berg

Aufmerksamkeitsbelastung; Konzentrationsvermögen

Test d2 Aufmerksamkeits-Belastungs-Test	R. Brickenkamp
Frankfurter Aufmerksamkeits-Inventar (FAIR)	H. Moosbrugger, J. Oehlschlägel
Konzentrations-Leistungs-Test (KLT-R)	H. Düker, G. A. Lienert; Neubearbeitung: H. Lukesch, S. Mayrhofer
Konzentrations-Rechentest (KRT)	K.-D. Hänsgen
Wahlreaktionstest nach Hick (WRT)	G. Gediga, H. Schöttke
Konzentrations-Verlaufs-Test (KVT)	D. Abels
Arbeitskurve/Mainzer Revision (AMR)	E. Christiansen
Zahlenverbindungstest (ZVT)	W. D. Oswald, E. Roth
Testbatterie zur Aufmerksamkeitsprüfung (TAP)	P. Zimmermann, B. Fimm

Wahrnehmung/Visuomotorik

Reaktionszeitanalyse (RA)	Wiener Testsystem
Wiener Determinationsgerät (WDG)	

Umstellfähigkeit, Interferenzfreiheit, Verarbeitungskapazität, Bearbeitungsgeschwindigkeit zum Beispiel bei geistiger Tempoarbeit

Umstell-Interferenz-Test	K.-D. Hänsgen
Arbeitsleistungsserie (ALS)	Wiener Testsystem
Cognitrone (COG)	Wiener Testsystem
Tapping (TAP)	K.-D. Hänsgen
Block Tapping Test	D. Schellig
Trail Making Test	R. M. Reitan

Gedächtnis (verbal/nonverbal; Kurzzeit-/Langzeitgedächtnis; Abruf von Informationen: Wiedererkennen/Assoziation/freie Erinnerung)

Gedächtnisspanne (GSP)	K.-D. Hänsgen
Verbalgedächtnis (VEG)	K.-D. Hänsgen, B. Rosenfeldt
Zahlengedächtnis (ZGV/ZGR)	K.-D. Hänsgen
Memo-Test	A. Schaaf, J. Kessler, M. Grond, G. R. Fink
Visuelles Gedächtnis (VIG)	K.-D. Hänsgen
Berliner Amnesie Test (BAT)	P. Metzler, J. Voshage, P. Rösler
Syndrom-Kurztest (SKT)	H. Erzigkeit
Word Memory Test (WMT)	P. Green
Test of Memory Malingering (TOMM)	T. N. Tombaugh
Aggravations- und Simulationstest (AST)	A. Eberl, H. Wilhelm

Demenzscreening

DemTect	P. Calabrese, E. Kalbe, J. Kessler, F. Berger
Mini-Mental-Status-Test (MMST)	M. F. Folstein, S. E. Folstein, P. R. McHugh, J. Kessler, P. Denzler, H. J. Markowitsch

Verfahren mit Bezug zu Beruf, Arbeit und Arbeitswelt

Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster (AVEM)	U. Schaarschmidt, A. W. Fischer
Bochumer Inventar zur berufsbezogenen Persönlichkeitsbeschreibung (BIP)	R. Hossiep, M. Paschen
Fragebogen zur Erfassung beruflicher Gratifikationskrisen (ERI)	J. Siegrist
Mini-ICF-Rating für Aktivitäts- und Partizipationsstörungen bei psychischen Erkrankungen (Mini-ICF-APP)	M. Linden, S. Baron, B. Muschalla
ICF-konformer Fragebogen für die Selbstbeurteilung von Aktivitäten und Teilhabe bei psychischen Störungen (ICF AT 50-Psych)	M. Nosper
Integration von Menschen mit Behinderungen in die Arbeitswelt (IMBA)	IMBA-Projektteam
Merkmalsprofile zur Eingliederung Leistungsgewandelter und Behinderter in Arbeit (MELBA)	F. Föhres, A. Kleffmann, B. Müller, S. Weinmann
Work Ability Index (WAI)	K. Tuomi, J. Ilmarinen, A. Jahkola, L. Katajarinne, A. Tulkki
Copenhagen Psychosocial Questionnaire, deutsche Standardversion (COPSOQ)	M. Nübling, U. Stöbel, H.-M. Hasselhorn, M. Michaelis, F. Hofmann
Index zur Messung der Einschränkungen der Teilhabe (IMET)	R. Deck, O. Mittag, A. Hüppe, C. Muche-Borowski, H. Raspe

Screeninginstrument zur Erkennung eines Bedarfs an Maßnahmen medizinisch-beruflicher Orientierung (SIMBO)	M. Streibelt, H. Gerwin, T. Hansmeier, K. Thren, W. Müller-Fahrnow
Würzburger Screening (zur Identifikation von beruflichen Problemlagen und des Bedarfs an berufsorientierten und beruflichen Rehabilitationsleistungen)	S. Löffler, H-D. Wolf, H. Vogel
Screening-Instrument für Beruf und Arbeit in der Rehabilitation (SIBAR)	W. Bürger, R. Deck, I. Fuhrmann
Fragebogen zur Erfassung der berufsbezogenen Therapiemotivation (FBTM)	R. Zwerenz, R.J. Knickenberg, L. Schattenburg, M. E. Beutel
Indikatorenliste zur sozialmedizinischen Bewertung der Reintegrationsprognose und des Rehabilitationsbedarfs (IREPRO)	B. Hesse, E. Gebauer, G. Heuft
Skala zur globalen Erfassung des Funktionsniveaus (Global Assessment of Functioning, GAF)	Achse V des DSM-IV (APA)

Verfahren in der Diagnostik somatoformer Störungen

Screening für Somatoforme Störungen (SOMS)	W. Rief, W. Hiller
Beeinträchtigungs-Schwere-Score (BSS)	H. Schepank

Verfahren in der ADHS-Diagnostik

Conners Adult ADHD Rating Scales (CAARS)	C. K. Conners, D. Ehrhardt, E. Sparrow
ADHS-Selbstbeurteilungsskala (ADHS-SB)	M. Rösler, W. Retz, P. Retz-Junginger, R.-D. Stieglitz
Wender-Utah-Rating-Scale, deutsche Kurzform (WURS-k)	P. Retz-Junginger, W. Retz, D. Blocher, H.-G. Weijers, G.-E. Trott, P.H. Wender, M. Rösler

Diagnostik bei Burn-out-Syndrom

Maslach Burnout Inventory (MBI)	C. Maslach, S. E. Jackson, M. Leiter
---------------------------------	--------------------------------------

Diagnostik bei Tinnitus

Tinnitus-Fragebogen (TF)	G. Goebel, W. Hiller
Strukturiertes Tinnitus-Interview (STI)	G. Goebel, W. Hiller

Diagnostik bei Verhaltensstörungen durch intensiven Gebrauch von Computer und Internet

Kurzfragebogen zu Problemen beim Computergebrauch (KPC)	J. Petry
Compulsive Internet Use Scale (CIUS)	G. J. Meerkerk, R. Van Den Eijnden, A. A. Vermulst, H. F. L. Garretsen

9.2.2 Verfahren zur Diagnosesicherung (ICD-10/DSM-IV)

Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV (SKID), siehe 5.4.8	H.-U. Wittchen, M. Zaudig, T. Fydrich
Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen (DIPS), siehe 5.4.8	S. Schneider, J. Margraf
Internationale Diagnose Checklisten für ICD-10 (IDCL), siehe 5.4.8	W. Hiller, M. Zaudig, W. Mombour

9.2.3 Computer-Diagnostik- und Trainingssysteme

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

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

9.3 Glossar

Folgende Begriffe wurden auszugsweise aus dem Sozialmedizinischen Glossar der Deutschen Rentenversicherung übernommen (www.deutsche-rentenversicherung.de).

Arbeitsschwere, körperliche

Die körperliche Arbeitsschwere bezeichnet bei der sozialmedizinischen Beurteilung der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben ausschließlich die körperliche Belastung bei der Ausübung einer Tätigkeit. Die Arbeitsschwere wird unter anderem definiert durch Kraftaufwand, Dauer und Häufigkeit der geforderten Verrichtungen. Unterschieden werden nach der REFA-Klassifizierung zum Beispiel leichte, leichte bis mittelschwere, mittelschwere und schwere Arbeit.

- **Arbeit, leichte:** Als leichte Arbeit werden Tätigkeiten bezeichnet wie Handhaben leichter Werkstücke und Handwerkszeuge, Tragen von weniger als 10 kg, Bedienen leichtgehender Steuerhebel und Controller oder ähnlicher mechanisch wirkender Einrichtungen und lang dauerndes Stehen oder ständiges Umhergehen (bei Dauerbelastung). Es können auch bis zu 5 % der Arbeitszeit (oder zweimal pro Stunde) mittelschwere Arbeitsanteile enthalten sein. Belastende Körperhaltungen (Zwangshaltungen, Haltearbeit) erhöhen die Arbeitsschwere um eine Stufe.
- **Arbeit, leichte bis mittelschwere:** Bei leichter bis mittelschwerer Arbeit ist der Anteil mittelschwerer Arbeit auf höchstens 50 % begrenzt.
- **Arbeit, mittelschwere:** Als mittelschwere Arbeit werden Tätigkeiten bezeichnet wie Handhaben etwa 1 bis 3 kg schwerkörperlicher Steuereinrichtungen, unbelastetes Begehen von Treppen und Leitern (bei Dauerbelastung), Heben und Tragen mittelschwerer Lasten in der Ebene von 10 bis 15 Kilogramm oder Hantierungen, die den gleichen Kraftaufwand

erfordern. Auch leichte Arbeiten mit zusätzlicher Ermüdung durch Haltearbeit mäßigen Grades sowie Arbeiten am Schleifstein, mit Bohrwinden und Handbohrmaschinen werden als mittelschwere Arbeit eingestuft. Es können auch bis zu 5% der Arbeitszeit (oder zweimal pro Stunde) schwere Arbeitsanteile enthalten sein. Belastende Körperhaltungen (Haltearbeit, Zwangshaltungen) erhöhen die Arbeitsschwere um eine Stufe.

