

ICF und Begutachtung in der Psychiatrie – ein praktisches Beispiel

Gerhard Ebner
Zürich

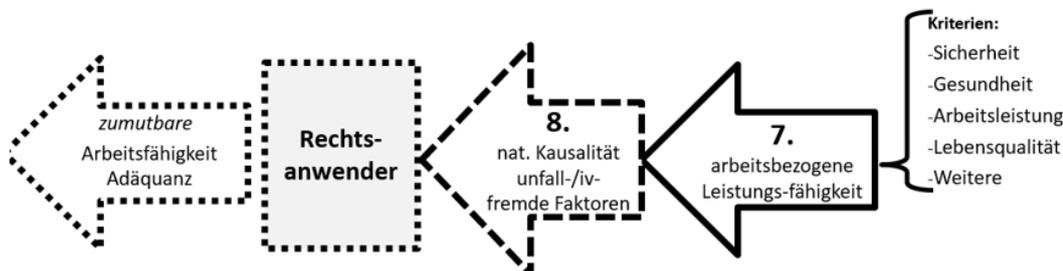
Einführung

In Medinfo 2/2017⁶ wurden Ihnen die theoretischen Grundlagen für eine leitlinienkonforme, versicherungspsychiatrische Begutachtung vorgestellt. Im Folgenden wird der Autor die Anwendung dieser Systematik (siehe Abbildung 1) anhand eines konkreten Beispiels⁷ veranschaulichen.

Abbildung 1⁸

Allgemeine Methodik der Beurteilung Ebner et al. 2016

1. Diagnostik inkl. Komorbidität, Persönlichkeit(sstörung)
2. Schweregrad (Reha-/Therapieverlauf, Symptombelastung, Ressourcen)
3. Konsistenz und Plausibilität
4. Prognose (mit/ohne Massnahmen)
5. Aktivität («Mini-ICF»)
6. Partizipation



⁶ Ebner, G (2017) ICF und Begutachtung in der Psychiatrie. Medinfo - Mitteilungen zu Themen der Privatversicherer. ICF im versicherungsmedizinischen, therapeutischen und juristischen Kontext / Schadenminderung, 2, Seite 16-26

⁷ Ebner, G et al (2016) Qualitätsleitlinien für versicherungspsychiatrische Gutachten. Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie

SGPP. Leitlinien für die Begutachtung psychiatrischer und psychosomatischer Störungen in der Versicherungsmedizin. 16.06.2016. 3. vollständig überarbeitete und ergänzte Auflage (Korrigenda 17.10.2016), Seite 5-6.

⁸ Das Beispiel wurde aus mehreren, anonymisierten Fällen zusammengestellt; viele Details wurden dabei abgeändert, mögliche Ähnlichkeiten mit realen Fällen sind zufällig.
<https://www.psychiatrie.ch/sgpp/fachleute-und-kommissionen/leitlinien>

Ausgangssituation nach Aktenlage

27-jähriger Gerüstbauer. Status nach Sturz von Leiter 2012 mit schwerer traumatischer Hirnverletzung, diversen Operationen, posttraumatischer Epilepsie, neuropsychologischer Störung mit organisch bedingter Persönlichkeitsstörung. Ferner Ängste, Legasthenie (Leseschwäche) und Hypersomnie (vermehrtes Schlafbedürfnis).

1. Diagnostik

Diskrete Beschwerdeangaben: Er «lasse alles raus», was er denke, sei verbal aggressiv; er leide unter belastungsabhängigen Kopfschmerzen, Müdigkeit, Hypersomnie, Frustration über die erfolglose Arbeitssuche, ferner unter Schweissausbrüchen bei Anspannung.

Ressourcen: Er sei froh um sein gutes körperliches und geistiges Niveau; er sei darüber glücklich, dass er noch lebe, selbstständig wohnen und wieder Sport machen könne. Er habe regelmässige Kontakt zu seinen Kollegen und gehe mit diesen in den Ausgang⁹. Er würde gerne wieder arbeiten, habe aber bis jetzt nichts gefunden.

Diskrete Befunde im Rahmen der neuropsychologischen Untersuchung: Einschränkungen im Vigilanzbereich, reduzierte Informationsverarbeitungsgeschwindigkeit, eingeschränkte Planungskompetenzen, Verhaltensauffälligkeiten aufgrund von erhöhter Lärmempfindlichkeit und eingeschränkter Reizabschirmung.

