

u^b

b
**UNIVERSITÄT
BERN**

Prof. Dr. Michael Liebreuz
Universität Bern
Institut für Rechtsmedizin
Forensisch-Psychiatrischer Dienst
Falkenplatz 16-18
3012 Bern

Die Weiterentwicklung der IV und ein Blick auf die Neuordnung der Gutachten

Welche Rolle wird die ICD-11 spielen?

Inhalt

- Weiterentwicklung der IV
- Medico-legale Grundlagen und Status quo der sozialversicherungsrechtlichen Begutachtung
- Das Klassifikationssystem ICD-11 und mögliche Auswirkungen auf den versicherungsmedizinischen Abklärungsprozess am Beispiel der Persönlichkeitsstörungen

u^b





Weiterentwicklung IV

Schlaglichter auf die Neuordnung

- Sachverständigenqualifikation

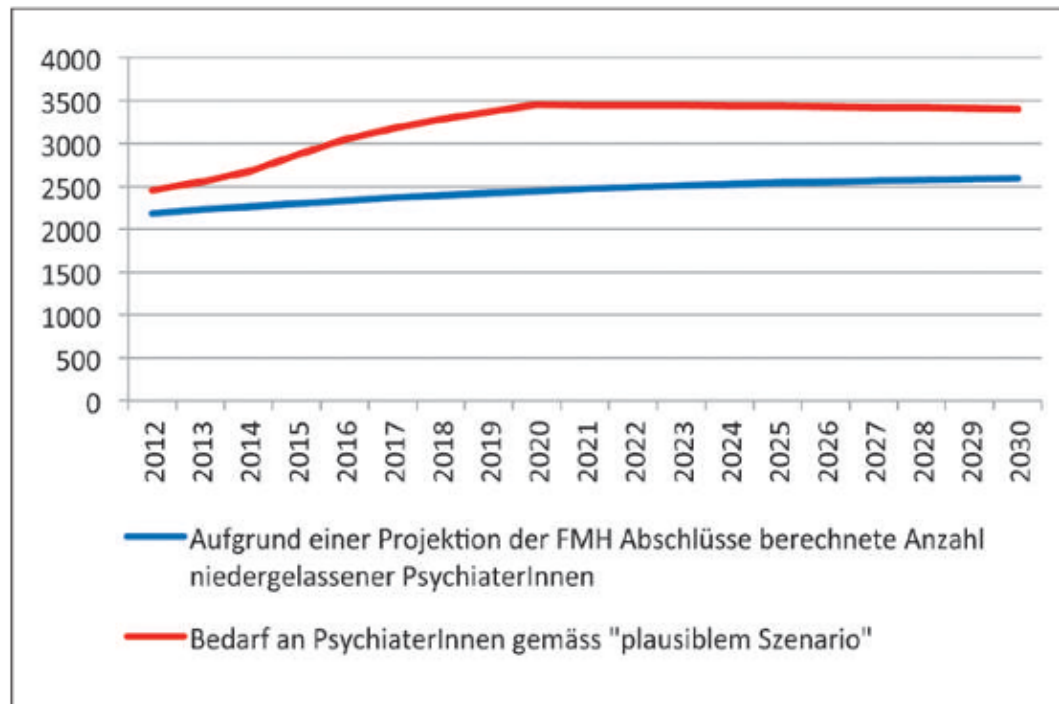


Art. 7m Abs. 1-5 ATSV: Medizinische Sachverständige können Gutachten nach Artikel 44 Absatz 1 ATSG erstellen, wenn sie:

- über einen Weiterbildungstitel (Facharztstitel) verfügen und im MedReG eingetragen sind und über mindestens fünf Jahre klinische Erfahrung verfügen.
- eine gültige Berufsausübungsbewilligung besitzen
- Fachärztinnen und Fachärzte der allgemeinen inneren Medizin, der Psychiatrie und Psychotherapie, der Neurologie, der Rheumatologie, der Orthopädie, der Chirurgie und müssen über das Zertifikat, SIM verfügen.
- (Ausgenommen) Chefärztinnen und Chefärzte sowie leitende Ärztinnen und Ärzte in Unikliniken.
- Abweichungen von Kriterien sind mit Einverständnis der vP möglich, weiterhin auch Gutachten im Rahmen der Aus-, Weiter- und Fortbildungen, wenn supervidiert

Hohe Anforderungen (sinnvoll!) – Cave: wenig Nachwuchs

Vergleich zwischen der Anzahl Psychiaterinnen und Psychiater, die gemäss dem plausiblen Szenario in den Jahren bis 2030 benötigt werden und der Anzahl an aufgrund einer Projektion der Anzahl Facharzt-Abschlüsse erwarteten niedergelassenen Psychiater.



