

## E. Psychosomatische Begutachtung im Sozialgerichtsverfahren

HELLMUTH FREYBERGER, ADELHEID KÜHNE, HARALD J. FREYBERGER

Die psychosomatische Begutachtung hat die Frage zu klären, ob bei Arbeitnehmern, die eine Frühberentung beantragen, eine *Arbeits- oder Erwerbsunfähigkeit* vorliegt (Tab. 1). Dieser Antrag wird zumeist zwischen dem 40. und 55. Lebensjahr - ohne Geschlechtsunterschiede - gestellt. Die Gründe dafür sind beeinträchtigende somatische Beschwerden mit chronischer Verlaufsneigung und weitgehender Therapieresistenz, die sich nicht eindeutig oder vollständig durch organische Substrate erklären lassen. Wegen der Diskrepanz zwischen glaubhaften körperlichen Beschwerden und deren ungenügender Belegbarkeit durch organische Substrate muß an einer Möglichkeit der psychosomatischen Mitbedingtheit der somatischen Beschwerden gedacht werden.

### 1. Psychosomatischer Gutachtenpatient

#### 1.1 Medizinische Diagnosen

Nach Aussage der Versicherungsanstalten stellen Patienten mit organischen Herz-Kreislaufkrankungen und Patienten mit Beschwerden im Bereich des *Bewegungsapparates* am häufigsten den Antrag auf Frühberentung. Die letzteren Patienten sind

*Tabelle 1:* Juristische Definitionen der Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit (nach Ecker. 1986).

#### *Arbeitsunfähigkeit*

Der Versicherte ist wegen seiner Krankheit nicht oder nur mit der Gefahr, den Zustand zu verschlimmern, fähig, seiner bisher ausgeübten oder ähnlich getreten leichteren Erwerbstätigkeit nachzugehen. Die Gefahr der Verschlimmerung begründet Arbeitsunfähigkeit, wenn die Verschlimmerung in absehbarer Zeit zu erwarten ist.

#### *Erwerbsunfähigkeit*

Der Versicherte kann infolge von Krankheit oder anderen Gebrechen oder von Schwäche seiner körperlichen und geistigen Kräfte auf nicht absehbare Zeit eine Erwerbstätigkeit in gewisser Regelmäßigkeit nicht mehr ausüben oder nicht mehr als nur geringfügige Einkünfte durch Erwerbsfähigkeit erzielen.

auch beim gutachterlich tätigen Psychosomatiker am häufigsten, weil bei ihnen oft eindeutige oder vollständige organische Begründungen des angegebenen Schmerzes fehlen. Symptomatologisch handelt es sich um Patienten mit ausgeprägten und chronifizierten Beschwerdesyndromen im Schulter-Nackensowie Cervical- und Lumbalbereich; insbesondere solche mit Lumbago-Ischialgie-Syndrom, bei denen einmal oder mehrfach erfolglos operiert wurde (s. Kap. IV.G.2). Bei

einer Untergruppe besteht ein erneuter Operationswunsch, welchem aber von den Chirurgen wegen der Aussichtslosigkeit einer Behandlung nicht entsprochen wird. Auch Fibromyalgiepatienten werden gesehen. Darüber hinaus finden wir gehäuft Patienten mit monosymptomatischen oder generalisierten *funktionellen Störungen*, deren gemeinsames Leitsymptom die vorzeitige *Erschöpfbarkeit* ist.

### 1.2 Psychopathologie und diagnostische Klassifikation

Bei den psychosomatischen Gutachtenpatienten finden wir in recht uniformer Ausbildung eine Psychopathologie, die weitgehend jener der Extremgruppe des Ich-schwachen Patienten (s. Kap. III.F) ähnelt (Tab.2). Diese Psychopathologie ist entweder der Ausdruck einer *neurotischen Entwicklung* oder einer *Persönlichkeitsstörung* (insbesondere depressive, schizoide, dependente oder passiv-aggressive Persönlichkeitsstörungen). Psychodynamisch dominieren eine narzißtische Störung, eine aggressive Hemmung und eine intensive Abhängigkeitssuche.