→ **Arbeit, schwere:** Als schwere Arbeit werden Tätigkeiten bezeichnet wie Tragen von bis zu 40 kg schweren Lasten in der Ebene oder Steigen unter mittleren Lasten und Handhaben von Werkzeugen (über 3 kg Gewicht), auch von Kraftwerkzeugen mit starker Rückstoßwirkung, Schaufeln, Graben und Hacken. Auch mittelschwere Arbeiten in angespannter Körperhaltung, zum Beispiel in gebückter, kniender oder liegender Stellung können als schwere Arbeit eingestuft werden. Belastende Körperhaltungen (Zwangshaltungen, Haltearbeit) erhöhen die Arbeitsschwere um eine Stufe.

Arbeit, taktgebundene

Taktgebundene Arbeit bezeichnet Arbeit, bei der das Arbeitstempo von außen vorgegeben wird und nicht individuell beeinflusst werden kann (zum Beispiel Fließbandarbeit).

Arbeitsorganisation

Der Begriff der Arbeitsorganisation wird zum einen im Sinne der Ausgestaltung einer betrieblichen Einheit oder Organisation und zum anderen im Sinne der individuellen Fähigkeit zur strukturierten Erledigung von Arbeitsaufgaben verwendet. Hinsichtlich der individuellen Fähigkeit zur Arbeitsorganisation wird diese aber zugleich von den betrieblichen Gegebenheiten im Sinne von Vorgaben oder Freiheitsgraden beeinflusst. Unter sozialmedizinischen Gesichtspunkten werden unter dem Begriff Arbeitsorganisation Merkmale wie taktgebundene Arbeit, Schichtarbeit und Arbeitspausen erfasst, die bei der sozialmedizinischen Beurteilung des Leistungsvermögens im Erwerbsleben bedeutsam sein können.

Kraftfahreignung

Die Begriffe Kraftfahreignung, Kraftfahrereignung und Kraftfahrtauglichkeit werden synonym verwendet. Geeignet zum Führen von Kraftfahrzeugen ist, wer die notwendigen körperlichen und geistigen Anforderungen erfüllt und nicht erheblich oder nicht wiederholt gegen verkehrsrechtliche Vorschriften oder gegen Strafgesetze verstoßen hat (§ 2 Straßenverkehrsgesetz – StVG). Die Verordnung über die Zulassung von Personen zum Straßenverkehr (Fahrerlaubnis-Verordnung-FeV vom 18.8.1998) regelt – entsprechend europäischem Recht – die Einteilung der Fahrerlaubnisklassen sowie deren Geltungsdauer und enthält detaillierte Mindestanforderungen an die Tauglichkeit der Fahrerlaubnisbewerber und Fahrerlaubnisinhaber. Für die Beurteilung liegen „Begutachtungsleitlinien zur Kraftfahrereignung“ vor, herausgegeben von der Bundesanstalt für Straßenwesen (www.bast.de, 2010).

Leistungsvermögen im Erwerbsleben

Das Leistungsvermögen im Erwerbsleben kann in einen qualitativen und quantitativen Anteil aufgeteilt werden. Das qualitative Leistungsvermögen ist die Zusammenfassung der festgestellten positiven und negativen Fähigkeiten, das heißt der festgestellten Ressourcen im Hinblick auf die noch zumutbare körperliche Arbeitsschwere, Arbeitshaltung und Arbeitsorganisation (positives qualitatives Leistungsvermögen) und der Fähigkeiten, die krankheitsbedingt oder behinderungsbedingt nicht mehr bestehen beziehungsweise wegen der Gefahr einer gesundheitlichen Verschlimmerung nicht mehr zu verwerten sind (negatives qualitatives Leistungsvermögen).

Das quantitative Leistungsvermögen gibt den zeitlichen Umfang an, in dem eine Erwerbstätigkeit unter den festgestellten/ beurteilten Bedingungen des qualitativen Leistungsvermögens arbeitstäglich ausgeübt werden kann, das heißt zumutbar ist.

Für die Prüfung eines Anspruchs auf Rente wegen Erwerbsminderung wird bei dem quantitativen Leistungsvermögen die Angabe aus den 3 möglichen Kategorien 6 Stunden und mehr, 3 bis unter 6 Stunden, unter 3 Stunden arbeitstäglich benötigt. Die bisherigen Kategorien vollschichtig (= übliche ganztägige Arbeitszeit), halb- bis unter vollschichtig (= mindestens die Hälfte der üblichen Arbeitszeit) und 2 Stunden bis unter halbschichtig und aufgehobenes Leistungsvermögen sind nur noch in Fällen zugrunde zulegen, in denen das Leistungsvermögen nach dem bis 31.12.2000 geltenden Recht der §§ 43, 44 SGB VI zu beurteilen ist.

Das Leistungsvermögen im Erwerbsleben ist für die gesetzliche Rentenversicherung gleichbedeutend mit dem Begriff Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben.

Publikumsverkehr

Das Arbeitsplatzmerkmal „Publikumsverkehr“ ist durch den direkten und häufig wechselnden Kontakt mit persönlicher Begegnung von Beschäftigten mit Personen, die nicht der Arbeitsstätte zuzuordnen sind, geprägt. Bestimmte Erkrankungen und Behinderungen (zum Beispiel Kommunikations- und Interaktionsstörungen infolge von Hör- oder Sprachstörungen oder Persönlichkeitsstörungen, unästhetisch erscheinende Hauterkrankungen oder Narben im Gesichtsbereich, Infektionsgefährdung bei Immunschwäche) können die Einsetzbarkeit eines Arbeitnehmers für den Publikumsverkehr einschränken. Bei der sozialmedizinischen Beurteilung des Leistungsvermögens sind die qualitativen Leistungseinschränkungen im Einzelfall nachvollziehbar zu beschreiben.

Reaktionsvermögen

Reaktionsvermögen ist die Fähigkeit, visuelle, akustische oder andere Wahrnehmungen rasch und in zweckmäßiger Weise zu beantworten, zum Beispiel durch Handbewegungen, Fußbewegungen, Ausweichen des Körpers.

Schichtarbeit

Schichtarbeit umfasst alle Formen der Arbeitsorganisation, bei denen Arbeit entweder zu wechselnden Zeiten oder zu konstanter, aber ungewöhnlicher Zeit verrichtet wird. In der Arbeitswelt wird daher zwischen Wechselschichtsystemen und permanenten Schichtsystemen unterschieden. Bei einem Wechselschichtsystem wechseln sich die Arbeitnehmer einer Schicht meist regelmäßig in der Schichtenfolge ab (zum Beispiel eine Woche Früh-, eine Woche Spät- und eine Woche Nachtschicht.) Bei permanenten Schichtsystemen wird der Arbeitsplatz zwar nacheinander von mehreren Arbeitnehmern besetzt, aber es findet kein Wechsel in der Schichtfolge statt (zum Beispiel Dauer-Nachtschicht).

Für den Begriff der Schichtarbeit ist wesentlich, dass eine bestimmte Arbeitsaufgabe über einen erheblich längeren Zeitraum als die wirkliche Arbeitszeit eines Arbeitnehmers hinaus anfällt und daher von mehreren (mindestens 2) Arbeitnehmern oder Arbeitnehmergruppen in einer geregelten zeitlichen Reihenfolge erbracht wird. Einzelne Schichten müssen sich dabei nicht unmittelbar aneinander anschließen, sie können sich auch überschneiden.

Soweit Schichtsysteme unter Einbeziehung von Nachtschichten bestehen, ist aus sozialmedizinischer Sicht gegebenenfalls die Beeinflussung der Circadianrhythmik (des tageszeitlichen Rhythmus) im Sinne der Verschlechterung bestehender Erkrankungen wie zum Beispiel Diabetes mellitus, Bluthochdruck und

psychische Störungen oder des Auftretens neuer Gesundheitsstörungen (zum Beispiel Schlafstörungen) zu berücksichtigen.

Stress, arbeitsbedingter

Arbeitsbedingter Stress ist eine emotionale, kognitive, verhaltensmäßige und physiologische Reaktion auf widrige und schädliche Aspekte des Arbeitsinhalts, der Arbeitsorganisation und der Arbeitsumgebung (Europäische Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz, 2002). Stress ist ein Zustand, der durch hohe Aktivierungs- und Belastungsniveaus gekennzeichnet ist und oft mit dem Gefühl verbunden ist, man könne die Situation nicht bewältigen.

Aussagen in der sozialmedizinischen Beurteilung des Leistungsvermögens wie zum Beispiel „Tätigkeiten mit erhöhtem Stress sind zu vermeiden“ sind nicht hilfreich und daher zu unterlassen. Der Gutachter sollte die einzelnen Einflussfaktoren, die vermieden werden sollen, benennen (zum Beispiel erhöhter Zeitdruck, Publikumsverkehr, komplexe oder ungewohnte Arbeitsvorgänge).

Tagesschicht

Tagesschicht ist im System der Schichtarbeit die Arbeitsschicht, die in Regel zwischen 6 und 18 Uhr liegt. Arbeitsschichten innerhalb eines Zeitrahmens von 6 bis 18 Uhr werden üblicherweise als Normalschicht bezeichnet.

Tätigkeit, letzte berufliche

„Letzte berufliche Tätigkeit“ ist die berufliche Tätigkeit, die vor Eintritt der Erwerbsminderung zuletzt verrichtet worden ist oder zur Zeit tatsächlich noch ausgeübt wird.

Das ärztliche Gutachten für die gesetzliche Rentenversicherung und der einheitliche Entlassungsbericht in der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung enthalten im Rahmen der sozialmedizinischen Beurteilung des Leistungsvermögens im Erwerbsleben eine Angabe des zeitlichen Umfangs, in dem die letzte berufliche Tätigkeit ausgeübt werden kann. Dabei sollen eine tätigkeitsbezogene Berufsbezeichnung und Hinweise auf die Arbeitsbedingungen angegeben werden.

Es wird immer die zuletzt ausgeübte Tätigkeit mit Ausnahme von Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen angegeben, auch dann, wenn zur Zeit keine Erwerbstätigkeit ausgeübt wird. Dies betrifft Arbeitslose, Sozialhilfeempfänger, Hausfrauen, Versicherte, die eine Rentenleistung wegen Erwerbsminderung erhalten, oder Versicherte, deren zuletzt ausgeübte Tätigkeit mit dem erlernten Beruf nicht übereinstimmt.

Umstellungs- und Anpassungsvermögen

Umstellungs- und Anpassungsvermögen bezeichnet die Fähigkeit zum situationsgerechten Denken und Handeln bei unterschiedlichen körperlichen, psychischen und sozialen Anforderungen. Im Arbeitsprozess steigt der Grad der Anforderung an diese Fähigkeit mit wachsender Variabilität der zu erledigenden Arbeitsaufgaben. Im Rahmen der beruflichen Neuorientierung wird diese Fähigkeit bei der Einarbeitung in bisher unbekannte Tätigkeitsbereiche abverlangt.

