

# Standards zur Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolgen im sozialen Entschädigungsrecht und in der gesetzlichen Unfallversicherung<sup>1</sup>

Ferdinand Haenel, Doris Denis, Karl-Heinz Biesold,  
Ruth Ebbinghaus, Guido Flatten, Peter Liebermann, Andreas Linde

## A Fachliche Voraussetzungen der GutachterInnen

### Eingangsvoraussetzungen

#### Deutschland Eingangsvoraussetzungen

Approbation als Psychologischer Psychotherapeut / Psychologische Psychotherapeutin oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut / Kindern- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder Approbation als Arzt / Ärztin und Facharztqualifikation für Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychotherapeutische Medizin / Psychosomatische Medizin oder Approbation als Arzt / Ärztin und Zusatzbezeichnung Psychotherapie oder Facharzt / Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie.

#### Nachweis spezifischer Fortbildung (siehe B)

1. Spezielle Kenntnisse in der Psychotraumatologie sowie Kenntnisse im sozialen Entschädigungsrecht und der gesetzlichen Unfallversicherung
2. Drei qualifizierte Gutachten<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> In Anlehnung an die auch von der Bundesärztekammer übernommenen „Standards zur Begutachtung psychisch traumatisierter Menschen in aufenthaltsrechtlichen Verfahren“ (SBPM) der Arbeitsgruppe H.W. Gierlichs, F. Haenel, F. Henningsen, E. v. Keuck, G. Scheef-Maier, H. Spranger, M. Wenk-Ansohn, W. Wirtgen.

<sup>2</sup> Als qualifiziert gewertet werden Gutachten, die auf bei der Beurteilung anhand eines von der DeGPT vorgegebenen Beurteilungsbogen die erforderliche Mindestpunktzahl erreichen.

## **B Fortbildungsinhalte und Zertifizierungsvoraussetzungen**

Hinsichtlich der erforderlichen Fortbildungsinhalte sowie Zertifizierungsvoraussetzungen wird auf das Curriculum „Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolgen im sozialen Entschädigungsrecht und in der gesetzlichen Unfallversicherung (DeGPT)“ der Deutschsprachigen Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT) verwiesen.

Abrufbar auf der Website der DeGPT:

[www.degpt.de/DeGPT-Curriculum%20Begutachtung\\_2013.pdf](http://www.degpt.de/DeGPT-Curriculum%20Begutachtung_2013.pdf).

## **C Zur Abfassung und Gliederung eines Gutachtens**

### **Übersicht Gliederung**

- 1. Gutachtauftrag**
- 2. Fragestellung**
- 3. Quellen**
- 4. Vorgeschichte anhand der Aktenlage**
- 5. Vorgeschichte anhand eigener Angaben**
- 6. Untersuchungsbefunde**
- 7. Diskussion und Beurteilung**
- 8. Beantwortung der Fragen**
- 9. Zusammenfassung**
- 10. Literaturangaben**

## Detaillierte Gliederung mit Kommentierung

### 1. Gutachtenauftrag

Datum, AutorIn, Qualifikation der Autorin / des Autors

Betr.: Rechtsstreit des ..... gegen Bundesland ...  
Vertreten durch das Versorgungsamt .... AZ:.....

Bezug: Gutachtenauftrag vom .....

Im Auftrag der xx. Kammer des Sozialgerichtes vom ... wird in dem Rechtsstreit des Herrn / der Frau XY gegen ... , das folgende **psychiatrisch-neurologische / medizinische / psychologische Fachgutachten** nach ambulanter/ stationärer Untersuchung vom ... und ... erstattet.  
Eine Schweigepflichtentbindung liegt vor.

*Aufgrund der besseren Lesbarkeit wird im Folgenden auf die weibliche Form verzichtet. Es sind aber z.B. bei Gutachter oder Begutachtende gleichermaßen Frauen und Männer gemeint.*

#### *Kommentar:*

Die Annahme eines Gutachtenauftrages setzt voraus, dass sich der beauftragte Gutachter nicht nur vergewissert hat, dass die Beantwortung der Fragen in seinen fachlichen Kompetenzbereich fällt, sondern auch, dass der zu Begutachtende nicht sein Patient war oder ist oder auch sonst zu ihm oder seinen Angehörigen in keiner näheren Beziehung steht. Die Unabhängigkeit des Gutachters darf in keiner Weise beschränkt oder beeinträchtigt sein. Andernfalls ist der Gutachtenauftrag zurückzugeben.