Tabelle 2: Psychopathologische Leitsymptome

- |   |
|---|
| 1. Kontaktschwierigkeiten   |
| 2. Narzißtische Kränkbarkeit  |
| 3. Abhängigkeitswünsche   |
| 4. Geringe seelische Frustrationstoleranz   |
| 5. Submissivität mit aufgetauter (Frustrationen) Aggression und latenter Depression |
| 6. Hypochondrische Selbstbeschäftigungen  |
| 7. Verleugnungstendenzen  |
| 8. Geringe Introspektion und Selbstreflektion                                       |
| 9. Sekundär-seelische Veränderung (vor allem infolge der Schmerz Wahrnehmung)       |

### 1.3 Auslösende Situationen

Die genannte Psychopathologie des psychosomatischen Gutachtenpatienten hat in der Regel bereits vor Erkrankungsbeginn bestanden. Nach *nicht-bewältigten Objektverlusten* kann es zu einer starken Intensivierung dieser

Störungen und zum erstmaligen Auftreten der somatischen Beschwerden kommen. Während der Patient seine Psychopathologie nur als unbestimmtes seelisches Unbehagen wahrnimmt, erlebt er seine somatischen Beschwerden sehr viel konturierter. Diese erklärt er durch mehr oder minder eigenständig konstruierte somatische Krankheitstheorien, welche der Anlaß für das vorzeitige Rentenbegehren sind. LIEBERZ (1989) betonte hinsichtlich der auslösenden Objektverluste drei Inhalte: erstens die Wahrnehmung des Patienten einer zunehmenden Einschränkung seiner Leistungsfähigkeit mit der Konsequenz einer Selbstverunsicherung (*biologischer* Aspekt). Zweitens die Beschäftigung mit der Lebensbilanz: wenn diese für den Patienten enttäuschend und kränkend ausfällt, kann es zur resignativen Selbstaufgabe mit vorbewußter oder unbewußter «Flucht in das Rentenbegehren» kommen (*psychologischer* Aspekt). Drittens kann die sog. «nachelterliche Phase» für die zurückbleibenden Eltern belastende innereheliche Neuanpassungen fordern (*sozialer* Aspekt).

## 2. Instanzenweg der Begutachtung

### 2.1 Erste Stufe

Nachdem der psychosomatische Gutachtenpatient seinen Antrag auf Frühberentung gestellt hat, wird er zunächst von Ärzten des Versicherungsträgers untersucht. Wenn sie das Rentenbegehren bejahen, wird dies vom Patienten oft als Gratifikation erlebt. Dies ist allerdings die Ausnahme, weil die Ärzte der Versicherungsträger kaum psychosomatisch orientiert sind. Im Falle der Ablehnung reagiert der Patient häufig mit narzißtischer Kränkung, Frustrationsaggression und Depressivität, die in Apathie, Pessimismus und sozialen Rückzug münden können. Oft kommt es auch zu einer deutlichen Verschlimmerung der somatischen Beschwerden. Die noch eingeholten nervenfachärztlichen Gutachten weisen zumeist keine psychodynamische bzw. tiefenpsychologische Perspektive auf und gelangen deshalb zu einer neuerlichen

Ablehnung, so daß das abschließende gutachterliche Ergebnis an der Gesundheitsstörung und der psychosomatischen Situation des Patienten vorübergeht. Damit kann es für ihn notwendig werden, Sozialhilfe zu beanspruchen. Dies ist nicht nur entwürdigend, sondern er muß auch seine Ersparnisse aufbrauchen; ferner können auch Angehörige zu Finanzleistungen herangezogen werden.

Nach Zurückweisung des Rentenbegehrens durch den Versicherungsträger bleibt jedoch die Möglichkeit, das *Sozialgericht* anzurufen. Rechtsanwälte haben sich für die Wahrnehmung der Anliegen der psychosomatischen Gutachtenpatienten spezialisiert.