Verantwortung

Der Begriff Verantwortung bezeichnet in Bezug auf die Arbeitswelt die Anforderung, die übertragenen Arbeitsaufgaben den Vorschriften, der Sache und den beteiligten oder betroffenen Personen entsprechend sorgfältig, eigenständig und zuverlässig ausführen zu können und die Konsequenzen des eigenen Handelns überschauen und tragen zu können.

Aufgrund körperlicher und psychischer Erkrankungen können sich Einschränkungen bei der Übernahme von Verantwortung ergeben. Bei der sozialmedizinischen Beurteilung des Leistungsvermögens im Erwerbsleben sollte dabei möglichst das betroffene Verantwortungsgebiet benannt und Einschränkungen begründet dargelegt werden (zum Beispiel Ausschluss der Übernahme von Verantwortung für Personen und/oder Maschinen).

Wechselschicht

Die Wechselschicht ist Bestandteil eines Wechselschichtsystems, bei dem sich die Arbeitnehmer einer Arbeitsschicht meist regelmäßig in der Schichtenfolge abwechseln (zum Beispiel eine Woche Früh-, eine Woche Spät- und eine Woche Nachtschicht). Wechselschicht kann zum Beispiel auch in kürzeren Abschnitten vereinbart werden, wobei der Beginn der Arbeit über die Woche hinweg zeitlich „rollen“ kann („rollende Arbeitszeit“, „rollende Woche“).

Zeitdruck

Mit Zeitdruck wird eine im Vergleich zur Normalleistung erhöhte Anforderung von Arbeitsaufgaben, die innerhalb eines vorgegebenen Zeitrahmens zu bewältigen sind, bezeichnet.

Normalleistung ist diejenige Leistung, die von jedem hinreichend geeigneten Arbeitnehmer nach genügender Übung und ausreichender Einarbeitung ohne Gesundheitsschäden auf Dauer in der vorgegebenen Arbeitszeit erreicht werden kann.

Zeitumfang von Körperhaltungen

Die folgenden Begriffe finden im Rahmen der sozialmedizinischen Beurteilung des Leistungsvermögens im Erwerbsleben Anwendung bei der Einschätzung des zumutbaren zeitlichen Umfangs einer Körperhaltung (Gehen, Stehen, Sitzen):

- **ständig:** Zeitumfang von mehr als 90 % der Arbeitszeit
- **überwiegend:** Zeitumfang von 51 % bis 90 % der Arbeitszeit
- **zeitweise:** Zeitumfang von bis zu 10 % der Arbeitszeit.

Wird in einem Gutachten „zeitweise“ angegeben, muss zumindest eine andere Körperhaltung mit „überwiegend“ oder „ständig“ bewertet werden, wenn ein Leistungsvermögen von mehr als 3 Stunden täglich besteht.

Zeitumfang von Tätigkeiten

Die folgenden Begriffe finden im Rahmen der sozialmedizinischen Beurteilung des Leistungsvermögens im Erwerbsleben Anwendung in Verbindung mit bestimmten Tätigkeiten wie Heben und Tragen, Bücken oder Bildschirmarbeit:

- **gelegentlich:** Zeitumfang von bis zu 5 % der Arbeitszeit.
- **häufig:** Zeitumfang von 51 % bis 90 % der Arbeitszeit.

10. Erstellungsprozess der Leitlinie

Geltungsbereich und Zweck der Leitlinie:

Zielsetzung der Erstellung von Leitlinien für den sozialmedizinischen Beurteilungsprozess ist die Qualitätssicherung der sozialmedizinischen Beurteilung des Leistungsvermögens im Erwerbsleben. Bei der sozialmedizinischen Beurteilung des Leistungsvermögens werden aus Schädigungen von Körperstrukturen und Körperfunktionen (einschließlich psychischer Funktionen) sowie Beeinträchtigungen von Aktivitäten und Teilhabe unter Berücksichtigung von Kontextfaktoren im Rahmen eines sozialmedizinischen Bewertungsprozesses sozialrechtlich relevante Kategorien gewonnen. Transparenz und Nachvollziehbarkeit im Verwaltungsverfahren sollen erhöht und die Gleichbehandlung aller Versicherten sichergestellt werden.

Inhalt der Leitlinie:

Die vorliegende Leitlinie bezieht sich im Wesentlichen auf die sozialmedizinischen Aspekte. Gesetzliche Grundlagen werden aufgeführt, sofern sie als Hintergrundwissen für die Beurteilung des Leistungsvermögens hilfreich sind. Auf die Niederlegung von Details zum Verwaltungsverfahren wird verzichtet. Die Gliederung der Leitlinie orientiert sich an der sozialmedizinischen Bedeutung, der erforderlichen Sachaufklärung, der Definition, Einteilung und Symptomatik der Krankheitsbilder sowie an den Aussagen zur Beurteilung des Leistungsvermögens aus sozialmedizinischer Sicht. Im Mittelpunkt der Beurteilung des Leistungsvermögens steht die Bewertung der Schädigungen von Körperstrukturen und Körperfunktionen (einschließlich psychischer Funktionen) sowie der Beeinträchtigungen von Aktivitäten und Teilhabe (Funktionsbefunde und Fähigkeitsstörungen) unter Berücksichtigung von Kontextfaktoren sowie der Abgleich von individuellem Leistungsvermögen und Anforderungen im Erwerbsleben.

Zielgruppen:

Zielgruppen für die Erstellung der vorliegenden Leitlinie sind sowohl die sozialmedizinischen Dienste bei den Trägern der Deutschen Rentenversicherung als auch externe Gutachter und Rehabilitationskliniker, die in die sozialmedizinische Beurteilung des Leistungsvermögens eingebunden sind. Darüber hinaus ist die Leitlinie für andere Sozialleistungsträger oder mit Fragen der Rehabilitation befasste Institutionen von Interesse, um mit den Beurteilungskriterien der gesetzlichen Rentenversicherung vertraut zu werden. Den Versicherten und ihren Vertretern, zum Beispiel Selbsthilfegruppen, bietet die Leitlinie Informationen und erhöht Transparenz und Nachvollziehbarkeit sozialmedizinischer Beurteilungen.

Beteiligung von Interessengruppen:

Im Erstellungsprozess der Leitlinie sind die Anwender (Ärztinnen und Ärzte in sozialmedizinischen Diensten) und die verantwortlichen Leitenden Ärztinnen und Ärzte der Träger der Deutschen Rentenversicherung repräsentativ vertreten. In die Konsentierung wurden als betroffene Fachgruppen darüber hinaus leitende Ärzte aus Rehabilitationseinrichtungen einbezogen und auch Fachgesellschaften sowie Versicherte sind durch Beteiligte am Konsentierungsverfahren vertreten. Zu den Versicherten zählen sowohl diejenigen, die Leistungen auf Grund von Krankheit oder Behinderung in Anspruch nehmen als auch jene, die diese Leistungen im Rahmen einer Solidarversicherung mit finanzieren.

Im Rahmen der umfassenden Implementierung der Leitlinie sind Rückmeldungen über Brauchbarkeit, Praktikabilität und Akzeptanz aus der Anwenderzielgruppe an die Redaktionsgruppe vorgesehen.

Methodologische Exaktheit der Leitlinienentwicklung:

Grundlage der Leitlinienentwicklung ist die Zusammenführung von Expertenwissen und Kriterien auf der Basis des Ist-Zustandes der sozialmedizinischen Beurteilung des Leistungsvermögens zur Sicherung der Entscheidungsqualität. Die Fakten aus dem täglichen Handeln der Ärztinnen und Ärzte von sozialmedizinischen Diensten der Rentenversicherungsträger werden unter Einbeziehung sozialmedizinischer Standardliteratur sowie aktueller medizinischer Fachliteratur diskutiert und das Ergebnis zusammengefasst. Die Antragsbearbeitung durch den sozialmedizinischen Dienst des Rentenversicherungsträgers erfolgt in der Regel auf der Grundlage von Gutachten mit persönlicher Befragung und Untersuchung (hauptamtlich oder nichthauptamtlich erstellt) oder nach Aktenlage. Für diese besondere Situation liegen bislang keine wissenschaftlichen Untersuchungen oder Hinweise zur Operationalisierung vor.

Im Vordergrund der sozialmedizinischen Entscheidung stehen die aus den Antragsunterlagen zugänglichen objektivierbaren medizinischen Parameter. Sie werden durch die subjektive Einschätzung des Betroffenen zu seinem Leistungsvermögen ergänzt. Assessment-Verfahren zur Beschreibung von Leistungseinschränkungen und noch vorhandenen Ressourcen sowie deren Auswirkungen auf die Lebens- und Erwerbssituation können ergänzend herangezogen werden.

Evidenz und Konsentierung:

Der Entwurf der vorliegenden Leitlinie wurde in einer internen Expertengruppe der Deutschen Rentenversicherung erstellt. Dieser Gruppe gehörten Sozialmediziner der Deutschen Rentenversicherung Bund (Bereich Sozialmedizin) sowie der Deutschen Rentenversicherung Bayern-Süd mit spezifischer fachärztlicher Qualifikation an. Die vorliegende Leitlinie ersetzt die bisher getrennt erarbeiteten Leitlinien der Deutschen Rentenversicherung zur Rehabilitationsbedürftigkeit (medizinische Rehabilitation), für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie für die sozialmedizinische Beurteilung bei psychischen und Verhaltensstörungen (außer Abhängigkeitserkrankungen, für die eine gesonderte Leitlinie erarbeitet wurde).

Die Konsensfindung erfolgte in einem an das DELPHI-Verfahren angelehnten Prozess. In diesem Rahmen wurde ein Feedback-Fragebogen zu Geltungsbereich und Zweck, Klarheit und Gestaltung, Vollständigkeit sowie Anwendbarkeit der Leitlinie eingesetzt. Es wurde einem breit gefächerten Kreis von Experten (einschließlich Selbsthilferepresentanten) die Möglichkeit der schriftlichen Stellungnahme zum Leitlinien-Entwurf gegeben.