Stellungnahmen mit einer kürzeren Darstellung von Vorgeschichte, Beschwerdebild, Befunden und Beurteilung kann der Behandler seinem Patienten zur Vorlage bei einer eigens benannten Behörde ausstellen. Sein Auftraggeber ist in der Regel der Patient oder dessen Rechtsvertretung. Die Stellungnahme ist in der Regel als „Parteivortrag“ zu werten und sollte als solcher kenntlich sein durch eine eingangs gemachte Feststellung, dass sich der Betreffende in Behandlung des Unterzeichners befindet. Ihre große Bedeutung ergibt sich aus der längerfristigen prozesshaften Beobachtung des Patienten, die Traumatisierungen häufig erst erkennbar werden lässt.

Atteste und Bescheinigungen des Behandlers enthalten meist nur die Diagnose oder Bestätigung einer laufenden Behandlung.

## 2. Fragestellung

Das Gutachten soll folgende Fragen beantworten:

1. ...
2. ...
3. ...
4. ...
- ....

### *Kommentar:*

Sogleich nach Entgegennahme des Gutachtauftrages ist der Gutachter verpflichtet festzustellen, inwieweit die Fragestellung in sein Fachgebiet fällt. Wenn nicht oder wenn er Zweifel hat, nimmt er telefonische Rücksprache mit dem Richter und muss ggf. den Auftrag an das Gericht zurückgeben. Zweitens hat er zu überprüfen, inwieweit die Beantwortung der in der Beweisanordnung gestellten Fragen dem zugrunde liegenden Problem inhaltlich gerecht wird.

Auf Veränderungen/Erweiterung der Fragestellung ist der Auftraggeber telefonisch oder ggf. schriftlich aufmerksam zu machen. Da bei Gericht eine Änderung der Beweisanordnung Monate in Anspruch nehmen kann, genügt in der Regel das mündliche Einverständnis des beauftragenden Richters, die Begutachtung gemäß einer fachlich sinnvoll erweiterten Fragestellung auszuführen.

Aussagepsychologische Fragestellungen zur Glaubhaftigkeit von Angaben, die in Verfahren nach dem OEG bei sexualisierter Gewalt mitunter dem klinischen Gutachter vorgelegt werden, können hier nicht sachgerecht beantwortet werden, denn sie gehören in den Bereich der forensisch-psychologischen kriteriumsbezogenen Aussagenanalyse. Die Voraussetzungen für eine solche aussagepsychologische Methodik, wie sie für die Beurteilung von Zeugenaussagen in Strafprozessen entwickelt und validiert worden ist, sind im Setting einer klinischen psychotraumatologischen Kausalitätsbegutachtung, die sich vornehmlich auf Diagnostik, Genese und Kausalität zu beschränken hat, nicht gegeben. Der Gutachter hat bei traumareaktiven Störungen jedoch den möglichen Zusammenhang zwischen auslösender Traumatisierung und Symptomatik zu diskutieren. Insofern können klinische Gutachten und Stellungnahmen zu Fragen nach bestehenden psychischen Traumafolgen wesentliche Anhaltspunkte enthalten, die für oder gegen den Erlebnisbezug von Aussagen zur traumatischen Vorgeschichte sprechen, wie sie auch Hinweise dafür geben können, inwieweit die Aussagefähigkeit des Begutachteten krankheitsbedingt eingeschränkt ist oder nicht.

### *Kommentar zur Fragestellung:*

Es können die Fragen der Beweisanordnung im Einzelnen aufgeführt werden. Bei umfangreichen Beweisfragen empfiehlt es sich, auf die in der Beweisanordnung aufgeführten Fragen zu verweisen ohne diese zu wiederholen.

