

Beurteilung der beruflichen und ausserberuflichen Leistungsfähigkeit im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung

Psychische Störungen können sich häufig ungünstig auf die Leistungsfähigkeit der betroffenen Personen auswirken und in einigen Fällen zu Einschränkungen der beruflichen Teilhabe führen. Im Rahmen der sozialversicherungsrechtlichen psychiatrischen Begutachtung ist es die Aufgabe des Mediziners, die Beurteilung der Leistungsfähigkeit vorzunehmen, welche nur in Kenntnis der konkreten Anforderungen des Arbeitsplatzes möglich erscheint. Neben der Querschnittsbeurteilung, unter anderem mit standardisierten Instrumenten, sind auch Erhebungen der gegenwärtigen Leistung der Probanden in verschiedenen Lebensbereichen und unter Berücksichtigung von kollateralen Informationsquellen sowie die Beurteilung des Verlaufs der psychischen Störung und des Leistungsniveaus notwendig.



Roman Schleifer



Michael Liebrez

von Roman Schleifer und Michael Liebrez*

Einführung

Die Wahrscheinlichkeit, im Laufe des Berufslebens an einer psychischen Störung zu erkranken, ist vergleichsweise hoch (1). Gemäss den Ergebnissen der Zürich-Studie liegt die Wahrscheinlichkeit (ohne Berücksichtigung der Tabakabhängigkeit) sogar bei über 70 Prozent (2), wobei Häufigkeiten von relativ schweren Störungen wie Major Depression von 32 Prozent, generalisierter Angststörung von über 20 Prozent, Zwangsstörungen von knapp 10 Prozent und Alkoholproblemen von zirka 20 Prozent genannt wurden. In der Literatur wird davon ausgegangen, dass psychische Störungen relativ häufig und unter Umständen dauerhaft mit Einschränkungen bei der Lebensführung in verschiedenen Lebensbereichen und mit einer unzureichenden sozialen Inklusion assoziiert sind (3–5). Der Anteil an psychischen Erkrankungen, die Ursache für eine dauerhafte Arbeitsunfähigkeit und schliesslich Invaliditätsberentung wurden, ist in den letzten Jahren in vielen europäischen Ländern stark gestiegen (6–8). Diese Entwicklung wird in der Literatur unter anderem mit den zunehmend gestiegenen psychischen Belastungen in der modernen Arbeitswelt begründet (9). In der juristischen Literatur finden sich Hinweise dafür, dass die Beurteilung von Rentengesuchen seit der Jahrtausendwende restriktiver geworden ist und dass höhere Anforderungen an die medizinischen Abklärungen gestellt werden (10). Die Versicherungsmedizin befindet sich vor diesem Hintergrund im Spannungsfeld zwischen medizinischen und juristischen Konzepten (11).

* Universität Bern, Institut für Rechtsmedizin, Forensisch-Psychiatrischer Dienst

Die Arbeitsunfähigkeit wird als ein unbestimmter Rechtsbegriff verstanden, dessen abschliessende Würdigung dem Rechtsanwender, der auf Rechtsvorschriften generell-abstrakter Natur zurückgreift, obliegt (Art. 6, ATSG, 12). Die Bemessung der Arbeitsunfähigkeit und des daraus resultierenden Leistungsanspruchs stützt sich dabei auf eine ärztliche Beurteilung der vorhandenen Leistungseinschränkungen (13). Die Aufgaben des Mediziners im versicherungsmedizinischen Kontext sind dabei die Diagnostik, die Behandlungs-, Rehabilitations- und Prognosebeurteilungen. In Kenntnis der Schwäche der Vergleichbarkeit der kriterienorientierten Beurteilung psychischer Störungen stellen alle genannten Aspekte eine Herausforderung dar (14).

Probleme bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit

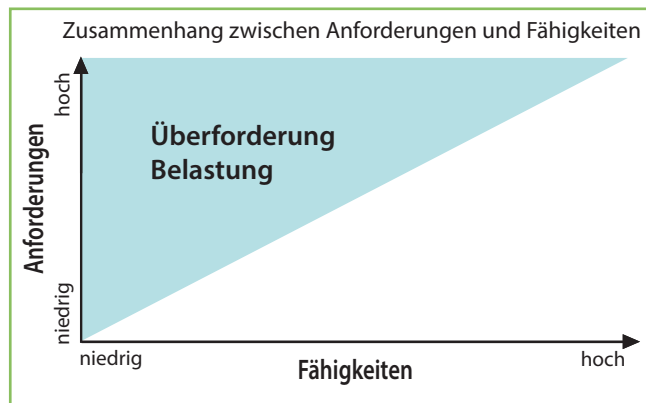
Da der Zusammenhang zwischen der bestehenden Symptomatik (Psychopathologie und Einschränkungen der psychischen bzw. kognitiven Funktionen) und der Fähigkeit zu arbeiten häufig unklar ist (15, 16), kann aus der reinen Beschreibung von Symptomen und Beschwerden keine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit abgeleitet werden (17). Insbesondere scheinen die Funktionseinschränkungen nur in Extrembereichen (sehr schwere und sehr leichte Defizite) die Einschränkungen der Leistungsfähigkeit abbilden zu können. Es ist jedoch wichtig, dass die medizinischen Einschätzungen, auf deren Basis über den Leistungsbezug in der Sozialversicherung entschieden wird, möglichst objektiv und zuverlässig sind (18, 19). In der Realität wird allerdings sowohl von medizinischen wie auch von juristischen Quellen auf eine erhebliche Heterogenität der gutachterlichen Beurteilungen hingewiesen (Urteil 9C_243/2010 des Schweizerischen Bundesgerichtes vom 28.6.2011 [20, 21]). Als mögliche Gründe für die oben erwähnte Heterogenität werden unter anderem

die unsystematische Vorgehensweise bei der Erhebung der Anamnese und der Befunde, sowie auch unterschiedliche Abklärungstiefen erwähnt (22). Die Vielfalt der Informationen und Informationsquellen und das unterschiedliche methodische Vorgehen stellen eine Herausforderung dar (15). Mit dem Ziel der Verbesserung der Untersuchungsqualität und der Beurteilung wurden bereits in der Vergangenheit Qualitätsleitlinien für versicherungspsychiatrische Gutachten erarbeitet, welche mittlerweile in der dritten Auflage vorliegen (23).