Die folgenden Experten, Fachgesellschaften und Institutionen beziehungsweise ihre Mitarbeiter (Auflistung in alphabetischer Reihenfolge) haben kritische Kommentare und Änderungsvorschläge in Freitextform eingesendet:

Name	Funktion, Fachgesellschaft / Institution
Herr Christof Bachmann	Abteilungsleiter des Sozialmedizinischen Dienstes, DRV Schwaben
Herr Dr. med. Albert Berg	Stellvertreter des Leiters des Ärztlichen Dienstes der Bundesagentur für Arbeit, Nürnberg
Frau Dr. med. Christine Brass	Ärztlicher Dienst, DRV Braunschweig-Hannover
Frau Dr. med. Cornelia Büchner	Direktorin der Abteilung Sozialmedizin, DRV Rheinland
Herr Dr. med. Wolfgang Deetjen	Sprecher des Fachbereichs II (Rehabilitation) der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention e. V. (DGSMMP)

Frau Dr. med. Sabine Diete	Gutachter- und Prüferärztin, DRV Mitteldeutschland
Herr PD Dr. phil. Dipl.-Psych. Ralf Dohrenbusch	Leiter der Psychotherapeutischen Hochschulambulanz Institut für Psychologie der Uni Bonn
Herr Dr. med. Arthur Ewig	Leitender Arzt der DRV Hessen, Frankfurt am Main
Herr Dr. med. Matthias Fabra	Medizinisches Gutachteninstitut, Hamburg
Herr Prof. Dr. med. Klaus Foerster	Uniklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Tübingen
Frau Dipl.-Med. Heike Freitag	Gutachter- und Prüferärztin, DRV Mitteldeutschland
Frau Dr. med. Marie-Luise Frevel	Leitende Ärztin des Sozialmedizinischen Dienstes, DRV Knappschaft-Bahn-See
Herr Prof. Dr. med. Wolfgang Gaebel	Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN); Ärztlicher Direktor der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Heinrich-Heine- Universität Düsseldorf
Herr Dr. med. Norbert Geissler	Ärztlicher Gutachter, DRV Braunschweig-Hannover
Frau Dr. med. Ingrid Georgi	Ärztlicher Dienst, DRV Braunschweig-Hannover
Herr Dr. med. Heinz-Dieter Girbig	Leiter des Sozialmedizinischen Zentrums Stuttgart, DRV Baden-Württemberg
Herr Dr. med. Wolfgang Hausotter	Martin-Luther-Str. 8, 87527 Sonthofen
Frau Stefanie Heise	Prüferärztin/Referentin, DRV Berlin-Brandenburg
Herr Dr. med. Andreas Herbold	Leiter des Ärztlichen Dienstes, DRV Rheinland-Pfalz
Herr Hajo Herbst	Dezernatsleiter der Sozialmedizinischen Untersuchungs- stelle Stralsund, DRV Nord
Herr Dr. med. Thomas Hillmann	Abteilungsarzt, Abteilungsleitung Rehabilitation, DRV Bund
Herr Dr. med. Albrecht Horschke	Leiter der Abteilung Sozialmedizin, DRV Westfalen
Frau Dr. med. Heike Janning	Gutachter- und Prüferärztin, DRV Mitteldeutschland
Frau Dr. med. Arezo Khazaeli	Gutachterärztin, DRV Nordbayern (i. V. für: Dr. E. Schubert, Dr. W. Egdmann, Dr. H. Berger)
Herr Dr. med. Norbert Kieslich	Leitender Arzt der Abteilung für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Klinik Rosenberg, Bad Driburg, DRV Westfalen
Herr Dr. med. Thomas Kirchmeier	Chefarzt der psychosomatisch-psychotherapeutischen Höhenklinik Bischofsgrün, DRV Nordbayern
Frau Dr. med. Petra Kloth	Ärztlicher Dienst, DRV Braunschweig-Hannover
Herr Dr. med. Joachim Köhler	Bereich Sozialmedizin, DRV Bund
Herr Dr. med. Reinhard König	Leitender Arzt der DRV Braunschweig-Hannover
Frau Dr. med. Christiane Korsukéwitz	Leiterin des Geschäftsbereichs Sozialmedizin und Rehabilitation der DRV Bund
Frau Ulrike Kraus	Geschäftsbereich Rechts- und Fachfragen, DRV Bund
Herr Dr. med. Christoph Kruse	Gelderland MVZ, Geldern
Frau Dr. med. Sylva Kühne	Leiterin SMD Team Rechtsbeihilfe, DRV Mitteldeutschland
Frau Inga Kümmeke	Gutachterärztin, DRV Rheinland-Pfalz
Herr Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Michael Linden	Leitender Arzt des Reha-Zentrums Seehof in Teltow, DRV Bund
Frau Dr. med. Heinke Martina Mai	Gutachter- und Prüferärztin, DRV Mitteldeutschland
Herr Prof. Dr. med. Philipp Martius	Chefarzt der Klinik Höhenried gGmbH, DRV Bayern Süd
Herr Dipl.-Psych. Jürgen Matzat	Leiter der Kontaktstelle für Selbsthilfegruppen, Gießen

Herr Dr. phil. Dipl.-Psych. Thomas Merten	Klinik für Neurologie im Vivantes Klinikum im Friedrichshain, Berlin
Frau Dr. med. Heidrun Ohlendorf	Ärztlicher Dienst, DRV Braunschweig-Hannover
Frau Dr. med. Andrea Pomrehn	Gutachter- und Prüferärztin, DRV Mitteldeutschland
Fr. Monika Raczenski	Sozialmedizinischer Dienst Essen, DRV Knappschaft-Bahn-See (i. V. für Dr. W. Ber)
Frau Christa Ratto	Beratungsärztlicher Dienst, DRV Bund
Frau Dr. med. Helga Rilke	Ärztlicher Dienst, DRV Braunschweig-Hannover
Herr Dr. med. Manfred Rohwetter	Bereich Sozialmedizin, DRV Bund
Herr Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Heinz Rüdell	Ärztlicher Direktor des St. Franziska-Stifts, Bad Kreuznach; Ansprechpartner der AG Qualitätssicherung der Deutschen Gesellschaft für Klinische Psychotherapie und Psychosomatische Rehabilitation e. V. (DGPPR)
Herr Dr. med. Frank Matthias Rudolph	Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Klinische Psychotherapie und Psychosomatische Rehabilitation e. V. (DGPPR); Ärztlicher Direktor der Mittelrhein-Klinik Bad Salzig, DRV Rheinland-Pfalz
Frau Dr. med. Heike Schmittner	Ärztliche Gutachterstelle, DRV Nordbayern
Herr Dipl.-Psych. Dieter Schmucker	Sprecher der Fachgruppenleitung der Fachgruppe Rehabilitation im Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen (BDP)
Frau Dr. med. Elisabeth Seidel	Ärztliche Referentin, DRV Rheinland
Herr Dr. med. Christoph. J. Tolzin	Leiter des Kompetenz-Centrums für Psychiatrie und Psychotherapie des MDK, Rostock
Herr Frank Twiehaus	Ärztlicher Referent, DRV Rheinland
Frau Dr. med. Ina Ueberschär	Leitende Ärztin, DRV Mitteldeutschland
Frau Simone Wienen	Ärztliche Referentin, DRV Rheinland

Die Kommentare und Änderungswünsche zur Entwurfsfassung wurden in Redaktionskonferenzen durch Experten der Deutschen Rentenversicherung (AG Konsentierung, siehe unten) diskutiert und entsprechende Änderungen durchgeführt, soweit diese für sachdienlich gehalten wurden.

Die abschließende Konsentierung erfolgte durch das Ärztegremium der Deutschen Rentenversicherung in der Sitzung 2/2012 am 11. Juni 2012.

Nach der formalen Graduierung der evidenzbasierten Medizin entspricht diese Leitlinie Grad IV (Expertenkonsens).

Klarheit und Gestaltung:

Die aus der Leitlinie resultierenden Empfehlungen beziehen sich immer auf individuelle Versicherte. Die doppelte Transformation von

1. geschädigten Körperfunktionen und beeinträchtigter Teilhabe in qualitative Leistungseinschränkungen und von
2. qualitativen in quantitative Leistungseinschränkungen – unter Berücksichtigung des Abgleichs von Leistungsvermögen und Anforderungen der Tätigkeit – ist ein komplexer Beurteilungsprozess. Die Leitlinie trägt dazu bei, Ermessen bei dieser Beurteilung zu minimieren.

Generelle Anwendbarkeit:

Leitlinien sind im Rahmen der üblichen Organisation der Rentenversicherungsträger – sowohl bei der Sachaufklärung als auch bei der sozialmedizinischen Beurteilung – grundsätzlich ohne Nachteile einsetzbar. Gegebenenfalls zusätzlich erforderlichen Ressourcen bei Anwendung der Leitlinie steht eine rationellere Ressourcenverwendung gegenüber, die Folgekosten sparen hilft.

Eine Evaluation der Leitliniennutzung fördert deren Anwendung. Durch die Konformität der Versorgung mit Leitlinienempfehlungen, den individuellen Therapieerfolg und die populationsbezogenen Ergebnisse der Leitlinienanwendung können Verbesserungspotenziale aufgezeigt werden.

Anwendbarkeit im deutschen Gesundheitssystem:

Die Leitlinie ist an die Versorgungsbereiche von Rehabilitation und Erwerbsminderungsrente adressiert. Kriterien, die für die sozialmedizinische Beurteilung des Leistungsvermögens unzweckmäßig oder überflüssig sind, werden in der Leitlinie genannt (siehe Kapitel 5.4.13).

Eine Verbreitung der Leitlinie ist durch Veröffentlichung in Publikationsorganen sowie kostenloser Verfügbarkeit im Internet auf breiter Basis sicher gestellt. Darüber hinaus dienen Informations- und Fortbildungsveranstaltungen sowie die Vorstellung als Bestandteil der Einarbeitungsunterlagen sozialmedizinisch tätiger Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der weiteren Verbreitung und Anwendung der Leitlinie. Leitlinien sind ein wesentliches Element der Qualitätssicherung der gesetzlichen Rentenversicherungsträger in Deutschland.

Autoren der Leitlinien zur Rehabilitationsbedürftigkeit bei psychischen Störungen, November 1996:

Dr. Heide Grigo, Christiane Härdel, Dr. Hanno Irle, Dr. Christiane Korsukéwitz, Dr. Manfred Rohwetter, Dr. Renate Rosenberger, Dr. Ada Scheuchenstein-Bokorov. Alle Autoren sind beziehungsweise waren Mitarbeiter der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (ab 01.10.2005: Deutsche Rentenversicherung Bund).