Im Einzelnen können die **Fragen der Sozialgerichte** z.B. wie folgt lauten:

1. Welche nicht nur vorübergehenden Funktionseinschränkungen, die auf einem regelwidrigen körperlichen, geistigen oder seelischen Zustand beruhen, bestehen bei dem Kläger auf Ihrem Fachgebiet?
2. Welche der zu 1. bezeichneten Leiden sind mit Wahrscheinlichkeit durch das / die Ereignis(se) (DDR-Haft / StrRehaG; Raubüberfall / OEG; Arbeitsunfall / GUV) verursacht oder verschlimmert worden?
3. Wie hoch ist der GdS (bei StrRehaG/ OEG) bzw. die MdE (bei GUV) für die einzelnen unter 2. angegebenen Leiden zu bemessen?
4. Wie hoch ist für sämtliche Schädigungsfolgen unter Berücksichtigung ihrer wechselseitigen Beziehungen zueinander die Gesamt-GdS / MdE zu bemessen?
5. Besteht der zu Frage 2. festgestellte Zustand mindestens seit ...? Sofern sich eine Veränderung nach diesem Datum ergeben hat, wird bezüglich der Bezeichnung der Schädigungsfolgen und GdS / MdE-Grad um zeitliche Aufgliederung gebeten.
6. Weichen Sie mit Ihren Feststellungen ab von den versorgungsärztlichen Diagnosen und den Beurteilungen des Behandlers und des Vorgutachters? Wenn ja, begründen Sie Ihre abweichende Beurteilung.
7. Halten Sie zur abschließenden Bewertung der Fragen 1-6 die Einholung eines weiteren / zusätzlichen medizinischen Gutachtens für erforderlich? A. Auf welchem Fachgebiet? B. Bezüglich welcher Gesundheitsstörungen?

### **3. Quellen**

Das Gutachten stützt sich auf:

1. Die Versorgungsakte / BG-Akte: AZ...
2. Die Schwerbehindertenakte AZ: ...
3. Die Akte des Sozialgerichtes AZ: ...
4. Eigene Untersuchung vom ... und ...

*Kommentar:*

Hier findet sich nach Art eines Inhaltsverzeichnisses die Übersicht aller hinzugezogenen Quellen.

#### **4. Vorgeschichte anhand der Aktenanlage**

*Kommentar:*

Hier findet eine *knappe und übersichtliche* Zusammenfassung *aller für die Beantwortung der Fragen relevanten* Daten aus den Akten statt. Allerdings ist sie aktuell aus Kostengründen von Sozialgerichten nicht mehr erwünscht und wird jetzt üblicherweise mit der Bemerkung „als bekannt vorausgesetzt“ ausgelassen. Lediglich bei besonders komplexen Verfahrensabläufen kann sie hier eigens skizziert werden.

Wichtige Daten aus der Vorgeschichte, im Besonderen medizinische / psychologische Atteste / Stellungnahmen / Vorgutachten können und müssen in der Rubrik „Diskussion und Beurteilung“ Erwähnung finden.

#### **5. Vorgeschichte anhand eigener Angaben**

1. Familienanamnese
2. Biografische Anamnese / Eigenanamnese
3. Spezielle Anamnese / Traumaanamnese
4. Allgemeine / somatische Anamnese
5. Psychiatrische Anamnese, Vorerkrankungen, aktuelle Beschwerden
6. Medikation
7. Gegenwärtige Lebenssituation

*Kommentar zu den Beschwerdeangaben:*

Hierzu gehören die spontan geäußerten aktuellen psychischen und somatischen Beschwerden, ebenso Angaben zu Beschwerden anhand von hypothesengeleiteten, offenen Fragen des Gutachters sowie Symptomentwicklung und Beschwerdeverlauf. Beachte: Die subjektiven Angaben des zu Begutachtenden zur Vorgeschichte und Beschwerden sollten im Konjunktiv verfasst werden, am besten als wörtliches Zitat kenntlich gemacht werden. Hier ist es wichtig, den Originalwortlaut des Begutachtenden wiederzugeben und keine Fachbegriffe zu verwenden, es sei denn der Proband bedient sich ihrer selbst.