Funktionseinschränkungen, Kontextfaktoren, Aktivitäten und Teilhabe

Die Teilhabestörungen, unter anderem die Störungen der beruflichen Teilhabe, werden in der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit der WHO beschrieben (24). Diese Klassifikation unterscheidet dabei die Komponenten des Körpers (Funktionen und Körperstrukturen), die Komponenten der Aktivitäten und Partizipation (Teilhabe) sowie die Komponenten der Kontextfaktoren (Umweltfaktoren und personenbezogene Faktoren). Die Teilhabeeinschränkungen werden dabei im Sinne des biopsychosozialen Modells (25) als Zusammenspiel von Funktionsstörungen, der Fähigkeitsbeeinträchtigungen und der Kontextfaktoren gesehen (26). Im psychiatrischen Bereich – mentale Funktionen gemäss ICF – entsprechen die Funktionsstörungen in etwa den psychopathologischen Befunden. Unter den Aktivitäten versteht man beispielsweise die Fähigkeit zu lernen, die Aufmerksamkeit zu fokussieren, die Fähigkeit, eine tägliche Routine zu entwickeln und diese durchzuführen, sowie die Fähigkeit, mit Stress umzugehen. Unter der Teilhabe versteht man die Eingliederung des Individuums beziehungsweise die Beteiligung an Lebensbereichen mit der Möglichkeit, selbstbestimmt zu handeln oder Anerkennung zu finden. Dazu gehören beispielsweise die Erwerbstätigkeit, die Partnerschaft und Familie, aber auch Haushaltsführung, ferner Teilnahme an kreativen und rekreativen Freizeitaktivitäten und auch das Führen von Fahrzeugen oder die Benutzung von öffentlichen Verkehrsmitteln. Die Kontextfaktoren werden unterteilt in Umweltfaktoren: Dazu gehören die materiellen und die sozialen Faktoren, aber auch Einstellungen der individuellen Umgebung und der jeweiligen Gesellschaft sowie die personenbezogenen Faktoren, welche nicht ein Teil des Gesundheitsproblems darstellen. Zu den Letztgenannten gehören beispielsweise Lebensstil, Gewohnheiten, Alter, Bildung und Ausbildung, individuelle Erfahrungen und Einstellungen.

Die Teilhabe beziehungsweise ihre Einschränkungen stehen somit in einer Wechselbeziehung zu medizinischen Faktoren (krankheits- oder unfallbedingten Einschränkungen der Funktionen und Aktivitäten) und auch nicht medizinischen Faktoren (wie unzureichende Sprachkenntnisse, fehlende Qualifikation und ungünstige Arbeitsmarktsituation). Erwähnenswert und für die Kliniker gut nachvollziehbar ist, dass gemäss dem ICF-Modell auch Einschränkungen der Kontextfaktoren (z.B. Arbeitslosigkeit, Verlust der Familie und der wichtigen sozialen Kontakte) durchaus zu Einschränkungen der Aktivitäten und auch Funktionen beziehungsweise letztlich auch zu Störungen des Gesundheitszustandes führen können (4).



Kasten: Begutachtung der beruflichen Leistungsfähigkeit im Kontext des spezifischen beruflichen Anforderungsprofils im bisherigen Aufgabengebiet, ferner auch in einer leidensangepassten Tätigkeit.

Die psychosozialen Faktoren (eigentlich Kontextfaktoren gemäss ICF) beziehungsweise die mehrheitlich daraus resultierenden Einschränkungen werden im Rahmen der Invaliden- und Unfallversicherung allerdings nicht primär entschädigt (Art. 7 Abs. 2 ATSG, KSIH (28), Rz 1018.1, Rz 3050). Gemäss der normativen juristischen Definition muss notwendigerweise ein kausaler Zusammenhang zwischen einem Geburtsgebrechen, einer Krankheit oder einem Unfall und daraus resultierenden Gesundheitsschäden nachgewiesen werden (KSIH Rz 1002). Die Aufgabe des (psychiatrischen) Experten im Sozialversicherungsbereich ist folglich die Diagnostik gemäss anerkannten Klassifikationssystemen, ferner die Feststellung der Funktionseinschränkungen und der daraus resultierenden Einschränkungen der Aktivitäten und Teilhabe beziehungsweise auch die Erfassung der nicht krankheitsbedingten Einschränkungen (29, BGE 141 V 281, Erw. 2.2.1, BGE 131 V 49 E. 1.2 S. 51).

Bei der Begutachtung der beruflichen Leistungsfähigkeit wird vom Auftraggeber die Beurteilung im Kontext des spezifischen beruflichen Anforderungsprofils im bisherigen Aufgabengebiet, ferner auch in einer leidensangepassten Tätigkeit verlangt (Kasten). Es soll in diesem Zusammenhang ein negatives und ein positives Anforderungsprofil (was kann der Proband und was kann er nicht mehr) erstellt werden (30, 31). Dahinter steht das Konzept des sogenannten «Person-Environment-Fit»-Modells, wonach eine Person, je nach vorhandenen Fähigkeiten, imstande ist, die jeweiligen Rollen (u.a. berufliche Teilhabe, aber auch andere Rollen) mit ihren konkreten Anforderungen auszuüben (32, 33). Neben den Problemen bei der Abbildung der konkreten Arbeitsplatzanforderungen, für deren Erfassung Psychiater primär nicht ausgebildet und bei deren Einschätzung sie somit auf die Angaben des Auftraggebers, gegebenenfalls auch auf anamnestische oder fremdanamnestische Informationen angewiesen sind, stellt sich die Frage, wie die vorhandenen und für die Ausübung der jeweiligen Erwerbstätigkeit notwendigen Fähigkeiten beziehungsweise Ressourcen/Defizite des Probanden zu erfassen sind.