Diskrete neurologische Befunde: Lediglich "soft signs" ohne Relevanz, auswärtiges EEG mit Verlangsamungsherd bei Status nach posttraumatischer Epilepsie, welche unter Behandlung seit mehr als zwei Jahren symptomfrei ist.

Diskrete Psychopathologie: leichte Störung der Auffassungsfähigkeit, leichte Unsicherheit, leichtgradige Affektarmut und Affektstarrheit, Verlangsamung und Antriebsminderung.

Spezifische Ängste im Sinne von Höhenphobie und Prüfungsphobie, posttraumatische Symptomatik mit erhöhter Erregbarkeit, Flashbacks, Absenzen und Vermeidungsverhalten (in der Fremdbeurteilung ebenfalls nachvollziehbar). Deutliche Anosodiaphorie (Unfähigkeit, eigene Einschränkungen zu erkennen).

Fremdanamnese¹⁰: Gedächtnisstörungen, Erschöpfbarkeit, Apathie (*er hänge oftmals zu Hause nur herum; er rede zwar vom Ausgang mit Kollegen; diese würden ihn von zu Hause abholen, da er von alleine nicht käme*). Verlangsamung, oberflächlicher Affekt; Enthemmung mit aggressiven Äusserungen gegenüber Familienmitgliedern; verminderte Planungskompetenz und Flexibilität.

Unfallkausale Diagnosen:

- Status nach traumatischer Hirnverletzung mit organischem Psychosyndrom mit leichter bis mittelschwerer neuropsychologischer Funktionsstörung bezüglich Vigilanz, Informationsverarbeitungsgeschwindigkeit, Planungskompetenz, Verhaltensauffälligkeiten
- Differenzialdiagnose: Leichtgradige organisch bedingte Persönlichkeitsstörung mit oberflächlichem Affekt, Reizbarkeit, Impulsivität
- Posttraumatische Epilepsie, unter konsequenter Behandlung anfallsfrei > 2 Jahre
- Vollbild einer posttraumatischen Belastungsstörung nach Retraumatisierung bei vorbestehender, aber bis zum Unfall weitgehend kompensierter, posttraumatischer Belastungsstörung
- Höhenphobie

Unfallfremde Diagnosen: Status nach schwerer Traumatisierung in der Kindheit mit geringer Residualsymptomatik einer posttraumatischen Belastungsstörung Prüfungsphobie Legasthenie, gut kompensiert

⁹ Siehe auch "Fremdanamnese" und "Konsistenz und Plausibilität"

¹⁰ Validiert durch Fragen nach konkreten Beispielen, durch Beachtung von Aspekten zur Glaubhaftigkeitsbeurteilung von Aussagen (vgl. Ebner, G et al 2016: Qualitätsleitlinien für versicherungspsychiatrische Gutachten, S. 31)

2. Schweregrad

Der Schweregrad ist als erheblich zu beurteilen; zwar bestehen nur diskrete kognitive Einschränkungen; in Anbetracht einer leichten posttraumatischen Persönlichkeitsänderung muss aber von einer leichten bis mittelschweren neuropsychologischen Funktionsstörung ausgegangen werden. Zudem besteht eine Komorbidität mit Symptombelastungen aufgrund von Nebenwirkungen der gut wirksamen Antiepileptika in Kombination mit der Symptomatik einer posttraumatischen Belastungsstörung, einer Legasthenie und spezifischer Ängste.

Ferner bleibt trotz adäquater stationärer und ambulanter multimodaler Behandlungen, trotz einer mit hoher Motivation durchgeführten zweijährigen beruflichen Rehabilitation eine deutliche eingeschränkte Leistungsfähigkeit bestehen, welche auch unter angepassten Arbeitsbedingungen kaum über 50% Arbeitsfähigkeit hinausging.