Autoren der Leitlinien zur Rehabilitationsbedürftigkeit bei psychischen Störungen, März 2005:

Dr. Susanne Amberger, Dr. Jörg Beisel, Katja Fischer, Dr. Stefan Hoppe, Dr. Hanno Irle, Dr. Manfred Rohwetter, Gabriele Sandner. Alle Autoren sind beziehungsweise waren Mitarbeiter der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (ab 01.10.2005: Deutsche Rentenversicherung Bund).

Autoren der aktualisierten Fassung zum Kapitel „Psychische Störungen“ (außer Abhängigkeitserkrankungen) der Leitlinien für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, 2005:

Katja Fischer, Christina Kraft-Bauersachs, Dr. Anna-Maria Lange, Dr. Anne-Dore Münn, alle Autorinnen sind Mitarbeiterinnen der Deutschen Rentenversicherung Bund.

Autoren der Empfehlungen für die sozialmedizinische Beurteilung psychischer Störungen, 2001:

Dr. Eberhard Virtus Grosch (Landesversicherungsanstalt Hannover), Dr. Hanno Irle (Bundesversicherungsanstalt für Angestellte), Dr. Christoph Kruse (Landesversicherungsanstalt Rheinland), Dr. Reinhard Legner (Landesversicherungsanstalt Niederbayern-Oberpfalz).

Autoren der Leitlinien für die sozialmedizinische Beurteilung von Menschen mit psychischen Störungen, Dezember 2006:

Katja Fischer (Deutsche Rentenversicherung Bund, Dr. Eberhard Virtus Grosch (Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover), Dr. Hanno Irle (Deutsche Rentenversicherung Bund), Dr. Christoph Kruse, Dr. Reinhard Legner (Deutsche Rentenversicherung Niederbayern-Oberpfalz).

Erstellung der Leitlinie zur sozialmedizinischen Beurteilung bei psychischen und Verhaltensstörungen, Juni 2012:

Dr. Katja Fischer (Deutsche Rentenversicherung Bund, ab 1.10.2012: Deutsche Rentenversicherung Bayern Süd), unter Mitarbeit von Dr. Hanno Irle (Deutsche Rentenversicherung Bund) und Dr. Reinhard Legner (Deutsche Rentenversicherung Bayern Süd).

AG Konsentierung (Expertengruppe zur Bearbeitung der Rückmeldungen zur Entwurfsfassung der Leitlinie zur sozialmedizinischen Beurteilung bei psychischen und Verhaltensstörungen):

Andreas Blahs, Ute Engelhardt, Dr. Johannes Falk, Dr. Katja Fischer, Sylvia-Gabriele Friesch, Dr. Hanno Irle, Dr. Ulf Kampczyk, Dr. Joachim Köhler, Christina Kraft-Bauersachs, Dr. Anna-Maria Lange, Dr. Margarete Ostholt-Corsten und Ralf Schönberger. Herr Dr. Kampczyk ist Mitarbeiter der Deutschen Rentenversicherung Mitteldeutschland, alle anderen genannten Personen sind beziehungsweise waren Mitarbeiter der Deutschen Rentenversicherung Bund.

Interessenkonflikte:

Die Abfassung und Konsentierung der vorliegenden Leitlinie durch die oben genannten Personen erfolgte allein auf der Grundlage fachlicher Erwägungen. Die Mitglieder der Expertengruppe zur Erstellung der Entwurfsfassung und der AG Konsentierung (siehe oben) sind Mitarbeiter der Deutschen Rentenversicherung. Sie geben keine persönlichen Interessenskonflikte an und weisen keine die Leitlinie betreffenden Nebentätigkeiten auf.

Aktualisierung:

Aktualisierungen sind in fünfjährigen Abständen vorgesehen.

11. Literaturverzeichnis

Adler RH, Herzog W, Joraschky P, Köhle K, Langewitz W, Söllner W, Wesiack W (Herausgeber): Uexküll, Psychosomatische Medizin. Elsevier, Urban & Fischer: München, 7. Auflage (2010)

Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ, Herausgeber): Leitlinien-Clearing-Bericht „Depression“, Schriftenreihe Band 12, Videel: Niebüll (2003) www.leitlinien.de

American Psychiatric Association (APA, Herausgeber): Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR). 4. Auflage (Textrevision), Washington DC (2000)

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. Psychiatrische Praxis 32: 172–176 (2005)

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF): S3-Leitlinie „Definition, Pathophysiologie, Diagnostik und Therapie des Fibromyalgiesyndroms“, AWMF-Leitlinien-Register Nr. 041/004, Stand 01.04.2012 (gültig bis 01.04.2017) www.awmf.org

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF): S3-Leitlinie „Nicht erholsamer Schlaf/Schlafstörungen“, AWMF-Leitlinien-Register Nr. 063/001, Stand: 01.10.2009 (derzeit in Überarbeitung, gültig bis 01.12.2012) www.awmf.org

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF): S3-Leitlinie „Posttraumatische Belastungsstörung“, AWMF-Leitlinien-Register Nr. 051/010, Stand: 31.01.2011 (gültig bis 28.02.2016) www.awmf.org

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF): S3-Leitlinie „Diagnostik und Therapie der Essstörungen“, AWMF-Leitlinien-Register Nr. 051/026, Stand 12.12.2010 (gültig bis 12.12.2015) www.awmf.org

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF): S1-Leitlinie „Tinnitus“, AWMF-Leitlinien-Register Nr. 017/064, Stand: 01.02.2010 (derzeit in Überarbeitung, gültig bis 31.12.2013) www.awmf.org

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF): S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie „Unipolare Depression“, AWMF-Leitlinien-Register Nr. nvl/005, Stand: 31.08.2011 (gültig bis 28.05.2013) www.awmf.org

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF): S3-Leitlinie „Demenzen“, AWMF-Leitlinien-Register Nr. 038/013, Stand: 01.11.2009 (gültig bis 30.11.2013) www.awmf.org

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF): S1-Leitlinie „Diagnostik und Therapie von Gedächtnisstörungen“, AWMF-Leitlinien-Register Nr. 030/124, Stand: 01.10.2008 (derzeit in Überarbeitung, gültig bis 01.10.2013)
www.awmf.org

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF): S2-Leitlinie „Persönlichkeitsstörungen“, AWMF-Leitlinien-Register Nr. 038/015, Stand: 01.05.2008 (gültig bis 01.05.2013)
www.awmf.org

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF): S3-Leitlinie „Müdigkeit“, AWMF-Leitlinien-Register Nr. 035/002, Stand: 30.09.2011 (gültig bis 30.06.2015)
www.awmf.org

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF): S1-Leitlinie „Manische und bipolare affektive Störungen (F30, F31)“, AWMF-Leitlinien-Register Nr. 028/004, Stand 01.11.2006 (derzeit in Überarbeitung, gültig bis 30.11.2011)
www.awmf.org

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF): Erarbeitung von Leitlinien für Diagnostik und Therapie – Methodische Empfehlungen („Leitlinie für Leitlinien“), Stand: Dezember 2004
www.awmf.org

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF): S3-Leitlinie „Diagnostik und Therapie bipolarer Störungen“, AWMF-Leitlinien-Register Nr. 038/019 (Status: angemeldet), Download (Stand: Mai 2012) über www.leitlinie-bipolar.de

Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie (AMDP): Das AMDP-System. Manual zur Dokumentation psychiatrischer Befunde. Hogrefe: Göttingen, 8. Auflage (2007)

Arbeitskreis OPD (Herausgeber): Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2. Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung. Huber: Bern, 2. Auflage (2009)

Aschoff, JC: Zur Frage der „zumutbaren Willensanspannung“ bei der Überwindung eines Leidens. Ein schwieriges sozialmedizinisch-gutachterliches Problem. *Versicherungsmedizin* 43: 5–9 (1991)

Benkert D, Krause KH, Wasem J, Aidelsburger P: Medikamentöse Behandlung der ADHS (Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung) im Erwachsenenalter in Deutschland. Schriftenreihe Health Technology Assessment des DIMDI (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information), Volume 108, 1. Auflage (2010)

Berger M (Herausgeber): Psychische Erkrankungen. Klinik und Therapie. Elsevier, Urban & Fischer: München, 4. Auflage (2011)

Bergner T: Burn-out bei Ärzten: Lebensaufgabe statt Lebens-Aufgabe. *Deutsches Ärzteblatt* 101 (33): A2232–A2234 (2004)

Biesinger E, Heiden C: Strategien in der ambulanten Behandlung des Tinnitus. HNO 2: 157–169 (1998)

Bock KW, Birbaumer N: Multiple Chemical Sensitivity: Schädigung durch Chemikalien oder Nozeboeffekt? Deutsches Ärzteblatt 95 (3): C75–C78 (1998)

Borgart E-J, Meermann R: Stationäre Verhaltenstherapie, Huber: Bern (2004)

Brähler E, Holling H, Leutner D, Petermann F (Hrsg.): Brickenkamp Handbuch psychologischer und pädagogischer Tests. Band 1 und 2. Hogrefe: Göttingen, Bern, Toronto, Seattle, 3. Auflage (2002)

Bronisch T, Habermeyer V, Herpertz SC: Persönlichkeitsstörungen. In: Möller HJ, Laux G, Kapfhammer HP (Herausgeber): Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie, Band 2, 989-1059. Springer: Berlin, Heidelberg, 4. Auflage (2010)

Brunnauer A, Laux G: Verkehrssicherheit unter Psychopharmakotherapie. Fortschritte der Neurologie – Psychiatrie 76: 366–377 (2008)

Bschor T, Adli M: Therapie depressiver Erkrankungen. Deutsches Ärzteblatt 105 (45): 782–791 (2008)

Bundesärztekammer: Stellungnahme zur „Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)“ – Langfassung, 7. ADHS im Erwachsenenalter (letzte Änderung 2006)
www.bundesaerztekammer.de

Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV, Herausgeber): Der Einsatz von Beschwerdevalidierungstests in der IV-Abklärung. Forschungsbericht Nr. 4/08. Bericht im Rahmen des mehrjährigen Forschungsprogramms zu Invalidität und Behinderung (FoP-IV). Winterthur (28.08.2008)

Bundesanstalt für Straßenwesen (Herausgeber): Begutachtungs-Leitlinien zur Kraftfahrereignung. Stand: 02. November 2009, NW-Verlag: Bremerhaven (2010)
www.bast.de