#### **6. Untersuchungsbefunde**

1. Psychischer Befund, Verhaltensbeobachtung / Beziehungsanalyse
2. Ergebnisse testpsychologischer Untersuchungsverfahren
3. Fakultativ: Allgemeinmedizinischer, internistischer, neurologischer Befund, apparative Untersuchungsbefunde

*Kommentar:*

In diesem Kapitel werden die Untersuchungsbefunde und Ergebnisse der testpsychologischen Untersuchungen ohne Interpretation und Beurteilung dargestellt. Fachlich exakt ausgeführt sind sie innerhalb einer gewissen Variabilität reproduzierbar und haben insofern gegenüber den Angaben des Antragstellers / des Klägers im vorangegangenen Abschnitt einen objektiveren Charakter.

## **7. Diskussion und Beurteilung**

- Aufführung der geschilderten einzelnen Symptome und Versuch einer diagnoseweisenden syndromalen Zuordnung
- Vergleich eigener Untersuchungsbefunde mit den subjektiven Beschwerdeangaben
- Diagnostische und differentialdiagnostische Erwägungen
- Diagnosestellung mit Begründung („Vollbeweis“)
- Kausalität („Überwiegende Wahrscheinlichkeit“)
- Inhaltliche Auseinandersetzung mit vorangegangenen Attesten, Stellungnahmen, Gutachten je nach vorliegender oder fehlender Übereinstimmung. In letzterem Fall ausführliche inhaltliche Auseinandersetzung und Begründung der eigenen Abweichung.

*Kommentar:*

In diesem Kapitel erfolgt die Interpretation und Beurteilung der einzelnen angegebenen Symptome, inwieweit sich diese durch die in Abschnitt 6 dokumentierten Untersuchungsbefunde objektivieren lassen und zu welchen diagnostischen und differentialdiagnostischen Erwägungen ihre syndromale Zuordnung führen könnten. Grundlegend ist dabei die Kausalitätsbetrachtung, welche im sozialen Entschädigungsrecht und der gesetzlichen Unfallversicherung die Beantwortung folgender Fragen beinhaltet (BMAS, 2009, C):

1. Gibt es ein schädigendes Ereignis, und wenn ja, welches?
2. Liegt selbiges im Anwendungsbereich des betreffenden Gesetzes?
3. Liegen primäre Gesundheitsschädigungen vor, und wenn ja, welche?
4. Liegen bleibende Gesundheitsschäden vor, und wenn ja, welche?

Um das Vorliegen dieser vier Tatbestände festzustellen, muss als Beweismaßstab der »Vollbeweis« zugrunde gelegt werden, was bedeutet, dass ein Ereignis »mit an Gewissheit grenzender Wahrscheinlichkeit eingetreten oder in so hohem Maße wahrscheinlich ist, dass alle Umstände des Falles nach vernünftiger Abwägung und nach der allgemeinen Lebenserfahrung geeignet sind, die volle richterliche Überzeugung zu begründen« (Bundessozialgericht, 2001). Sie müssen belegt sein oder – wenn Belege nicht zu beschaffen sind – nach den gegebenen Umständen, z. B. aufgrund einer »Glaubhaftmachung«, die Überzeugung gewinnen lassen, dass es so und nicht anders gewesen ist. Die beiden ersten Fragen hat die Versorgungsverwaltung, die beiden letzteren der medizinische oder psychologische Gutachter zu beantworten.

Für die Begründung der Kausalität, d. h. die Annahme eines ursächlichen Zusammenhangs zwischen schädigendem Ereignis und der festgestellten Gesundheitsstörung, genügt als Beweismaßstab die »hinreichende Wahrscheinlichkeit«, die dann gegeben ist, »wenn nach der geltenden medizinisch-wissenschaftlichen Lehrmeinung mehr für als gegen einen ursächlichen Zusammenhang spricht (BMAS, 2009, C 3).