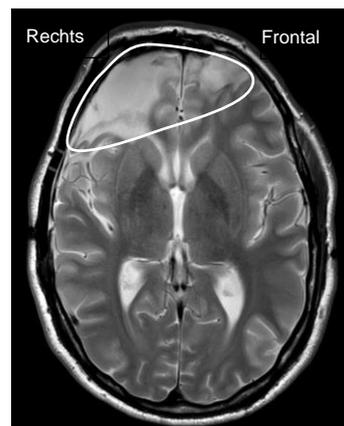
3. Konsistenz und Plausibilität

Die Beschwerdeangaben sind in sich konsistent, konsistent mit Befunden, Aktenlage. Er machte in Bezug auf Beschwerden und Leistungseinschränkungen differenzierte Angaben und nannte dabei – oft spontan - konkrete Beispiele. Er gab von sich aus an, dass sich sein Zustand wie seine Leistungsfähigkeit sehr gebessert hätten; er beschrieb dabei differenziert, welche Beschwerden und Symptome sich zurückgebildet hätten. Er zeigte aber eine Tendenz zur *Untertreibung* seiner Leistungseinschränkungen, welche jedoch nicht als bewusste Vortäuschung zu beurteilen ist, sondern durch eine hirnganisch bedingte Anosodiaphorie (siehe oben, kommt typischerweise bei Schädigungen des Frontalhirnes vor). So waren seine Angaben in Bezug auf Aktivitäten und soziale Teilhabe nicht konsistent mit validierten Fremdanfragen.

Er wirkte hoch motiviert, zeigte bei den Assessments eine hohe Leistungsbereitschaft ohne Hinweise auf "Selbstlimitierung". In der Psychodiagnostik waren seine Angaben konsistent mit seinem Verhalten. Es fanden sich so keine Hinweise für Aggravation. In der neuropsychologischen Abklärung waren die erzielten Ergebnisse valide, bei der Beschwerde- und

Performanzvalidierung fanden sich keine Hinweise für Einschränkungen von Konsistenz und Plausibilität. Beschwerden und Leistungsverhalten waren zudem konsistent mit der Bildgebung (im MRI ausgeprägte Substanzdefekte und Vernarbungen frontal rechts betont, siehe Abbildung 2).

Abbildung 2 (weisse Linie vom Autor zur Verdeutlichung gezeichnet; sie weist auf die Defekte mit Schwerpunkt frontal rechts hin)



4. Prognose

Positiv: hohe Leistungsbereitschaft und Kooperativität, erhaltene soziale und kognitive Ressourcen, Erreichen zumindest einer Teilarbeitsfähigkeit im Rahmen der Rehabilitation.

Negativ: Trotz der engagiert und motiviert durchgeführten, geeigneten, medizinischen und beruflichen Massnahmen persistieren zumindest leichte Verhaltensauffälligkeiten und neuropsychologische Defizite. Die Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit kam nicht über eine Teilarbeitsfähigkeit hinaus. Aktuell seit längerem ohne Arbeitsstelle. Aufgrund von Antriebsstörungen bei Stellensuche eingeschränkt.

Nach 5-jährigem Verlauf sind keine arbeitsrelevanten Verbesserungen mehr zu erwarten.

5. Aktivität – Mini-ICF-APP11

Allgemeine Einschränkungen von Fähigkeiten (*keine*→ entspricht Normerwartungen; *leichte*→ keine wesentlichen negativen Konsequenzen; *mässige*→ negative Konsequenzen; *erhebliche*→ benötigt teilweise Unterstützung von Dritten; *voll ausgeprägte Beeinträchtigung*→ Entpflichtung¹²).

Die Einschränkungen sind abhängig vom Anforderungsprofil der Tätigkeit.¹³

Planung und Strukturierung der Aufgaben: objektivierbare, leichte Beeinträchtigung gemäss Neuropsychologie
Flexibilität und Umstellung: mässige Beeinträchtigung durch Verlangsamung, Verunsicherung, unter Druck gereizt; benötigt Hilfe

Kompetenz und Wissensanwendung: mässige Beeinträchtigung; bei komplexen Aufgabenstellungen benötigt er Hilfe

Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit: je nach Kontext mässige bis schwere Beeinträchtigung; Unterschätzt eigene Einschränkungen, überschätzt sich, muss dann von Dritten diesbezüglich gelenkt werden

Proaktivität und Spontanaktivitäten: mässige, bei sozialer Teilhabe schwere Beeinträchtigung, da Antrieb fremdanamnestisch reduziert; wird deshalb von Drittpersonen abgeholt

Widerstands- und Durchhaltefähigkeit: Bei Monotonie Müdigkeit, Einschlafen; je nach Kontext leichte (abwechslungsreiche Tätigkeit) bis schwere (monotone Tätigkeit) bis voll ausgeprägte (sicherheitsrelevante Tätigkeiten) Beeinträchtigung

Selbstbehauptungsfähigkeit: mässige Beeinträchtigung bei Überreaktionen und Rückzug

Fähigkeit zu engen dyadischen Beziehungen: mässige Einschränkung bei Disinhibition (erhöhter Impulsivität)

Mobilität und Verkehrsfähigkeit: keine Beeinträchtigung bei öffentlichen Verkehrsmitteln, beim Führen eines Motorfahrzeuges aufgrund der Vigilanzproblematik voll ausgeprägte Beeinträchtigung