- > In den psychiatrischen Institutionen herrscht seit Jahren ein zunehmender Mangel an Schweizer Assistenzärztinnen und -ärzten, welche die Facharzt-Spezialisierung in Psychiatrie und Psychotherapie anstreben.
- > Unterschiedliche Quellen sprechen von einem Mangel von ca. 1000 PsychiaterInnen – steigend
- > Zahl gilt auch unter Berücksichtigung der Zuwanderung
- > Nachwuchsförderung vs. Kostendruck, Neuregelung WBO

Schlaglichter auf die Neuordnung

- Tonbandaufnahme

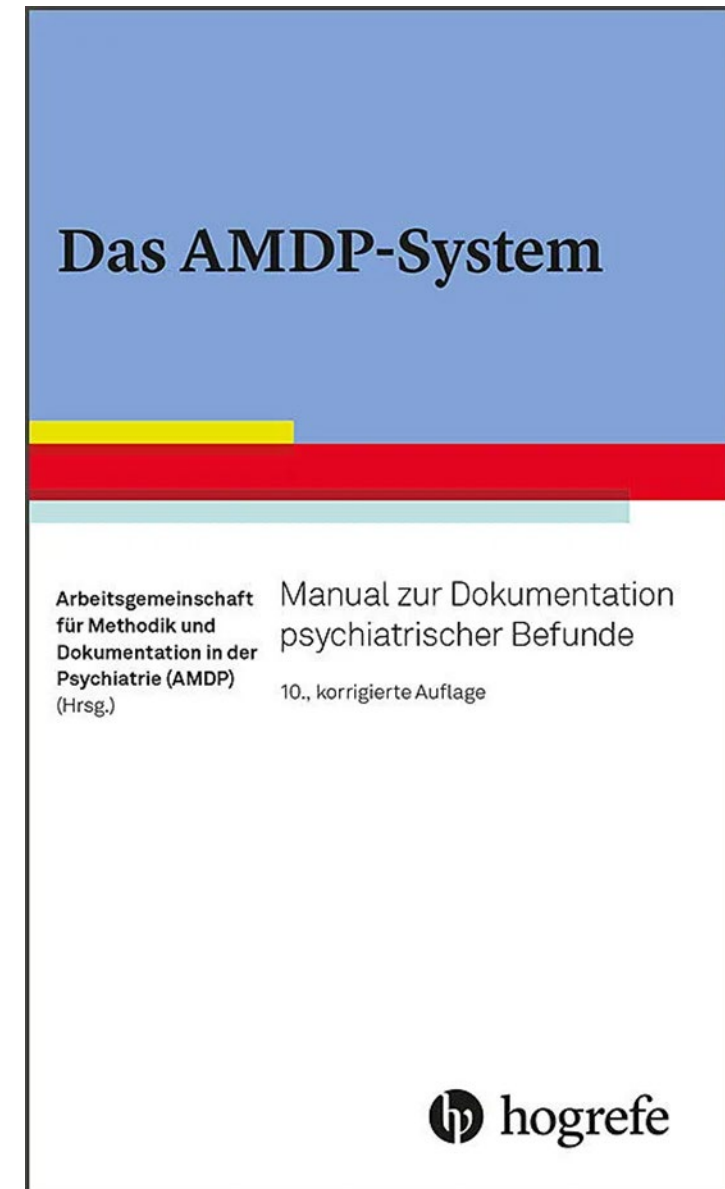


- Art. 44 Abs. 6 ATSG „Sofern die versicherte Person es nicht anders bestimmt, werden die Interviews in Form von Tonaufnahmen zwischen der versicherten Person und dem Sachverständigen erstellt und in die Akten des Versicherungsträgers aufgenommen“
- Konkretisierung Art. 7k Abs. 1 ATSV ff: Das Interview nach Artikel 44 Absatz 6 ATSG umfasst das gesamte Untersuchungsgespräch. Dieses besteht aus der Anamneseerhebung und der Beschwerdeschilderung durch die versicherte Person
- Versicherungsträger sorgen dafür, dass die technischen Vorgaben für ein GA einheitlich sind, Sachverständige hat sicherzustellen, dass die Aufnahme technisch korrekt abläuft
- Beginn, Ende und Unterbrechungen sind auf Tonaufnahme zu bestätigen, Übermittlung in elektronischer Form
- Art. 7 I ATSV Abs. 1-3 Verwendung nur in hängigen Verfahren, durch die Eidgenössische Kommission für Qualitätssicherung, nach Abschluss des Verfahrens im Einverständnis mit der vP Vernichtung