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR, Herausgeber): RPK-Empfehlungsvereinbarung und Handlungsempfehlungen für die praktische Umsetzung. Frankfurt am Main (Januar 2011)
www.bar-frankfurt.de

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR, Herausgeber): Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe psychisch kranker und behinderter Menschen. Frankfurt am Main (2010)
www.bar-frankfurt.de

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR, Herausgeber): Rehabilitation und Teilhabe. Wegweiser für Ärzte und andere Fachkräfte der Rehabilitation. Deutscher Ärzte-Verlag: Köln, 3. Auflage (2005)
www.bar-frankfurt.de

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Herausgeber): Medizinisch-berufliche Rehabilitation. Einrichtungen in Deutschland (Stand: Januar 2010)

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Herausgeber): Rehabilitation psychisch kranker Menschen. Einrichtungen in Deutschland (Stand: Januar 2010)

Davidson MA: Literature Review: ADHD in Adults – A Review of the Literature. Journal of Attention Disorders 11 (6): 628–641 (2008)

Deitmaring H: Begleitperson bei der ärztlichen Begutachtung im Sozialverwaltungsverfahren – Bestandsaufnahme und Diskussion. Der medizinische Sachverständige 105 (3): 107–113 (2009)

Deitmaring H: Datenschutz bei der Begutachtung im Bereich der gesetzlichen Rentenversicherung. Der medizinische Sachverständige 107 (6): 223–229 (2011)

Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen e. V. (Herausgeber): Weißbuch Bipolare Störungen in Deutschland, BoD GmbH: Norderstedt, 2. Auflage (2006)

Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN), Deutsche Gesellschaft für Chirurgie und Orthopädische Chirurgie (DGOC), Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie und weitere: S2-Leitlinie für die Begutachtung von Schmerzen, Stand 01.03.2007 (derzeit in Überarbeitung, gültig bis 01.12.2010)

Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e. V. (DGPM), Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM): Leitlinie zur Begutachtung psychischer und psychosomatischer Erkrankungen. Sk2-Leitlinie, AWMF-Leitlinien-Register Nr. 051/029, Stand: 31.03.2012 (gültig bis: 31.03.2017)
www.awmf.org

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF), Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (Herausgeber): S3-Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression. Springer: Berlin, 1. Auflage (2010)
www.versorgungsleitlinien.de

Deutsche Rentenversicherung Bund (Herausgeber): Der ärztliche Reha-Entlassungsbericht. Leitfaden zum einheitlichen Entlassungsbericht in der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung 2009. Berlin (2009)
www.deutsche-rentenversicherung.de

Deutsche Rentenversicherung Bund (Herausgeber): Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Reha-Nachsorge in der Rentenversicherung. Berlin (2008)
www.deutsche-rentenversicherung.de

Deutsche Rentenversicherung Bund (Herausgeber): Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA). Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung. Berlin, 1. Auflage 2009
www.deutsche-rentenversicherung.de

Deutsche Rentenversicherung Bund (Herausgeber): Leitlinien für die sozialmedizinische Begutachtung. Sozialmedizinische Beurteilung bei Abhängigkeits-erkrankungen. Berlin, 1. Auflage 2010
www.deutsche-rentenversicherung.de

Deutsche Rentenversicherung Bund (Herausgeber): Leitlinien für die sozialmedizinische Beurteilung von Menschen mit psychischen Störungen, DRV-Schriften Band 68, Berlin, Stand: Dezember 2006.
www.deutsche-rentenversicherung.de

Deutsche Rentenversicherung Bund (Herausgeber): Leitlinien zur Rehabilitationsbedürftigkeit bei psychischen Störungen. Berlin (Oktober 2005)
www.deutsche-rentenversicherung.de

Deutsche Rentenversicherung Bund (Herausgeber): Leitlinien zur Rehabilitationsbedürftigkeit für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Berlin, Stand 25.10.2005
www.deutsche-rentenversicherung.de

Deutsche Rentenversicherung Bund (Herausgeber): Qualitätssicherung der sozialmedizinischen Begutachtung – Bericht zur Umsetzung des „Qualitätssicherungsverfahrens der sozialmedizinischen Begutachtung“ – Sachstand. Manual zum Peer Review-Verfahren. Berlin, April 2011

Deutsche Rentenversicherung Bund (Herausgeber): Rahmenkonzeption Intensivierte Rehabilitations-Nachsorge „IRENA“ inklusive „Curriculum Hannover“. Berlin, Stand: 01.01.2011

Deutsche Rentenversicherung Bund (Herausgeber): Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung. Berlin, 3. Auflage 2009
www.deutsche-rentenversicherung.de

Deutsche Rentenversicherung Bund (Herausgeber): Reha-Therapiestandards Depressive Störungen – Pilotversion. Leitlinie für die medizinische Rehabilitation der Rentenversicherung. Berlin, 1. Auflage 2010
www.deutsche-rentenversicherung.de

Deutsche Rentenversicherung Bund (Herausgeber): Sozialmedizinische Begutachtung für die gesetzliche Rentenversicherung. Springer: Berlin, 7. Auflage (2011)

Deutsche Rentenversicherung Bund (Herausgeber): Sozialmedizinisches Glossar der Deutschen Rentenversicherung. DRV-Schriften Band 81, Berlin, 2. Auflage 2009
www.deutsche-rentenversicherung.de

Deutsche Rentenversicherung Bund (Herausgeber): Statistik der Deutschen Rentenversicherung. Rehabilitation 2010, Oktober 2011

Deutsche Rentenversicherung Bund (Herausgeber): Statistik der Deutschen Rentenversicherung. Rentenzugang 2010, Juni 2011

Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI, Herausgeber): Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF), Köln (Stand: Oktober 2005)
www.dimdi.de

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI, Herausgeber): Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification, Version 2011
www.dimdi.de

Dilling H (Herausgeber): Psychische Störungen in der primären Gesundheitsversorgung. Diagnostik und Behandlungsrichtlinien. Weltgesundheitsorganisation. Huber: Bern (2001)

Dilling H, Mombour W, Schmidt MH (Herausgeber): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. Klinisch-diagnostische Leitlinien. Weltgesundheitsorganisation. Huber: Bern, 6. Auflage (2008)

Dohrenbusch R: Begutachtung somatoformer Störungen und chronifizierter Schmerzen. Konzepte – Methoden – Beispiele. Kohlhammer: Stuttgart, 1. Auflage (2007)

Dohrenbusch R, Henningsen P, Merten T: Die Beurteilung von Aggravation und Dissimulation in der Begutachtung psychischer und psychosomatischer Störungen. Versicherungsmedizin 63 (2): 81–85 (2011)

Dohrenbusch R, Schneider W: Integration psychologischer Testergebnisse in die Begutachtung psychischer Erkrankungen. Versicherungsmedizin 63 (2): 76–80 (2011)

Dreßing H, Foerster K (Herausgeber): Psychiatrische Begutachtung. Elsevier, Urban & Fischer: München, 5. Auflage (2009)

Dreßing H, Widder B, Foerster K: Kritische Bestandsaufnahme zum Einsatz von Beschwerdvalidierungstests in der psychiatrischen Begutachtung. Versicherungsmedizin 62 (4): 163–167 (2010)

Ebert D, Krause J, Roth-Sackenheim C (Herausgeber): ADHS im Erwachsenenalter – Leitlinien auf der Basis eines Expertenkonsensus mit Unterstützung der DGPPN. Der Nervenarzt 10: 939–946 (2003)

Eis D, Beckel T, Birkner N, Renner B: Untersuchungen zur Aufklärung der Ursachen des MCS-Syndroms bzw. der IEI unter besonderer Berücksichtigung des Beitrages von Umweltchemikalien. In: WaBoLu-Hefte 02/03. Umweltbundesamt, Berlin (2003)

Eis D, Mühlinghaus T, Birkner N, Bullinger M, Ebel H, Eikmann T et al.: Multizentrische Studie zur Multiplen Chemikalien-Sensitivität (MCS) – Beschreibung und erste Ergebnisse der „RKI-Studie“. Umweltmedizin in Forschung u. Praxis 8 (3): 133–145 (2003)

Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen und Rentenversicherungsträger für die medizinische Rehabilitation bei pathologischem Glücksspiel (2001)

www.dhs.de

Fabra M: Posttraumatische Belastungsstörung und psychischer Querschnittsbefund: Konsequenzen für die psychiatrisch-psychotherapeutische Begutachtung. Der medizinische Sachverständige 102 (4): 26–31 (2006)

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

Fiedler P: Persönlichkeitsstörungen. Beltz: Weinheim, Basel, 6. Auflage (2007)

Fischer K, Irle H: Psychische Störungen – Sozialmedizinische Bedeutung und Entwicklungen in der medizinischen Rehabilitation. RV aktuell 56 (4): 149–157 (2009)

Foerster K: Begutachtung bei sozialrechtlichen Fragen. In: Foerster K, Dreßing H (Herausgeber): Psychiatrische Begutachtung. Elsevier, Urban & Fischer: München, Jena, 5. Aufl. (2009)

Foerster K: Neurotische Rentenbewerber. Enke: Stuttgart (1984)

Foerster K, Dreßing H: Die "zumutbare Willensanspannung" in der sozialmedizinischen Begutachtung. Der Nervenarzt 81 (9): 1092–1096 (2010)

Friboes R-M: Soziotherapie. In: Rössler W (Herausgeber): Psychiatrische Rehabilitation. Springer: Berlin (2004)

Ghaemi N, Sachs G, Goodwin FK: What is to be done? Controversies in the Diagnosis and Treatment of Manic-Depressive Illness. World Journal of Biological Psychiatry 2: 65–74 (2000)

Glatzel J: Über Simulation oder: Von den Grenzen empirischer Psychopathologie. Fundamenta Psychiatrica 12: 58 (1998)

Goebel G: Psychische Komorbidität bei Tinnitus. Psychiatrie und Psychotherapie up2date 4 (6): 389–408 (2010)

Gönner S, Bischoff C, Limbacher K: Rentenantragsteller und Langzeitarbeitsunfähige – eine nicht behandelbare Klientel? Differenzielle Ergebnisqualität psychosomatischer Rehabilitation bei Patienten mit sozialmedizinischer Fragestellung. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation 79: 61–69 (2008)

Gutzmann H, Rapp MA: Grundlegendes zur Systematik organischer/symptomatischer psychischer Störungen. In: Möller HJ, Laux G, Kapfhammer HP (Herausgeber): Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie. Band 2, 3–18. Springer: Heidelberg, 4. Auflage (2010)