Standardisierte Instrumente zur Erfassung der Leistungsfähigkeit

Es existieren verschiedene Instrumente zur Messung der Fähigkeits- und Teilhabeeinschränkungen, die in

den meisten Fällen diagnoseunabhängig eingesetzt werden können. Exemplarisch werden hier einige Instrumente vorgestellt. Die World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHODAS-2.0, 34) wurde auf der Basis der ICF entwickelt und in mehr als 30 Sprachen übersetzt. Erfragt werden in der Langversion unter anderem kultur- und diagnoseübergreifende Beeinträchtigungen in verschiedenen Domänen (Kognition/Wahrnehmung, Mobilität, Selbstversorgung, Umgang mit anderen Menschen, Tätigkeiten des alltäglichen Lebens, Teilnahme am gesellschaftlichen Leben). Das Verfahren kann als Fremdrating (Untersucher, Angehörige), aber auch als Selbstbeurteilungsinstrument eingesetzt werden (35). Als weiteres Instrument kann die SSA-Behavioral Health (SSA-BH) genannt werden, welche ebenfalls auf der ICF basiert und 79 Items aus vier Domänen (Selbstwirksamkeit, Stimmung/Emotionen, Verhaltenskontrolle und soziale Interaktionen) umfasst und massgeblich von der US-amerikanischen Social Security Administration beeinflusst wurde (36). Weitere Instrumente sind die «ICF-AT-50-Psych» («Aktivitäten und Teilhabe») mit den Subskalen verbale Kompetenz, Anforderungen erfüllen, soziale Beziehungen und Aktivitäten, Nähe in Beziehungen, soziale Rücksichtnahme, Fitness und Wohlbefinden (37), ferner auch die sogenannten ICF-Coresets. Die Letztgenannten können störungsunabhängig, aber auch diagnosespezifisch (z.B. Coresets für depressive Störung, bipolare Störung, Schmerzsyndrom etc.) eingesetzt werden (<http://www.icf-core-sets.org/de/page0.php>, 38).

Als Nachteil bei den oben erwähnten Skalen werden neben fehlender Validierung im Begutachtungssetting (39) auch der fehlende Kontextbezug erwähnt, womit die Beurteilung in Bezug auf die konkreten Arbeitsplatz- oder Aufgabenanforderungen schwierig erscheint (40). Mit Hilfe des ebenfalls auf der ICF basierten Mini-ICF-APP (41), welches explizit für sozialmedizinische Fragestellungen entwickelt wurde, kann der Rater 13 verschiedene Fähigkeiten (Fähigkeit zur Anpassung an Regeln und Routinen, Fähigkeit zur Planung und Strukturierung von Aufgaben, Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, Kompetenz- und Wissensanwendung, Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit, Proaktivität und Spontanaktivitäten, Widerstands- und Durchhaltefähigkeit, Selbstbehauptungsfähigkeit, Konversation und Kontaktfähigkeit zu Dritten, Gruppenfähigkeit, Fähigkeit zu engen dyadischen Beziehungen, Fähigkeit zur Selbstpflege und Selbstversorgung, Mobilität und Verkehrsfähigkeit) anhand einer fünfstufigen Ratingskala und Kontextbezug beispielsweise zur zuletzt ausgeübten Tätigkeit erfassen. Zur Operationalisierung werden Ankerdefinitionen vorgegeben. Sofern ein Kontextbezug zu einer angestammten Tätigkeit nicht möglich oder nicht sinnvoll ist, wird die Erfassung im Kontext des allgemeinen Arbeitsmarktes (von Autoren wird dazu ein hypothetischer Arbeitsplatz in einem Hotel vorgeschlagen, da in diesem Bereich verschiedene Tätigkeiten möglich sind) durchgeführt. Im Rahmen des Review von Canela et al. 2015 (39) konnte kein Instrument für die psychiatrische Beurteilung der beruflichen Leistungsfähigkeit im Gutachtensbereich identifiziert werden, welches die grundsätzlichen Testgütekriterien (Objektivität, Reliabilität und Validität) erfüllt. In der Schweiz wird gegenwärtig auf der Basis des MINI-ICF-APP ein In-

strument für funktionelle Aussagen in der Psychiatrie (IFAP) entwickelt und validiert. Auf der Basis von Gutachten werden im ersten Schritt zwölf relevante mentale Funktionen gemäss ICF, im zweiten Schritt die Mini-ICF-APP Dimensionen im konkreten Berufskontext erfasst und im dritten Schritt die Arbeitsfähigkeit in Prozent bestimmt (42). Die Validierung des Instruments ist zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch nicht abgeschlossen.

Erhebung der Aktivitäten und Teilhabe im Rahmen der Begutachtung und Konsistenzprüfung

Die Erfassung der vorhandenen Fähigkeiten und deren Einschränkungen im Kontext der beruflichen und ausserberuflichen Anforderungen kann im Rahmen einer gutachterlichen Expertise auch unsystematisch-narrativ erfolgen, wobei die Berücksichtigung des ICF-Konzeptes als zentrales Paradigma gemäss aktuellen Begutachtungsleitlinien erwartet wird (43). Eine unsystematische Erhebung und Darstellung erschwert allerdings die Vergleichbarkeit und verringert möglicherweise auch die Zuverlässigkeit der Beurteilung (44). In Anlehnung an die SGPP-Leitlinien (23) sollen Informationen zum Tagesablauf der Probanden, ihrer Freizeitgestaltung, Hobbys, benötigte Hilfen in Haushalt und Alltag, Benutzung von Verkehrsmitteln, Art der Anreise zum Begutachtungstermin, Ferienreisen etc. eingeholt werden. Ferner sollen auch weitere Angaben zur sozialen Anamnese, wie zum Beispiel Wohnsituation, finanzielle Verhältnisse, Partnerschaft und Kinder, Unterhaltspflichten, Beziehungsnetz und Beziehungsgestaltung, Umgang des Umfelds mit der Behinderung und – sofern ein Arbeitsplatz vorhanden – auch die Defizite und Ressourcen im beruflichen Kontext, erhoben werden. Bei der Erhebung der oben erwähnten Information muss berücksichtigt werden, dass es sich dabei in der Regel um die Leistung (Performance) handelt. Darunter versteht man gemäss ICF, was die Person in ihrer gegenwärtigen Situation (oft in Abwesenheit einer beruflichen Anstellung) und ihrer tatsächlichen Umwelt tut. Im Sozialversicherungskontext ist allerdings nicht die aktuelle Leistung, sondern die sogenannte Leistungsfähigkeit bedeutend. Darunter versteht man, was der Proband nicht in der jetzigen Situation, sondern in einer hypothetischen (standardisierten) Umwelt, zum Beispiel im Kontext einer bestimmten beruflichen Tätigkeit tun könnte. In diesem Zusammenhang ist auch der juristische Begriff der Zumutbarkeit zu sehen (45).