6. Arbeitsfähigkeit/Partizipation als Grundlage zur Beurteilung der "zumutbaren Arbeitsfähigkeit" durch den Rechtsanwender¹⁴

Allgemeine Beurteilung

Sicherheit: Bei Höhenphobie kein Einsatz in Höhen (Gerüste, Leitern etc.). Bei Vigilanzproblematik kein Einsatz in sicherheitsrelevanten Bereichen (bspw. Führen von Motorfahrzeugen, monotone, sicherheitsrelevante Kontrollaufgaben)

Gesundheit: Bei Überforderung ist mit reaktiven psychischen Störungen zu rechnen

Arbeitsleistung: Qualitative Einschränkung durch verminderte Flexibilität, Kompetenz und Wissensanwendung, Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit mit Selbstüberschätzungstendenz; Je nach Tätigkeit zusätzliche Einschränkung durch verminderte Selbstbehauptungsfähigkeit. Quantitative Einschränkung durch Minderung der Widerstands- und Durchhaltefähigkeit, Verlangsamung.

Lebensqualität: Keine Einschränkung

Weitere: Überschüssende Reaktionen unter Druck, damit Belastungen für Dritte kontextabhängig möglich

¹¹ Linden, M et al (2015) Mini-ICF-APP. Mini-ICF-APP-Rating für Aktivitäts- und Partizipationsbeeinträchtigungen bei psychischen Erkrankungen. Ankerdefinitionen und Manual. 2., überarbeitete und erweiterte Auflage. Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern

¹² Beurteilt werden nicht die tatsächlich ausgeführten Tätigkeiten (*performance*), sondern ob sie ausgeführt werden könnten (*capacity*), wenn der Proband wollte oder die Situation dies erlaubt oder erfordert" (Linden et al 2015, Ankerdefinitionen, S. 5)

¹³ Aufgrund der Abhängigkeit vom Anforderungsprofil der Tätigkeit und der bis anhin (noch?) nicht geklärten Reliabilität im Versicherungsbereich verzichtet

der Autor auf ein Rating mit Zahlen in Einklang mit vielen Kolleg*innen. Es soll so das Vermitteln einer "Pseudogenauigkeit" vermieden werden. Viel wichtiger ist die qualitative Beurteilung, ob eine massgebliche Einschränkung bei der jeweiligen Fähigkeit zu erwarten ist, und wie sich diese bei der angestammten und der definierten angepassten Tätigkeit auswirkt. Die Integration der Beurteilungen wird dann im Rahmen der Beurteilung der arbeitsbezogenen ("zumutbaren") Arbeitsfähigkeit (siehe Ebner et al 2016, S. 34-35) vorgenommen.

¹⁴ Siehe Ebner et al 2016, S. 34-35

Angestammte Tätigkeit als Gerüstbauer: nur schon aus Sicherheitsgründen (Ausschlussgrund) kein Einsatz möglich; je nach Tätigkeit käme eine fehlende Fahreignung als weiterer Ausschlussgrund hinzu.

Auch ohne diese Einschränkung könnte der Explorand aufgrund der qualitativen (mittel- bis schwergradige Minderung von Flexibilität, Kompetenz und Wissensanwendung, Selbstbehauptung und Umgang mit Dritten) und quantitativen (mittelgradige Verminderung der Durchhaltefähigkeit, Verlangsamung) Einschränkungen keine konstante, arbeitsmarktkonforme Leistung in angestammter Tätigkeit erbringen.

Optimal angepasste Tätigkeit: Geeignet sind nicht-monotone Routinetätigkeiten, welche ohne Druck ausgeführt werden können, mit regelmässigen Arbeitszeiten, Schwerpunkt am Vormittag an einem ruhigen Arbeitsplatz, mit der Möglichkeit von Pausen. Die Möglichkeit für eine niederschwellige Unterstützung durch dritte sollte gegeben sein. Das Führen von Motorfahrzeugen und das Ausübung von sonstigen sicherheitsrelevanten Tätigkeiten ist ausgeschlossen.