Von den gesundheitlichen Schädigungsfolgen sind Vor- und Nachschäden zu unterscheiden. Das sind Gesundheitsstörungen, die zeitlich vor und nach dem schädigenden Ereignis aufgetreten sind und in keinem kausalen Zusammenhang zu dem schädigenden Ereignis stehen. Anders verhält es sich mit Folgeschäden, die im weiteren Verlauf von gesundheitlichen Schädigungsfolgen mittelbar verursacht worden und ebenso als Schädigungsfolgen zu bewerten sind. Bei einem Vorschaden muss berücksichtigt werden, inwieweit dieser möglicherweise durch das schädigende Ereignis wesentlich verschlimmert worden ist, wodurch er zum Teil – nicht im Sinne der Entstehung, sondern im Sinne einer wesentlichen Verschlimmerung – als Schädigungsfolge anerkannt werden müsste.

Wenn die Kausalität schädigungsabhängiger Störungen über längere Zeiträume hinweg im Rahmen von Nachuntersuchungen beurteilt wird, muss der Gutachter berücksichtigen, inwieweit bei unverändert bestehendem Störungsbild eine andere mögliche Ursache als die des ursprünglichen schädigenden Ereignisses hinzugetreten sein und dieselbe hinsichtlich ihrer Folgen überwiegen könnte. In einem solchen Falle spricht der Gutachter von einer »Verschiebung der Wesensgrundlage«, wobei hier die ursprüngliche Kausalität zwischen schädigendem Ereignis und Schädigungsfolgen aufgehoben ist.

Ferner spielt die Einschätzung der Beschwerdenugültigkeit eine wichtige Rolle. Hierbei geht es um Abklärung von Simulation, Dissimulation bzw. Aggravation der Symptome und bei Anzeichen auch von artifiziellen Störungen.

Quellen:

BMAS (Bundesministerium für Arbeit und Soziales) (2009). *Versorgungsmedizin-Verordnung*. Bonn: BMAS.

Im Internet abrufbar unter:

[http://www.bmas.de/portal/33270/property=pdf/k710\\_2009\\_05\\_13\\_versorgungsmed\\_verordnung.pdf](http://www.bmas.de/portal/33270/property=pdf/k710_2009_05_13_versorgungsmed_verordnung.pdf)

Bundessozialgericht, Urteil vom 8.8.2001/ B 9 V 23/01 B

Im Internet abrufbar unter:

<http://vsbinfo.de/content/view/240/13/>

Beantwortung der Beweisfragen:

Zu 1.

Zu 2.

Zu 3.

Zu 4.

*Kommentar:*

Nach der Diskussion und Beurteilung der Befunde sowie Diagnosestellung und Klärung der wahrscheinlichen Genese werden alle Fragen einzeln beantwortet.

## **8. Zusammenfassung**

*Kommentar:*

Eine halbe bis dreiviertel DIN A4 Seite.

## **9. Literaturangaben**

*Kommentar:*

An dieser Stelle soll ausschließlich die für die Beantwortung der Fragen relevante Literatur aufgeführt werden, auf die in der Beurteilung explizit Bezug genommen wurde.

## **AutorInnen:**

Ferdinand Haenel, Dr. med., Leiter der Tagesklinik im Behandlungszentrum für Folteropfer / Charité Campus Mitte.

Dr. phil Doris Denis, Praxis für Psychotherapie und Begutachtung, Bergmannstr. 5, 10961 Berlin

Dr. med. Karl Heinz Biesold, ehem. leitender Arzt der Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie, Psychotraumatologie am Bundeswehrkrankenhaus Hamburg, Dannenkoppel 30a, 22391 Hamburg

Ruth Ebbinghaus, Zentrum und Netzwerk für Psychotraumatologie Franken, Praxis für ärztliche Psychotherapie, Kaiserstr. 8, 97070 Würzburg

Dr. med. Guido Flatten, Euregio-Institut für Psychosomatik und Psychotraumatologie, Annastr. 58-60, 52062 Aachen

Peter Liebermann, Praxis für Psychiatrie und Psychotherapie, Dönhoffstr. 15, 51373 Leverkusen

Dr. med. Andreas Linde, leitender Oberarzt, Psychiatrische Klinik Königsfelden, Zürcherstrasse 241, CH-5210 Windisch