Die im Rahmen der Erhebung gewonnenen Informationen über die Leistung des Probanden in verschiedenen sozialen Kontexten können von der theoretischen Leistungsfähigkeit divergieren. In der Praxis werden, bedingt durch die gesetzlichen Rahmenbedingungen in der Sozialversicherung, in den meisten Fällen Probanden begutachtet, welche seit Monaten oder sogar Jahren de facto nicht erwerbstätig oder nur noch teilerwerbstätig sind. Eine direkte Erhebung der aktuellen Defizite im beruflichen Kontext durch kollaterale Informationsquellen (z.B. Informationen des Arbeitgebers) oder auch eine Eigenanamnese beziehungsweise Beobachtungen vor Ort sind somit mehrheitlich nicht möglich. Folglich müssen für die Einschätzung der Fähigkeit zu arbeiten die vorhandenen Informationen wie erhobene psycholo-

pathologische Befunde, Beobachtungen im Kontext der Exploration (Leistung des Probanden im Rahmen des Begutachtungsprozesses), Angaben des Probanden über die aktuelle Leistung in seiner gegenwärtigen Situation und unter Umständen auch kollaterale Informationsquellen (z.B. Fremdanamnese) diverser Natur (46) verwendet werden. Dabei geht es unter anderem darum, die Konsistenz der vorhandenen Informationen zu überprüfen. So verlangt die Rechtsprechung, dass die «Gleichmässigkeit der Einschränkungen in allen vergleichbaren Lebensbereichen» geprüft werden soll (BGE 8C_398/2014, Urteil vom 28. Oktober 2014). Konkret wird ausgeführt, dass die Einschränkungen im beruflichen Bereich mit den sonstigen Lebensbereichen abgeglichen werden soll. Zudem wird ein Abgleich mit dem Niveau der sozialen Aktivitäten vor Eintritt der psychischen Störung (des Gesundheitsschadens) empfohlen, was auch den Einbezug der zeitlichen Dimension voraussetzt. Es stellt sich die Frage, welche Schlussfolgerungen aus einem solchen Vergleich möglich sind. Eine Studie von Muschalla et al. 2012 (47) fand bei Patienten, die sich in einer allgemeinen hausärztlichen Behandlung befanden, eine Korrelation zwischen Einschränkungen im beruflichen und ausserberuflichen Bereich sowie bei den Beziehungen. In der Literatur wird allerdings diskutiert, dass sich die Defizite in verschiedenen Bereichen des Lebens je nach Krankheitsbildern durchaus unterscheiden können. Die Einschränkungen in ausserberuflichen Domänen, insbesondere im sozialen Bereich und bei den Beziehungen, sollen dabei bei psychischen Störungen im Vergleich zu Einschränkungen der beruflichen Teilhabe und bei der Haushaltsführung höher ausfallen (48). Insgesamt scheint ein Vergleich der Teilhabebeeinträchtigungen in verschiedenen Bereichen durchaus berechtigt zu sein. Dabei sollen allerdings die jeweiligen Kontextfaktoren und Anforderungen, beispielsweise bei der Haushaltstätigkeit, bei Freizeitaktivitäten und auch im Beruf, unbedingt berücksichtigt werden (vgl. dazu Ausführungen im BGE 9C_549/2015 vom 29. Januar 2016).

Ein weiterer Schritt stellt der Abgleich der Angaben aus verschiedenen Informationsquellen dar. So können aus dem Verhalten des Probanden im Rahmen der Untersuchung (z.B. Interaktion mit dem Gutachter, Pünktlichkeit, Interaktionen mit Begleitpersonen, Durchhaltefähigkeit und Kooperation bei der Exploration, äussere Erscheinung etc.) durchaus zusätzliche Anhaltspunkte in Bezug auf die eingeschränkten beziehungsweise erhaltenen psychischen Funktionen abgeleitet werden. Aus den Aktenangaben und weiteren kollateralen Quellen können zudem mögliche Leistungen in anderen Kontexten (Verkehrsfähigkeit, Verhalten und Interaktionen im Rahmen der Therapie, gegebenenfalls auch Interaktionen mit Behörden und Ämtern) entnommen und daraus Rückschlüsse auf die erhaltenen oder defizitären Funktionen gezogen werden.

Auch im Falle einer sehr umfassenden Abklärung kann aufgrund von unplausiblen und inkonsistenten Informationen aus verschiedenen Quellen eine Beurteilung erheblich erschwert und sogar verunmöglicht sein, was für den Rechtsanwender nachvollziehbar hergeleitet werden sollte (BGE 9C_701/2013 vom 12. Juni 2014).

Ein weiterer Aspekt ist die rechtlich geforderte Unterscheidung zwischen medizinischen und psychosozia-

len Faktoren, welche nicht im Einklang mit dem ICF-Konzept steht und somit letztendlich einer juristisch-normativen Würdigung bedarf. Das Schweizer Bundesgericht formulierte im BGE 141 V 281 (Urteil 9C_492/2014 vom 3. Juni 2015) in diesem Zusammenhang das sogenannte strukturierte Beweisverfahren, wozu auch die gutachterliche Feststellung der Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome und konkreter Erscheinungsformen der Gesundheitsschädigung gehören und dem Rechtsanwender Anhaltspunkte für die Unterscheidung von gesundheitlichen und psychosozialen Folgen liefern sollen. In diesem Zusammenhang wird auch der Begriff des Mindestschweregrades des Gesundheitsschadens verwendet. Als weitere Aspekte werden der Verlauf des Gesundheitsschadens, die ausgeschöpfte Reservekapazität (Ausschöpfung der theoretisch verfügbaren Therapiemöglichkeiten) und die Prognose genannt.