Häßler F: Intelligenzminderung im Erwachsenenalter. In: Möller HJ, Laux G, Kapfhammer HP (Herausgeber): Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie, Band 2, 1109–1130. Springer: Heidelberg, 4. Auflage (2010)

Hakimi R: Umweltsyndrome und seelische Störungen. Arbeitsmedizin Sozialmedizin Umweltmedizin 38: 385–389 (2003)

Halmi KA: Essstörungen. In: Helmchen H et al. (Herausgeber): Psychiatrie der Gegenwart. Band 6, 332–353. Springer: Berlin, Heidelberg, New York (2000)

Harfst T, Marstedt G: Psychische Gesundheit in Deutschland: Erkrankungen bleiben oft unentdeckt. Gesundheitsmonitor. Ein Newsletter der Bertelsmann Stiftung: 1/2009
www.gesundheitsmonitor.de

Hausotter W: Begutachtung der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung bei Erwachsenen. Der Nervenarzt Online First: 1–8, DOI 10.1007/s00115-010-3201-7 (08.02.2011)

Hausotter W: Begutachtung somatoformer Störungen (I). Versicherungsmedizin 62 (3): 122–125 (2010)

Hausotter W: Begutachtung somatoformer Störungen (II). Versicherungsmedizin 62 (4): 172–175 (2010)

Hausotter W: Begutachtung somatoformer und funktioneller Störungen, Urban & Fischer: München, Jena (2004)

Hausotter W: Begutachtungen bei Migrationshintergrund: Besondere Aspekte der Begutachtung von Personen mit Migrationshintergrund. Der medizinische Sachverständige 106 (3): 110–116 (2010)

Hausotter W, Schouler-Ocak M: Begutachtung bei Menschen mit Migrationshintergrund. Urban & Fischer in Elsevier: München (2006)

Herman JL: Complex PTSD: A Syndrome in Survivors of Prolonged and Repeated Trauma. Journal of Traumatic Stress 5 (3): 377–391 (1992)

Hesse B, Gebauer E: Die IREPRO-Indikatorenliste – eine Arbeitshilfe zur systematischen Beurteilung von Reintegrationsprognose und Rehabilitationsbedürftigkeit in der psychiatrischen Rentenbegutachtung. Die Rehabilitation 46: 24–32 (2007)

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

Hiller W, Zaudig M, Mombour W: IDCL. Internationale Diagnosen Checklisten für ICD-10 und DSM IV. Huber: Bern (1995)

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

Holzappel M, Schonauer K, Mittag O: Einfluss von Behandlungsdosis, Behandlungsdichte und Behandlungsdauer auf die psychosomatische Symptomlast – Eine naturalistische Studie an stationären Psychotherapiepatienten. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation 83: 47–53 (2009)

Huber G: Psychiatrie, Schattauer: Stuttgart, 7. Auflage (2005)

Irle H: Unklare körperliche Syndrome – sozialmedizinisch betrachtet; Die Angestelltenversicherung 49: 258–262 (2002)

Irle H, Fischer K: Die Begutachtung im Rahmen der Rehabilitation und Rentenverfahren wegen verminderter Erwerbsfähigkeit. In: Schneider W, Henningsen P, Dohrenbusch R, Freyberger HJ, Irle H, Köllner V, Widder B (Herausgeber): Begutachtung bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen – Autorisierte Leitlinien und Kommentare. Huber: Bern, 1. Auflage 2012

Jäckel D, Hoffmann H, Weig W (Herausgeber): Praxisleitlinien Rehabilitation für Menschen mit psychischen Störungen. Psychiatrie-Verlag: Bonn (2010)

Kapfhammer HP: Somatoforme Störungen. Der Nervenarzt 72: 487 (2001)

Kaschka WP, Korczak D, Broich K: Modediagnose Burn-out. Deutsches Ärzteblatt 108 (46): 781–787 (2011)

Koch S, Hillert A, Geissner E: Diagnostische Verfahren zum beruflichen Belastungs- und Bewältigungserleben in der psychosomatischen Rehabilitation. Die Rehabilitation 46: 82–92 (2007)

Konrad N: Die psychiatrisch-psychologische Beurteilung neurotischer Störungen im Rentenverfahren auf der Basis eines strukturell-sozialen Krankheitsbegriffs. Versicherungsmedizin 44 (2): 45–49 (1992)

Krahl G, Merten T: Beschwerdvalidierung in der Begutachtung. In: Freytag H, Krahl G, Krahl C, Thomann K-D (Herausgeber): Psychotraumatologische Begutachtung. 369–405. Referenz Verlag (2012)

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

Kubinger KD: Psychologische Computerdiagnostik. Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie 57 (1): 23–32 (2009)

Lahmann C, Henningsen P, Dinkel A: Somatoforme und funktionelle Störungen. Der Nervenarzt 81: 1383–1396 (2010)

Legner R: Neue Aspekte in der Beurteilung psychoreaktiver und neuropsychologischer Störungen als Leistungsgrund – aus Sicht der Gutachter in der gesetzlichen Rentenversicherung. Der medizinische Sachverständige 2: 70–73 (2006)

Leichsenring F: Zur Wirksamkeit tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie. In: Wöller W, Kruse J: Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie: Basisbuch und Praxisleitfaden. Schattauer: Stuttgart (2010)

Leonhardt M, Foerster K: Diagnose, Differentialdiagnose und psychiatrische Begutachtung von umweltbezogenen Körperbeschwerden. Der medizinische Sachverständige 97: 214 (2001)

Linden M: Leitlinien und die Psychologie medizinischer Entscheidungsprozesse bei der Behandlung depressiver Erkrankungen. Fortschritte der Neurologie Psychiatrie 73: 249–258 (2005)

Linden M, Baron S: Das Mini-ICF-Rating für psychische Störungen (Mini-ICF-P). Ein Kurzinstrument zur Beurteilung von Fähigkeitsstörungen bei psychischen Erkrankungen. Die Rehabilitation 44: 144–151 (2005)

Linden M, Baron S, Muschalla B: Mini-ICF-APP – Mini-ICF-Rating für Aktivitäts- und Partizipationsstörungen bei psychischen Erkrankungen. Huber: Bern (2009)

Linden M, Lind A, Fuhrmann B, Irle H: Wohnortnahe Rehabilitation. Die Rehabilitation 44: 82–98 (2005)

Linden M, Rotter M, Baumann K, Lieberei B: The Posttraumatic Embitterment Disorder. Toronto: Hogrefe & Huber (2007)

Linehan MM: Cognitive–Behavioral Treatment of Borderline–Personality Disorder. Guilford: New York, London (1993)

Margraf J, Meyer W (Herausgeber): Psyhyrembel Psychiatrie, Klinische Psychologie, Psychotherapie. Walter de Gruyter: Berlin, New York (2012)

Marneros A, Deister A, Rohde A: Affektive, schizoaffektive und schizophrene Psychosen. Eine vergleichende Langzeitstudie. Springer: Berlin (1991)

- Matzat J:** Selbsthilfegruppen. In: Adler RH, Herzog W, Joraschky P, Köhle K, Langewitz W, Söllner W, Wesiack W (Herausgeber): Uexküll, Psychosomatische Medizin. Elsevier, Urban & Fischer: München, 7. Auflage (2010)
- Meerkerk GJ, van den Eijnden RJ, Vermulst AA, Garretsen HF:** The Compulsive Internet Use Scale (CIUS): some psychometric properties. *CyberPsychology & Behavior* 12 (1): 1–6 (2009)
- Meins W:** Anpassungsstörungen – Diagnostische und sozialmedizinische Probleme. *Der medizinische Sachverständige* 104 (6): 220–222 (2008)
- Merten T:** Beschwerdvalidierung bei der Begutachtung kognitiver und psychischer Störungen. *Fortschritte der Neurologie – Psychiatrie* 79: 102–116 (2011)
- Merten T:** Beschwerdvalidierungstests und die Konsequenzen für die klinische und Forschungspraxis. *Neurologie und Rehabilitation* 12 (3): 139–149 (2006)
- Möller HJ, Deister A, Schaub A, Riedel M:** Schizophrene Psychosen. In: Möller HJ, Laux G, Kapfhammer HP (Herausgeber): *Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie*, Band 2, 213–324. Springer: Heidelberg, 4. Auflage (2010)
- Nosper M:** Entwicklung eines ICF-konformen Fragebogens für die Selbstbeurteilung von Aktivitäten und Teilhabe bei psychischen Störungen (ICF AT-50 Psych). In: *DRV-Schriften Band 77, Sonderausgabe der DRV* (2008)
- Paris J:** Effectiveness of Different Psychotherapy Approaches in the Treatment of Borderline Personality Disorder. *Current Psychiatry Reports* 12 (1): 56–60 (2010)
- Petermann F, Holtz MC, van der Meer B, Krohn-Grimberghe B:** Verhaltensmedizinische Behandlungsstrategie der Fibromyalgie. *Der Schmerz* 21 (5): 469–478 (2007)
- Petersen KU, Weymann N, Schelb Y, Thiel R, Thomasius R:** Pathologischer Internetgebrauch – Epidemiologie, Diagnostik, komorbide Störungen und Behandlungsansätze. *Fortschritte der Neurologie – Psychiatrie* 77: 263–271 (2009)
- Petry J:** Dysfunktionaler und pathologischer PC- und Internetgebrauch. Hogrefe: Göttingen, Bern, Toronto, Seattle (2009)
- Petry J, Jahrreiss R:** Stationäre medizinische Rehabilitation von „Pathologischen Glücksspielern“: Differentialdiagnostik und Behandlungsindikation. Kurzfassung des abschließenden Forschungsberichtes an den Verband Deutscher Rentenversicherungsträger. *Deutsche Rentenversicherung* 4: 196–218 (1999)
- Pütz D:** ADHS und Beruf. *Ärztliche Psychotherapie und Psychosomatische Medizin* 6: 33–38 (2011)
- Psychrembel Sozialmedizin.** Walter de Gruyter: Berlin, New York (2008)
- Retz-Junginger P, Retz W, Blocher D, Weijers H-G, Trott G-E, Wender PH, Rösler M:** Wender Utah Rating Scale (WURS-k) – Die deutsche Kurzform zur retrospektiven Erfassung des hyperkinetischen Syndroms bei Erwachsenen. *Der Nervenarzt* 73: 830–838 (2002)
- Richter D, Berger K, Reker T:** Nehmen psychische Störungen zu? Eine systematische Literaturübersicht. *Psychiatrische Praxis* 35: 321–330 (2008)