## 2.2 Zweite Stufe

Auf der Ebene des Sozialgerichtes wird der Patient in komplizierte prozessuale Abläufe verwickelt, die sich für gewöhnlich über Jahre hinziehen. Durch die Richter des Sozialgerichtes wird der eigentlich notwendige nächste Schritt, nämlich die Einholung eines psychosomatischen Gutachtens, bei höchstens 25 Prozent der Patienten veranlaßt. Diese ungenügende Würdigung psychosomatischer Aspekte hängt vor allem damit zusammen, daß für Sozialrichter das Gebiet Psychosomatik-Psychotherapie häufig noch kein akzeptiertes Fach darstellt. Stattdessen wird bei 75 Prozent der Patienten erneut jene fachärztliche somatische Diagnostik durchgeführt, die eigentlich bereits abgeschlossen gewesen war, deren Ergebnis ist dann fast regelhaft wieder negativ. Dies kann bei den Patienten zu Hilflosigkeit, Groll, Hader und schweren Ressentiments führen. Die Situation des Patienten, der schließlich doch noch - sozusagen im Sinne der «ultima ratio» - dem Psychosomatiker zwecks Gutachtenerstattung vorgestellt wird, beschreiben KREYSSIG et al. (1993) treffend: «Das meist letzte, biographische, soziale und medizinische Kapitel einer langen Krankheitsgeschichte aus progredientem Leid, Wechsel zwischen Hoffnung und Enttäuschung, ineffizienter Arzt-Odyssee, unzureichender Diagnostik, kategorialen Zuordnungen und unzureichender bis ungeeigneter Therapie».

## 3. Lösung der gutachterlichen Fragestellung an der interdisziplinären Nahtstelle

### 3.1 Juristisches und psychologisch-medizinisches Anliegen

Im Rahmen des ärztlichen Begutachtungsverfahrens stellt der Richter des Sozialgerichtes dem psychosomatischen Gutachter in der Regel vier Fragen, welche auf die genaue Einschätzung der Minderung der Erwerbsfähigkeit zielen (Tab. 3). Dabei sollen alle Gesundheitsstörungen des Patienten psychosomatisch gewürdigt werden. Zur Klärung der richterlichen Frage an den Arzt empfiehlt es sich häufig, ein zusätzliches *psychologisches Gutachten* zu erstellen.

Table 3: Juristisches und psychologisch-medizinisches Anliegen.

<i>Richterliche Fragestellung:</i>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Liegen Krankheiten, «andere Gebrechen oder eine Schwäche der körperlichen oder geistigen Kräfte» vor? Um welche Gesundheitsstörungen handelt es sich?</li> <li>2. Ist das Leistungsvermögen durch die festgestellten Krankheitserscheinungen eingeschränkt?</li> <li>3. Seit wann liegt das festgestellte Leistungsvermögen vor?</li> <li>4. Besteht die Aussicht, daß das Leistungsvermögen sich steigert?</li> </ol>
<i>Ärztliche Problemlösung:</i>	Ist der Patient imstande, selbstständig-willensmäßig oder auf der Basis von (psychotherapeutischen) Behandlungsmaßnahmen die zumeist unbewußt verankerten Hemmungen zu überwinden, die einer Wiederaufnahme seiner Arbeit entgegenstehen?

### 3.2 Psychodynamisch orientierter Dialog

Dieser Dialog beinhaltet die zentrale gutachterliche Frage, ob beim Patienten noch so viel an *Introspektion und Selbstreflektion* faßbar wird, daß gemeinsam die *Motivation für Psychotherapie* erarbeitet werden kann. Diese

ist untrennbar mit der Motivation verwoben, wieder erwerbstätig zu werden. Eine entsprechende Motivierung erweist sich aber aus drei Gründen als sehr schwierig: Erstens ist der Patient von der körperlichen Natur seiner Krankheit überzeugt. Zweitens steht er deshalb und auch wegen seiner Vorerfahrungen der Begutachtung verständnislos und mißtrauisch gegenüber. Drittens ist er in der Regel zu differenzierteren Reflexionen wenig imstande. Die Dialogsituation zeichnet sich meistens durch ein rein exploratives Abfragen und betont faktenbezogene Verbalisierung des Patienten aus. Die verständnisvolle, ärztliche Ansprache der Trias von Verunsicherung, Angst und Widerstreben zieht beim Patienten nicht nur beruhigende und entlastende Wirkungen nach sich, sondern begünstigt auch den weiteren Verlauf des Gespräches. Innerhalb dieses Dialogkontextes wirken die hypochondrischen Äußerungen des Patienten einerseits so, als ob er den Arzt auf seine Beschwerden geradezu «einschwören» und ihn somit als Bundesgenossen gegen die Voruntersucher gewinnen möchte. Andererseits wird in den hypochondrischen Äußerungen oft auch unterschwellig Aggressives sichtbar wegen der Notwendigkeit, sich einer psychosomatischen Untersuchungssituation überhaupt «stellen» zu müssen. Gleichzeitig äußert der Patient seine starken Ressentiments gegenüber den Drittinstitutionen. Wenn er aber im Verlauf des Interviews schließlich wahrnimmt, daß sich der Psychosomatiker anhaltend durch eine während-verständnisvolle Neutralität auszeichnet, geht die Intensität der vorherrschenden hypochondrischen Klagsamkeit Schritt für Schritt zurück, und das Gespräch wird differenzierter.