Retrospektive und prospektive Beurteilung der Leistungsfähigkeit

Für die Querschnittsbeurteilung der psychischen Funktionen (Psychopathologieerhebung, diagnostische Interviews und verschiedene Skalen) und auch Aktivitäten beziehungsweise Teilhabe (z.B. MINI-ICF-APP) existieren etablierte Verfahren. Im Rahmen der sozialversicherungsrechtlichen Begutachtung ist allerdings nicht nur die aktuelle Querschnittsbeurteilung relevant, vielmehr sollten Aussagen über den Verlauf der Störung und der Fähigkeitseinschränkungen (Längsschnitt, retrospektiv und prospektiv) gemacht werden. Insbesondere muss die zukünftige Entwicklung und therapeutische Beeinflussbarkeit der gesundheitlichen und Leistungsbeeinträchtigungen (d.h. sozio-medizinische Prognose) beurteilt werden (49, 50). Ein wesentlicher Kritikpunkt in Bezug auf das ICF-Konzept ist allerdings die fehlende Erfassung der zeitlichen Dimension (52, 52) und damit des Verlaufs der Einschränkungen. Das ICF-Modell ist ein dynamisches Konzept und setzt Wechselwirkungen zwischen verschiedenen Elementen und damit eine Veränderung voraus. So können günstige Veränderungen der Kontextfaktoren und Teilhabe (bspw. Integration in Supported-Employment-Programme) die Funktionseinschränkungen minimieren und auch die Aktivitäten der Betroffenen verbessern (53). Während in der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit bei Kindern und der Entwicklungsaspekt sowie mögliche Veränderungen bei Jugendlichen explizit hervorgehoben werden (54, 55), bleiben die ohne Zweifel vorhandenen Entwicklungen und Veränderungen (wie Chronifizierung, Verbesserung oder Verschlechterung) bei Erwachsenen unberücksichtigt (56).

Die genaue Erfassung des Krankheitsverlaufs, insbesondere in Bezug auf den möglichen rezidivierenden oder wechselhaften Verlauf der Störung, auf die möglichen Verbesserungen im Rahmen der Therapie/ Rehabilitation (Reservekapazität, vgl. 37) ist offensichtlich notwendig. Erst nach diesem Schritt können die Ergebnisse der Querschnittserfassung (u.a. Mini-ICF-APP) sinnvoll eingesetzt werden. So ist es beispielsweise durchaus berechtigt, bei chronifizierten und austherapierten Leiden, welche ohne wesentliche «Schwankungen» verlaufen und im Längsverlauf konstante Einschränkungen der

Leistungsfähigkeit aufweisen, aus den Ergebnissen der Querschnittsbeurteilung auf den vergangenen und auch zukünftigen Verlauf der Leistungsfähigkeit zu extrapolieren (58). Dagegen wären bei einer bipolaren affektiven Störung mit häufigen Krankheitsepisoden die genauen Kenntnisse des bisherigen Verlaufs und auch eine möglichst präzise Prognoseeinschätzung notwendig, um die Querschnittsbefunde sinnvoll interpretieren zu können. Die Untersuchung von Egger et al. aus dem Jahr 2015 (59) zeigte beispielsweise signifikante Veränderungen in Mini-ICF-APP Scores bei stationären Patienten im Verlauf der Behandlung. Die Durchführung von mehrfachen seriellen Ratings im Rahmen der Begutachtung ist allerdings kaum realisierbar. Allenfalls kann anhand der anamnetischen Informationen, Aktenangaben, kollateralen Informationsquellen und ausgehend von den Kenntnissen über den Verlauf der psychischen Störungen eine retrospektive Beurteilung erfolgen.

Bei der Prognosebeurteilung, welche eine Risikoeinschätzung für die jeweiligen Verläufe darstellt und in Bezug auf die Leistungszusprache und das Rehabilitationspotenzial besonders relevant erscheint (vgl. BGE 132 V 393 E. 3.2. S. 398; Urteil 8C_101/2014 vom 3. April 2014 E. 5.2.2), ist aus Sicht der Autoren eine Modifizierung der Beurteilungsmethoden notwendig.

Die Prognose sollte insbesondere anhand der Erfassung der historischen Faktoren, wie biografische Belastungen, vergangenes Beziehungsverhalten, Bildungsressourcen, berufliche Erfahrungen und berufliche Schwierigkeiten, bisheriges Leistungsniveau in verschiedenen Bereichen (vgl. BGE 8C_398/2014, Urteil vom 28. Oktober 2014) und anhand der Aspekte zum Längsverlauf der psychischen Störung erfolgen (vgl. 60–62). Relevant sind auch die persönlichen und die Umweltfaktoren, welche sich vor allem in der Zukunft in Bezug auf den Krankheitsverlauf auswirken können (63, 64). Solche Informationen können zudem – wie bereits oben dargelegt – auch bei der Konsistenzprüfung verwendet werden.

Im Bereich der psychiatrischen und psychosomatischen Rehabilitation sind bereits einige Instrumente entwickelt worden (65, 66), wobei es sich um Selbstbeurteilungsfragebogen handelt, welche nicht im Begutachtungskontext eingesetzt werden sollen.

Im Kontext der Risikoprognose in anderen forensisch-psychiatrischen Bereichen ist die Bedeutung der Vorgeschichte und der Persönlichkeitsstruktur für die Vorhersage des zukünftigen Verhaltens durchaus prominent (67, 68). In diesem Bereich existieren auch mehrere strukturierte Instrumente (69, 70). Auch im Rahmen der Fahreignungsbegutachtung ist das bisherige Verhalten oder Fehlverhalten im Verkehr, aber auch in anderen Lebensbereichen, ferner auch die Erfassung der Persönlichkeitsmerkmale und die Beschreibung des gegebenenfalls eingesetzten Veränderungsprozesses relevant (71). Es ist naheliegend, dass es bei strafrechtlichen oder verkehrsmedizinischen Beurteilungen um Einschätzungen der Teilhabe in der Gesellschaft oder im Strassenverkehr handelt. Die Beurteilung der langzeitlich angelegten Fahreignung vor dem Hintergrund der querschnittlichen Beurteilung der Fahrfähigkeit für höhere medizinische Kategorien kann dabei unter einigen Vorbehalten mit der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit als Berufslenker gleichgesetzt werden. Auch im Rahmen

der berufspsychologischen Eignungsdiagnostik ist die bisherige berufliche Entwicklung durchaus prominent (72).