Rief W, Hiller W, Heuser J: Screening für Somatoforme Störungen (SOMS). Huber: Bern (1997)

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

Schaarschmidt U, Fischer AW: AVEM – ein diagnostisches Instrument zur Differenzierung von Typen gesundheitsrelevanten Verhaltens und Erlebens gegenüber der Arbeit. Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie 18 (3): 151–163 (1997)

Schattenburg L, Knickenberg RJ, Beutel ME, Zwerenz R: Berufsbezogene Interventionen in der stationären psychosomatischen Rehabilitation. Diagnostik, indikative Behandlungsverfahren und Wirksamkeit. Ärztliche Psychotherapie 3 (4): 263–268 (2008)

Schepank H: Beeinträchtigungs-Schwere-Score (BSS). Ein Instrument zur Bestimmung der Schwere einer psychogenen Erkrankung. Hogrefe: Göttingen (1995)

Schickel S, Henningsen P: Begutachtung von somatoformen Störungen. Psychotherapeut 55: 409–414 (2010)

Schier U: Der Langzeitverlauf sozialgerichtlich begutachteter Rentenantragsteller mit funktionellen Störungen. Medizinische Dissertation, Universität Tübingen, Tübingen, 1991

Schneider F, Frister H, Olzen D: Begutachtung psychischer Störungen. Springer: Berlin, 2. Auflage (2010)

Schneider S, Margraf J: DIPS – Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen. Springer: Berlin, 4. Auflage (2011)

Schneider W, Henningsen P, Dohrenbusch R, Freyberger HJ, Irle H, Köllner V, Widder B (Herausgeber): Begutachtung bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen – Autorisierte Leitlinien und Kommentare. Huber: Bern, 1. Auflage 2012

Schneider W, Dohrenbusch R, Freyberger HJ, Gündel H, Henningsen P, Köllner V, Barth J, Becker D, Kowalewsky S, Schickel S: Manual zum Leitfaden „Begutachtung der beruflichen Leistungsfähigkeit bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen“. In: Schneider W, Henningsen P, Dohrenbusch R, Freyberger HJ, Irle H, Köllner V, Widder B (Herausgeber): Begutachtung bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen – Autorisierte Leitlinien und Kommentare. Huber: Bern, 1. Auflage 2012

Schneider W: Psychische Gesundheit und Arbeit. Arbeitsmedizin Sozialmedizin Umweltmedizin 45 (2): 55–63 (2010)

Schneider W, Henningsen P, Rüger U: Sozialmedizinische Begutachtung in Psychosomatik und Psychotherapie, Huber: Bern (2001)

Schuntermann M: Einführung in die ICF. Grundkurs – Übungen – offene Fragen. ecomed: Landsberg (2009)

Shapiro F, Forrest MS: EMDR in Aktion: Die neue Kurzzeit-Therapie in der Praxis. Junfermann: Paderborn (2007)

Slick DJ, Sherman EM, Iverson GL: Diagnostic Criteria for Malingered Neurocognitive Dysfunction: Proposed Standards for Clinical Practice and Research. *The Clinical Neuropsychologist* 13 (4): 545–561 (1999)

Stadtland C: Evidenzbasierte Begutachtung psychiatrischer Erkrankungen – Risikofaktoren für Leistungseinschränkungen. *Versicherungsmedizin* 62 (4): 168–171 (2010)

Stadtland C, Gündel H, Schütt S, Nedopil N: Kriterien zur Beurteilung der quantitativen Leistungseinschränkung bei der Begutachtung funktioneller körperlicher Störungen. *Versicherungsmedizin* 55: 111–117 (2003)

Steinhausen H-C: The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *American Journal of Psychiatry* 159: 1284–1293 (2002)

Stevens A: Das Halswirbelsäulen-Schleudertrauma in der Begutachtung. Die neurologisch-psychiatrische Sicht. *Der medizinische Sachverständige* 102 (4): 139–146 (2006)

Stratz T, Müller W: Die Fibromyalgie. *Physikalische Medizin Rehabilitationsmedizin Kurortmedizin* 13 (2): 108–114 (2003)

Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR; Herausgeber): Das ärztliche Gutachten für die gesetzliche Rentenversicherung – Hinweise zur Begutachtung. DRV-Schriften Band 21, Frankfurt am Main (2001)

Voderholzer U: Umstellung und Kombinationen von Antidepressiva. Was lernen wir aus der Star-D-Studie? *Nervenheilkunde* 28 (5): 293–297 (2009)

Ward MF, Wender PH, Reimherr FW: The Wender Utah Rating Scale: an aid in the retrospective diagnosis of childhood attention deficit hyperactivity disorder. *American Journal of Psychiatry* 150: 885–890 (1993)

Weber A: Begutachtungen bei Migrationshintergrund: Zur Gesundheit von Personen mit Migrationshintergrund. *Der medizinische Sachverständige* 106 (3): 101–109 (2010)

Weig W, Bräuning-Edelmann M, Brieger P, Stengler K: Psychiatrische Rehabilitation. In: Möller HJ, Laux G, Kapfhammer HP (Herausgeber): *Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie*, Band 1, 1129–1142. Springer: Heidelberg, 4. Auflage (2010)

Weig W: Sozialrechtliche Grundlagen der Krankenhausbehandlung in der Psychiatrie und Psychotherapie in Abgrenzung von der Rehabilitation. *Der Nervenarzt* 77: 847–851 (2006)

Weig W, Schell G: Rehabilitation für psychisch kranke Menschen in Deutschland. Zur räumlichen Verteilung des RPK-Angebotes. *Krankenhauspsychiatrie* 16: 107–112 (2005)

Wender PH: Attention-deficit hyperactivity disorder in adults. Oxford University Press, New York, Oxford (1995)

Weyerer S, Bickel H: Epidemiologie der Demenzerkrankungen. In: Weyerer S, Bickel H (Herausgeber): Epidemiologie psychischer Erkrankungen im höheren Lebensalter. 58–91. Kohlhammer: Stuttgart (2007)

Widder B, Dertwinkel R, Egle UT, Foerster K, Schiltenswolf M: Leitlinie für die Begutachtung von Schmerzen. Psychotherapeut 52: 334–346 (2007)

Wilens TE, Spencer TJ, Biederman J: A review of the pharmacotherapy of adults with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. Journal of Attention Disorders 5 (4): 189–202 (2001)

Winckler P, Foerster K: Zum Problem der „zumutbaren Willensanspannung“ in der sozialmedizinischen Begutachtung. Der medizinische Sachverständige 92: 120–124 (1996)

Wittchen H-U, Jacobi F: Angststörungen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Robert-Koch-Institut (Herausgeber) in Zusammenarbeit mit dem Statistischen Bundesamt, Heft 21 (2004)

Wittchen H-U, Jacobi F, Klose M, Ryl L: Depressive Erkrankungen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Robert-Koch-Institut (Herausgeber) in Zusammenarbeit mit dem Statistischen Bundesamt, Heft 51 (2010)

Wittchen H-U, Jacobi F et al.: The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. European Neuropsychopharmacology 21: 655–679 (2011)

Wittchen H-U, Zaudig M, Fydrich T: SKID. Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV – Achse I und II. Hogrefe: Göttingen (1997)

Wolfe F: Stop Using the American College of Rheumatology Criteria in the Clinic. The Journal of Rheumatology 30 (8): 1671–1672 (2003)

Zeit T, Jung H-P (Herausgeber): Psychiatrische Anamnesen im Gutachten. Methoden zur Qualitätssicherung. Gentner: Stuttgart (2004)

Zielke M, Wittmann WW, Stapel M: Behandlungsdauer und Ergebnisqualität in der stationären Psychosomatik: Ergebnisse langfristiger Prozessanalysen. VDR (Herausgeber): Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium vom 28.02. bis 02.03.2005 in Hannover, Tagungsband. Frankfurt am Main, DRV-Schriften Band 59: 469–471 (2005)

12. Verzeichnis der Störungen und Syndrome

Abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle	155
Adipositas	143
Affektive Störung, bipolare	97
Affektive Störungen	95
Affektive Störungen, anhaltende	98
Andere psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit	78
Angststörungen, andere	108
Anorexia nervosa	141
Anpassungsstörungen	111
Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) des Erwachsenenalters	170
Belastungsstörung, posttraumatische	109
Binge Eating Disorder	143
Bulimia nervosa	142
Burn-out-Syndrom	121
Chronic Fatigue-Syndrom	120
Delir	77
Demenz	77
Depression, postschizophrene	83
Depressive Episode	96
Dissoziative Störungen	112
Dysthymia	98
Fibromyalgiesyndrom	123
Hypomanie	95
Idiopathic Environmental Intolerances	118
Intelligenzminderung, leichte	164
Intelligenzminderung, mittelgradige	165
Intelligenzminderung, schwere	165
Intelligenzminderung, schwerste	165
Intelligenzstörung	164
Manische Episode	95
Multiple Chemical Sensitivity-Syndrom	118
Neurasthenie	117
Organisches amnestisches Syndrom	77
Pathologisches Spielen	155
Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen auf organischer Grundlage	78
Persönlichkeitsstörung, abhängige	154
Persönlichkeitsstörung, anankastische	154
Persönlichkeitsstörung, ängstliche	154
Persönlichkeitsstörung, dissoziale	153
Persönlichkeitsstörung, histrionische	153
Persönlichkeitsstörung, paranoide	153

Persönlichkeitsstörung, schizoide	153
Persönlichkeitsstörungen, emotional instabile	153
Persönlichkeitsstörungen, spezifische und kombinierte	151
Phobische Störungen	107
Postschizophrenes Residuum	83
Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	76
Psychologische Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei andernorts klassifizierten Krankheiten	144
Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	109
Schizoaffektive Störungen	85
Schizophrenie	82
Schizophrenie, hebephrene	83
Schizophrenie, katatone	83
Schizophrenie, paranoide	83
Schizotype Störung	84
Schmerzstörung, anhaltende	115
Sick Building-Syndrom	118
Somatoforme Störungen	113
Tinnitus	124
Verhaltensstörungen durch intensiven Gebrauch von Computer und Internet	156
Wahnhafte Störungen, anhaltende	85
Zwangsstörung	109
Zyklothymia	98