### 3.3 Systemisch orientierter Dialog

Für die Verfasser hat sich ein anschließender systemischer Dialog (s. Kap. III.D) bewährt, der dazu dient, auch Partner und Familienmitglieder einzubeziehen. Jetzt kann sich der Patient, im Vergleich zur Einzelsitzung, nicht nur verstärkt öffnen, sondern es können auch über die Drittpersonen wichtige zusätzliche Informationen eingebracht werden. Auf diese

Weise kann eine Motivierung für psychotherapeutische Maßnahmen eher erzeugt werden. Auch ergeben sich anhand systemischer Erstinterviews zusätzliche Informationen zur seelischen und körperlichen Beschwerdesituation des Patienten, die ja im Zentrum der Begutachtung steht. Ferner können die Mitteilungen der Bezugspersonen (indirekte) diagnostische Schlüsse dahingehend ermöglichen, bis zu welchem Ausmaß beim Patienten die mitgeteilten Beschwerden auf sog. Aggravation oder Simulation basieren.

*Aggravation* bedeutet soviel wie die verstärkte Darstellung von objektiv vorliegenden Beschwerden mit dem Ziel, das Rentenanliegen durchzusetzen. Die gleiche Zielsetzung beinhaltet die *Simulation*, bei der es sich um die Vortäuschung von körperlichen Beschwerden handelt.

Nach unserer Arbeitserfahrung sind Aggravationen bei psychosomatischen Gutachtenpatienten häufig, während aber Simulationen äußerst selten beobachtet werden.

### 3.4 Psychologische Untersuchungsperspektive

Die psychologische Untersuchungsperspektive, die auf der Exploration, der Verhaltensbeobachtung und auf dem Einsatz psychologischer Testverfahren basiert, stellt eine wichtige Ergänzung der psychosomatischen Beurteilung dar. Im Zentrum der psychologischen Untersuchung steht ebenfalls die Frage nach der Entstehung, Aufrechterhaltung und Prognose jenes Verhaltens, das die Arbeitsleistung beeinträchtigt (WESTHOFF, 1994). Aber hier werden vor allem die *kognitiven Variablen* (insbesondere Intelligenzstruktur, Konzentration, Gedächtnis und Arbeitsstil), untersucht, die sich durch standardisierte Intelligenz- und Konzentrationstests prüfen lassen. Weitere Gesichtspunkte sind die emotionale Belastbarkeit und der Umgang mit Gefühlen sowie das Vorhandensein von relativ überdauernden Gefühlen wie Schuld, Angst und Minderwertigkeit. Ferner gehören hierher die *motivationalen Variablen*, die Interessen und das Leistungsmotiv, Entscheidungsverhalten und allgemeine Aktivität beinhalten. Schließlich betreffen die *sozialen Variablen* die sozialen Kompetenzen

zen, Einstellungen, Normen und Einflüsse «bedeutsamer anderer» (MEAD, 1973). Zur Erfassung der emotionalen, sozialen und motivationalen Variablen haben sich die Persönlichkeitsfragebögen bewährt, die aber in der psychologischen Gutachtensituation aus den dargelegten Gründen ein verzerrtes Bild geben können.

Aufgrund unserer bisherigen Arbeitserfahrungen bei psychosomatischen Gutachten-Patienten ist in der Regel ein durchschnittliches intellektuelles Leistungsvermögen mit teilweise erheblichen Ausfällen in Bezug auf die Aufmerksamkeit und Konzentrationsfähigkeit erkennbar, ebenso zeigen sich Schwierigkeiten im Umgang mit sprachlichem Material. Letzteres hat Auswirkungen auf die Introspektionsfähigkeit und damit auch auf eine mögliche Therapie-Indikation. Im einzelnen stellen sich die psychosomatischen Gutachtenpatienten testpsychologisch als sozial eher negativ resonant dar und fühlen sich depressiv verstimmt sowie verschlossen. Sie sehen sich als leicht erregbar, zu starker Introversion neigend sowie deutlich emotional labilisiert. Dementsprechend werden die Patienten mit den in ihrer Umwelt auftretenden Problemen und Widersprüchen schlecht fertig.