Ausgehend von den obigen Beispielen aus anderen Begutachtungsbereichen erscheint es insbesondere in Bezug auf die prognostische Einschätzung sinnvoll, die Informationen aus dem Längsverlauf einzubeziehen und die gegenwärtigen Querschnittsbefunde nur als ein Element zu berücksichtigen. Die Übernahme der im strafrechtlichen Bereich üblichen Einteilung in dynamische, das heisst veränderbare und statische (dauerhaft vorhandene und schwer beeinflussbare) Faktoren (vgl. 73), wie auch die zeitliche Dimensionierung in historische, gegenwärtige und auch zukünftige Faktoren, darunter sind medizinische und Kontextfaktoren zu subsumieren, erscheint uns sinnvoll. Wünschenswert wäre auch die Entwicklung von standardisierten Instrumenten, welche aus Sicht der Autoren die Reliabilität und die prognostische Validität der gutachterlichen Beurteilungen verbessern können.

Schlussfolgerungen

Für die Beurteilung der gegenwärtigen Leistungsfähigkeit der Probanden in Anlehnung an das ICF-Modell der WHO existieren bereits etablierte Instrumente und konkrete methodische Empfehlungen. Diese Instrumente sind allerdings nur zum Teil für die retrospektive und prospektive Beurteilung geeignet. Dem zugrundeliegenden ICF-Konzept fehlt die zeitliche Dimension. In Anlehnung an die anderen Begutachtungsbereiche wäre es wünschenswert, auch bei der sozialversicherungsrechtlichen Beurteilung ein einheitliches methodisches Vorgehen und auch standardisierte Instrumente für die Beurteilung des zeitlichen Verlaufs und die Prognose der psychischen Störungen und Auswirkungen auf die Fähigkeiten und Teilhabe zu entwickeln. Sinnvoll wäre dabei neben einer vom Rechtsanwender geforderten Aufteilung in medizinische und nicht medizinische Faktoren, auch eine Differenzierung von dyna-

Merkpunkte:

- Die Wahrscheinlichkeit, im Laufe des Berufslebens an einer psychischen Störung zu erkranken, ist vergleichsweise hoch.
- Es existieren verschiedene Instrumente zur Messung der Fähigkeits- und Teilhabebeeinträchtigungen, die in den meisten Fällen diagnoseunabhängig eingesetzt werden können.
- Die Vielfalt der Informationen und Informationsquellen und das unterschiedliche methodische Vorgehen stellen eine Herausforderung dar.
- Es wäre wünschenswert, auch bei der sozialversicherungsrechtlichen Beurteilung ein einheitliches methodisches Vorgehen und standardisierte Instrumente für die Beurteilung des zeitlichen Verlaufs der Prognose der psychischen Störungen und Auswirkungen auf die Fähigkeiten und Teilhabe zu entwickeln.

mischen und statischen Einflussgrößen, welche dann konkrete Implikationen für die Behandlung und Rehabilitation der Betroffenen haben.

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Roman Schleifer

Leitender Oberarzt

Universität Bern

Medizinische Fakultät

Institut für Rechtsmedizin

Forensisch-Psychiatrischer Dienst (FPD)

Falkenplatz 18

3012 Bern

Mail: roman.schleifer@fpd.unibe.ch

Referenzen:

1. Kessler, R. C., Matthias, A., Anthony, J. C., De Graaf, R., Demyttenaere, K., Gasquet, I., & Kawakami, N. (2007). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative.
2. Angst, J., Pakarian, D., Cui, L., Merikangas, K. R., Hengartner, M. P., Ajdacic-Gross, V., & Rössler, W. The epidemiology of common mental disorders from age 20 to 50: results from the prospective Zurich cohort Study. *Epidemiology and psychiatric sciences* 2016, 25(01), 24–32.
3. Wittchen, H. U., & Jacobi, F. Size and burden of mental disorders in Europe – a critical review and appraisal of 27 studies. *European neuropsychopharmacology* 2005, 15(4), 357–376.
4. Cobigo, V., & Stuart, H. Social inclusion and mental health. *Current Opinion in Psychiatry* 2010, 23(5), 453–457.
5. Linden M., Linden U., Schwantes U.: Disability and functional burden of disease because of mental in comparison to somatic illnesses in general practice patients. *Eur Psychiatry* 2015; 30:789–792.
6. Czapionka, T., Lappöhn, S., Pohl, A., & Röhring, G. Invaliditätspension aufgrund psychischer Erkrankungen; Endbericht 2016. <http://irhs.ihs.ac.at/3886/>
7. OECD (2014) Psychische Gesundheit und Beschäftigung: Schweiz. <https://www.bsvlive.admin.ch/praxis/forschung/publikationen/index.html?lang=de&nr=12/13>
8. Deutsche Rentenversicherung Bund. Rentenversicherung in Zeitreihen. (2016). Im Internet: 2016; Verfügbar unter: <http://www.deutsche-rentenversicherung.de>
9. Grebner, S., Berlowitz, I., Alvarado, V., & Cassina, M. (2010). Stressstudie 2010: Stress bei Schweizer Erwerbstätigen und Gesundheit. Staatssekretariat für Wirtschaft. www.seco.admin.ch
10. BSV (2007) Die Rechtsprechung und Gerichtspraxis in der Invalidenversicherung und ihre Wirkungen Forschungsbericht Nr. 16/07.
11. Liebrez, M., Canela, C., Schleifer, R., & Seifritz, E.: Psychiatrische Expertise/juristische Entscheide im Sozialversicherungsrecht-Berührungspunkte erkennen und Missverständnisse vermeiden. In *Info NEUROLOGIE & PSYCHIATRIE* 2013, 11.
12. Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG).
13. Anner J, Kunz R, Boer W: Reporting about disability evaluation in European countries. *Disabil Rehabil* 2014, 36(10): 848–854.
14. Jäger M, Frasch K, Becker T: Die Krise der operationalen Diagnostik in der Psychiatrie. *Der Nervenarzt* 2008, 79(3): 288–294.
15. Baron S, Linden M.: Disorders of functions and disorders of capacity in relation to sick leave in mental disorders. *International Journal of Social Psychiatry* 2009, 55(1):57–63.
16. van der Werff E, Verboom CE, Penninx BW, Nolen WA, Ormel J: Explaining heterogeneity in disability associated with current major depressive disorder: effects of illness characteristics and comorbid mental disorders. *J Affect Disord* 2010, 127(1–3): 203–210.
17. Verboom CE, Sentse M, Sijtsma JJ, Nolen WA, Ormel J, Penninx BW: Explaining heterogeneity in disability with major depressive disorder: effects of personal and environmental characteristics. *J Affect Disord* 2011, 132(1–2): 71–81.
18. Legner R, Cibis W: Quality assurance in sociomedical evaluation. *Rehabilitation (Stuttg)* 2007, 46(1): 57–61.
19. Goldman HH: Commentary on measuring disability. *Arch Phys Med Rehabil* 2013, 94(9): 1687–1689.
20. Spanjer J, Krol B, Brouwer S, Groothoff JW: Sources of variation in work disability assessment. *Work* 2010, 37(4): 405–411.
21. Schellart AJ, Mulders H, Steenbeek R, Anema JR, Kroneman H, Beseling J: Inter-doctor variations in the assessment of functional incapacities by insurance physicians. *BMC Public Health* 2011, 11: 864.
22. Schleifer R, Jeger J, Canela C, Ebner G, Seifritz E, Liebrez M: Abklärungstiefe psychiatrischer Gutachten/Profondeur d'analyse de l'expertise psychiatrique. *Info Neurologie & Psychiatrie* 2014, 12(6): 30–35.
23. SGPP (2016) Qualitätsleitlinien für versicherungspsychiatrische Gutachten: Im Internet: <http://www.psychiatrie.ch>
24. WHO, World Health Organization (2001) International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF. World Health Organization, Geneva. Verfügbar unter: <http://www.who.int/classifications/icf/en>
25. Engel GL: The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 196: 129–136, 1977.