7. Arbeitsbezogene Leistungsfähigkeit

Gemäss Ankerdefinition der Neuropsychologen für leichte bis mittelgradige neuropsychologische Funktionsstörungen bewegt sich die Arbeitsfähigkeit bei diesem Schweregrad bei 50 bis 70%.¹⁵

Eine optimal angepasste Tätigkeit kann vom Exploranden mit einem Arbeitspensum von ca. 60%, verteilt über die ganze Arbeitswoche geleistet werden; hierbei besteht eine um ca. 20% reduzierte Leistungsfähigkeit; daraus resultiert eine Nettoarbeitsfähigkeit ("Rendement") von ca. 50%. Diese entspricht in etwa auch der Arbeitsfähigkeit, welche der Explorand während der Eingliederungsphase erbracht hat und ist durchgängig als plausibel zu beurteilen.

8. Natürliche Kausalität, unfall-/invaliditätsfremde Faktoren

Status quo ante (gesundheitlicher Vorzustand):

- Legasthenie mit geringer Ausprägung
- Status nach posttraumatischer Belastungsstörung mit geringer Residualsymptomatik; er besass damit aber eine erhöhte Vulnerabilität (eine Disposition) für das Auftreten von posttraumatischen Symptomen unter entsprechenden Belastungen
- Prüfungsängste

Es bestehen keine Hinweise für das Vorliegen von Faktoren, welche vom Rechtsanwender als "invaliditätsfremd"¹⁶ bezeichnet werden.

Status quo sine (Gesundheitszustand, wenn der Unfall nicht passiert wäre):

Die Legasthenie sowie die Residualsymptomatik einer posttraumatischen Belastungsstörung wären wohl ohne die unfallbedingten Retraumatisierungen weiterhin kompensiert geblieben.

Die Prüfungsängste sind vorbestehend. Sie können bei allfällig notwendig werdenden Berufsabschlüssen von Relevanz sein. Zudem besteht eine erhöhte Vulnerabilität (Disposition) für das Auftreten von weiteren spezifischen Phobien (Angststörungen).

Anmerkungen: Die Vorzustände waren kompensiert und der Explorand konnte trotz dieser die obligatorischen Schulen besuchen und eine Berufsausbildung zum Gerüstbauer erfolgreich absolvieren, danach uneingeschränkt mit guten Leistungsbeurteilungen arbeiten.

Der Explorand hat zwar für das Unfallereignis eine Amnesie (Erinnerungslücke); eine solche schliesst jedoch - insbesondere

¹⁵ Funktionsfähigkeit im Alltag und unter den meisten beruflichen Anforderungen leicht eingeschränkt. Die Person fällt in ihrem sozialen Umfeld leicht auf. In Berufen oder bei Aufgaben mit hohen Anforderungen ist die Funktionsfähigkeit aber stärker eingeschränkt, ev. aufgehoben, vgl.: Frei, A et al

(2016): Kriterien zur Bestimmung des Schweregrads einer neuropsychologischen Störung sowie Zuordnungen zur Funktions- und Arbeitsfähigkeit. Zeitschrift für Neuropsychologie 27 (2), Seite 107–119

¹⁶ Rechtsbegriff, kein medizinischer Fachausdruck

dere in Kombination mit erhöhter Vulnerabilität und den belastenden Folgen des Unfalls - die Entwicklung einer posttraumatischen Belastungsstörung nicht aus.

Die Hirnverletzung und deren Folgen führen zudem zu verminderter Anpassungsfähigkeit in Bezug auf Vorzustände und zukünftige gesundheitliche wie berufliche Herausforderungen.

Im Verlauf ist mit einer – zumindest teilweisen - Kompensation der Symptome von Höhenphobie und posttraumatischer Belastungsstörung zu rechnen.

Kommentar des Autors und "Take Home Message"

Beim Exploranden liessen sich initial nur diskrete Befunde und Einschränkungen erheben. Erst im Rahmen der Verhaltensbeobachtungen und Befunderhebungen durch ein poly- und interdisziplinäres Team konnten vereinzelte Defizite und Verhaltensänderungen (wie bspw. Ermüdbarkeit, Verlangsamung, Unsicherheit, leichte Enthemmung, Anosodiaphorie, s. o.) erfasst werden, wobei der Explorand aufgrund seiner Anosodiaphorie diese auch nur als geringgradig beschrieb. *Wichtige Hinweise erhielt das Begutachtungsteam durch die sehr differenzierten, konkret formulierten und validierten Angaben von Drittpersonen*, welche die Folgen dieser Defizite und das gesamte Ausmass der bereits im Ansatz festgestellten Persönlichkeitsänderungen (vor allem der Enthemmung) im Alltag nachvollziehbar beschrieben.

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Gerhard Ebner M.H.A.

Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie (CH)

Mitglied FMH

Seefeldstrasse 25

8008 Zürich