#### 4. Ergebnisse zum gutachterlichen Entscheid

Nach unserer Arbeitserfahrung liefert die Kombination von psychosomatischem und psychologischem Untersuchungsgang in der Regel ausreichende Informationen, um die juristisch formulierten Fragen zu beantworten. Fast ausnahmslos ist die Ausprägung der Neurose oder der Persönlichkeitsstörung und des somatischen Beschwerdebildes derart schwerwiegend, chronifiziert und verfestigt, daß dem Patienten eine Erwerbstätigkeit nicht mehr zugemutet werden kann. Daraus ergibt sich auch, daß eine psychotherapeutische Indikation fast nie gegeben ist. Unsere Sicht stimmt mit den Erfahrungen von SANDWEG (1992) überein. Danach liegt bei den sog. Rentenbewerbern in der Regel eine ungünstige Kombination von

Persönlichkeitsmerkmalen und Bewältigungsstrategien vor, die einerseits zu einem schlechten Psychotherapieergebnis und andererseits zur Rentenantragstellung führen würde. Deshalb beschränke sich die ärztliche Tätigkeit bei sog. Rentenantragstellern letztlich vorwiegend auf Gutachteraktivitäten.

FOERSTER (1984) legte eine katamnestiche Studie von sog. neurotischen Rentenbewerbern vor (52 Frauen und 49 Männern; ein Drittel der Mittelschicht, zwei Drittel der Unterschicht zugehörig). Er gelangte zu folgenden drei Ergebnissen:

1. Von 59 berenteten Patienten wurde die psychische Verfassung anlässlich der Nachuntersuchung als unverändert oder schlecht beurteilt sowie von 35 berenteten Patienten als etwas gebessert gegenüber dem Begutachtungszeitpunkt.
2. Ungeachtet einer Psychotherapieindikation bei mindestens der Hälfte dieser Patienten gelang es nicht, diese für einen psychotherapeutischen Prozeß zu motivieren.
3. Ausgehend von sog. neurotischen Rentenbewerbern, deren Rentenanliegen nicht anerkannt wurde, ist die Ansicht, die Versagung einer Rente bessere die psychische Verfassung, nicht länger zu vertreten. Ferner ist die immer wieder geäußerte Bemerkung nicht zu belegen, daß alleine die Versagung der Rente regelmäßig zu einer Wiederaufnahme der beruflichen Arbeit führt.

In den Zusammenhang der Ergebnisse von FOERSTER gehört auch die Warnung von LIEBERZ (1989), den aus einer Frühberentung resultierenden finanziellen Gewinn zu überschätzen, zumal die zu erwartenden Renten meist bescheiden seien. Tatsächlich betreffe der in diesem Kontext häufig verwendete Begriff «sekundärer Krankheitsgewinn» weniger die finanzielle Kompensation, sondern vor allem das Erreichen-Können einer für das Erleben des Patienten *konfliktentlastenden Vita minima*.

#### Literatur

- ECKER W: Sozialgerichtliche Rechtssprechung zur Neurosebeurteilung. In VENZLAFF U (Hrsg) Psychiatrie Begutachtung, S. 535-548, Fischer, Stuttgart 1986
- FOERSTER K: Neurotische Rentenbewerber. Enke, Stuttgart 1984

- KREYSSIG M, HOFFMANN SO: Probleme der Begutachtung Schmerzkranker. In EGGLE UT, HOFFMANN SO (Hrsg) Der Schmerzkranker, S. 603, Schattauer, Stuttgart 1993
- KÜHNE A: Psychologie im Rechtswesen. Deutscher Studien-Verlag, Weinheim 1988
- KÜHNE A: Psychologie im Sozialgerichtsverfahren, eine biographische Analyse. In EGG R (Hrsg) Brennpunkte der Rechtspsychologie - Polizei - Justiz - Drogen, S. 225-237, Forum, Bad Godesberg 1991
- LIEBERZ K: Zur Psychologie des Rentenbegehrens. In WILLERT HG (Hrsg) Psychosomatik in der Orthopädie, S. 49, Huber, Bern 1989
- MEAD GH: Geist, Identität und Gesellschaft aus der Sicht des Sozialbehaviorismus. Suhrkamp, Frankfurt a.M. 1973
- SANDWEG R: Persönliche Mitteilung, 1992
- WESTHOFF K, KLUCK ML: Psychologische Gutachten schreiben und beurteilen, 2. Auflage, Springer, Berlin 1994