26. Officer, A., & Groce, N. E: Key concepts in disability. *The Lancet* 2009; 374(9704), 1795–1796.
27. Bartlett, D. J., Macnab, J., Macarthur, C., Mandich, A., Magill-Evans, J., Young, N. L., & Polatajko, H. J. (2006). Advancing rehabilitation research: an interactionist perspective to guide question and design. *Disability and rehabilitation*, 28(19), 1169–1176.
28. Kreisschreiben über Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung (gültig ab 1.1.2015; Stand 1.1.2017). Verfügbar unter: <https://www.bsvlive.admin.ch/vollzug/documents/view/3950/lang:deu/category:34>
29. Liebrez, M., Canela, C., Schleifer, R., & Seifritz, E.: Psychiatrische Expertise/juristische Entscheide im Sozialversicherungsrecht-Berührungspunkte erkennen und Missverständnisse vermeiden. In *Info NEUROLOGIE & PSYCHIATRIE* 2013, 11.
30. SIM (2013) Leitlinie zur Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit nach Unfall und bei Krankheit. <http://www.swiss-insurance-medicine.ch/>
31. SGPP (2016) Qualitätsleitlinien für versicherungspsychiatrische Gutachten: Im Internet: <http://www.psychiatrie.ch>
32. Edwards, J. R., Caplan, R. D., & Van Harrison, R: Person-environment fit theory. *Theories of organizational stress* 1998, 28, 67.
33. Linden, M. (2016). Fähigkeitsbeeinträchtigungen und Teilhabebeeinträchtigungen. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 59(9), 1147–1153.
34. WHO (2010) Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0) www.who.int/classifications/icf/whodasii/en/
35. Ustun TB, Chatterji S, Kostanjsek N et al: Developing the World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0. *Bull World Health Organ* 2010; 88: 815–823.
36. Marfeo, E. E., Ni, P., Haley, S. M., Jette, A. M., Bogusz, K., Meterko, M., & Rasch, E. K: Development of an instrument to measure behavioral health function for work disability: item pool construction and factor analysis. *Archives of physical medicine and rehabilitation* 2013, 94(9), 1670–1678.
37. Nospert M.: ICF AT 50-Psych. Entwicklung eines ICF-konformen Fragebogens für die Selbstbeurteilung von Aktivitäten und Teilhabe bei psychischen Störungen. *DRVSchr* 2008; 77: 125–128.
38. ICF-basierte Dokumentation: Verfügbar unter: <http://www.icf-core-sets.org/de/page0.php>
39. Canela, C., Schleifer, R., Dube, A., Hengartner, M. P., Ebner, G., Seifritz, E., & Liebrez, M.: Funktionsbeschreibung in der Begutachtung der Arbeitsfähigkeit – Was ist «evidence-based»? *Psychiatrische Praxis* 2016, 43(02), 74–81.
40. Linden, M.: Fähigkeitsbeeinträchtigungen und Teilhabebeeinträchtigungen. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz* 2016, 59(9), 1147–1153.
41. Linden, Michael; Baron, Stefanie; Muschalla, Beate: Mini-ICF-APP. Mini-ICF Rating für Aktivitäts- und Partizipationsstörungen bei psychischen Erkrankungen. Manual und Materialien, 2. Auflage 2015. Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe.
42. Bachmann, M., de Boer, W., Schandelmaier, S., Leibold, A., Marelli, R., Jeger, J., & Vogel, N.: Use of a structured functional evaluation process for independent medical evaluations of claimants presenting with disabling mental illness: rationale and design for a multi-center reliability study. *BMC psychiatry* 2016; 16(1), 271.
43. SGPP (2016) Qualitätsleitlinien für versicherungspsychiatrische Gutachten: Im Internet: <http://www.psychiatrie.ch>
44. Dittmann V, Ebner G, Herdt J et al. (2010): Literaturstudie als Grundlage zur Entwicklung von evidenzbasierten Gütekriterien zur Beurteilung von psychischen Behinderungen. Erarbeitet für BSV, Basel: Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel.
45. Oliveri M., Kopp HG, Stutz K, Andreas Klipstein A, Zollikofer J.: Grundsätze der ärztlichen Beurteilung der Zumutbarkeit und Arbeitsfähigkeit. Teil 1. *PRAXIS Schweiz Med Forum* 2006; 6: 420–431 421
46. Liebrez M, Kieser U, Schleifer R: Funktionserfassung 2.0 – Möglichkeiten und Grenzen des Gutachters im digitalen Zeitalter. *SZS* 2016. Heft 06/2016 S. 582.
47. Muschalla, B., Vilain, M., Lawall, C., Lewerenz, M., & Linden, M.: Participation restrictions at work indicate participation restrictions in other domains of life. *Psychology, health & medicine* 2012, 17(1), 95–104.
48. Druss, B. G., Hwang, I., Petukhova, M., Sampson, N. A., Wang, P. S., & Kessler, R. C.: Impairment in role functioning in mental and chronic medical disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Molecular psychiatry* 2009, 14(7), 728–737.
49. SGPP (2016) Qualitätsleitlinien für versicherungspsychiatrische Gutachten: Im Internet: <http://www.psychiatrie.ch>
50. Foerster, K., Weig, W., & Fischer, K: Psychische und Verhaltensstörungen. In *Sozialmedizinische Begutachtung für die gesetzliche Rentenversicherung* 2011 (pp. 541–578). Springer Berlin Heidelberg.
51. Wade DT, Halligan P: New wine in old bottles: the WHO ICF as an explanatory model of human behaviour. *Clin Rehabil* 2003. 2003 Jul; 17(4): 349–54.
52. McDougall, J., Wright, V., & Rosenbaum, P.: The ICF model of functioning and disability: incorporating quality of life and human development. *Developmental neurorehabilitation* 2010, 13(3), 204–211.
53. Juckel, G., & Morosini, P. L.: The new approach: psychosocial functioning as a necessary outcome criterion for therapeutic success in schizophrenia. *Current opinion in psychiatry* 2008, 21(6), 630–639.
54. Simeonsson R. ICF-CY: A universal tool for documentation of disability. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities* 2009; 6: 70–72.
55. WHO, World Health Organization (2007) International classification of functioning, disability and health : children & youth version: ICF-CY. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43737/1/9789241547321_eng.pdf?ua=1

56. McDougall, J., Wright, V., & Rosenbaum, P. (2010). The ICF model of functioning and disability: incorporating quality of life and human development. *Developmental neurorehabilitation*, 13(3), 204–211.
57. Linden, M.: Fähigkeitsbeeinträchtigungen und Teilhabebeeinträchtigungen. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitschutz* 2016, 59(9), 1147–1153.
58. Linden M.: Handwerkliche Aspekte der sozialmedizinischen Begutachtung bei psychischen Störungen. *Rehabilitation* 2013(Stuttg)52: 412–422.
59. Egger, S., Prinz, S., Weniger, G., Mario, M., & Vetter, S.: Assessing the Validity of the Mini-icf App in a Psychiatric Inpatient Setting. *European Psychiatry* 2015, 30, 744.
60. Cibis, W., Paulus, E. M., Mai, H., & Gehrke, J.: Die sozialmedizinische Begutachtung. In *Sozialmedizinische Begutachtung für die gesetzliche Rentenversicherung* 2011 (pp. 77–114). Springer Berlin Heidelberg.
61. Derra, C.: Sozialmedizinische Begutachtung. In *Psychologie in der medizinischen Rehabilitation* 2016 (pp. 71–81). Springer Berlin Heidelberg.
62. Hengartner MP, Müller M., Rodgers S., Rössler W., Ajdacic-Gross V.: Occupational functioning and workimpairment in association with personality disorder trait-scores. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology* 2014, 49(2): 327–335.
63. Wang P, Badley E., Gignac M.: Exploring the role of contextual factors in disability models. *Disability and Rehabilitation* 2006; 28: 135–140.
64. Liebrecht M., Schleifer R.: Der Beitrag der Forschung für die Beurteilung von Leistungsfähigkeit und Prognose. *SZS* 2016; 05/2016.
65. Brütt, A. L., & Schulz, H. (2012). Entwicklung einer Risikocheckliste zur Identifikation von Patienten mit ungünstigem Verlauf in den Bereichen Aktivitäten und Partizipation. [http://www.reha-vffr.de/internet/reha-vffr/vffrport.nsf/ispwL.aunchDoc/6D78FA1959B0359CC1257914003A91D8/\\$FILE/Final_Abschlussbericht-158.pdf](http://www.reha-vffr.de/internet/reha-vffr/vffrport.nsf/ispwL.aunchDoc/6D78FA1959B0359CC1257914003A91D8/$FILE/Final_Abschlussbericht-158.pdf)
66. Bürger, W., & Deck, R.: SIBAR–ein kurzes Screening-Instrument zur Messung des Bedarfs an berufsbezogenen Behandlungsangeboten in der medizinischen Rehabilitation. *Die Rehabilitation* 2009, 48(04), 211–221.
67. Goldstein, R. B., Dawson, D. A., Smith, S. M., & Grant, B. F.: Antisocial behavioral syndromes and 3 year quality of life outcomes in United States adults. *Acta psychiatrica Scandinavica* 2012, 126(2), 137–150.
68. Boetticher, A., Kröber, H. L., Müller-Isberner, R., Böhm, K. M., Müller-Metz, R., & Wolf, T.: Mindestanforderungen für Prognosegutachten I. *Forensische Psychiatrie* 2007, *Psychologie, Kriminologie*, 1(2), 90–100.
69. Webster, C. D., & Eaves, D. (1995). The HCR-20 scheme: The assessment of dangerousness and risk. *Mental Health, Law and Policy Institute*, Department of Psychology, Simon Fraser University and Forensic Psychiatric Services Commission of British Columbia.
70. Urbaniok, F. (2004). *Fotres. Forensisches Operationalisiertes Therapie-Risiko-Evaluations-System*. Schoren: Zytglogge Verlag.
71. Thieme, C., Haffner, H. T., Dettling, A., & Strohbeck-Kühner, P. (2012). *Fahreignungsbegutachtung*. In *Begutachtung im Verkehrsrecht* (pp. 147–218). Springer Berlin Heidelberg.
72. Schuler, H. (2014). *Lehrbuch der Personalpsychologie*. Göttingen: Hogrefe.
73. Schmitt, C., & Nitsche, T. (2013). 24 Dittmann Liste oder Basler Prognose-Instrument – Kriterienliste der Fachkommissionen des Strafvollzugskordats der Nordwest- und Innerschweiz. *Handbuch kriminalprognostischer Verfahren*, 24324.