- > Die Interviews zwischen der versicherten Person und den Sachverständigen sind in Form von Tonaufnahmen zu erstellen und in die Akten aufzunehmen (Art. 44 Abs. 6 ATSG). Das Interview umfasst dabei die Anamneseerhebung und die Beschwerdeschilderung durch die versicherte Person (Art. 7k Abs. 1 ATSV). Da im Rahmen von neuropsychologischen Abklärungen wie auch bei der EFL davon auszugehen ist, dass ebenfalls eine Anamneseerhebung oder eine Beschwerdeschilderung erfolgt, fallen diese Abklärungen ebenfalls unter die Pflicht zur Tonaufnahme.
- > Hingegen darf der testpsychologische Begutachtungsteil bei psychiatrischen, neurologischen und neuropsychologischen Untersuchungen oder auch die Testungen im Rahmen einer EFL nicht aufgezeichnet werden.

Unterscheidung zwischen testpsychologischen und anamnestischen Erhebungen in Psychiatrie diffizil

- Gliederung der Exploration (unstrukturierter Teil (offene Fragen, Beschwerden aus Sicht des Patienten, strukturierter Teil eher geschlossene, gezielte Fragen, Fragen nach spezifischen Krankheitssymptomen, Krankheitsvorgeschichte, Zusammenfassung Fragen nach bisher nicht besprochenen Themen
- PPB: Ergebnis aller zur Verfügung stehenden Informationen inkl. Psychopathologischer Symptomatik, objektiver und subjektiver Informationen
- Psychodiagnostik mit AMDP-System steht ein weit akzeptiertes und klinisch breit angewandtes Dokumentations-Instrument zur Verfügung, mit dem psychopathologische Phänomene zuverlässig erfasst werden können.
- Beschränkung auf klinisch-psychologische Testverfahren (SCL-90, FPI-R wohl zu kurz gegriffen, Schnittmenge bei der Anwendung von Fremdrating-Instrumenten HAM-D



Aktueller Vorschlag Newsletter SIM Februar 2022

- bei Ablauf der Untersuchung nach Leitlinien (vgl. Ebner et al. 2016 und 2020)
 - Mitschnitt der Befragung (Anamnese)
 - Keine Tonaufnahme i.R. der psychopathologische Befunderhebung und der Durchführung der Psychodiagnostik (Testverfahren)
 - Erneuter Mitschnitt falls weitere anamnestische Klärungsfragen am Ende der Exploration nötig sind
- bei «zirkulärem» Ablauf der gutachterlichen Untersuchung (häufiger) Wechsel zwischen Befragung und Befunderhebung
 - Mitschnitt der gesamten gutachterlichen Abklärungen
- da gemäss Rundschreiben BSV Nr. 412 der testpsychologische Befragungsteil *nicht aufgezeichnet werden darf* (vorgebracht wurden wohl z.B. copy right Aspekte, die auch für die psychiatrischen Instrumente gelten) besteht hier aus gutachterlicher Sicht Entwicklungs- und Klärungspotential

Technische Aspekte und Datenaufbewahrung

- www.eahv-iv.ch
 - Applikationen für Apple und Android
 - Webplattform
- App bietet integrierte Lösung für Aufnahme/Hochladen mit Zwei Faktoren Autorisierung
- Nimmt Schätzung der Akkuleistung und des Speicherplatzes vor (60min)
- Hält die Tonaufnahme aber nach Einreichen nur für 90 Tage zur Verfügung (danach nicht mehr ersichtlich)
- Webplattform lässt Übermittlung in mp3, AAC und DSS Format zu, setzt die Nutzung eines eigenen Diktiergerätes/Hardware voraus, das lokale Kopie beim Sachverständigen verbleibt, genügt dieser Weg den (kantonalen) Regelungen über Aufbewahrungspflicht
- Cave: Regelungen Datenschutz, Auskunftsrecht, Persönlichkeitsrechte Dolmetscher/Gutachter



Keine repräsentativen Angaben (Daten noch nicht erhältlich, Einzelangaben(!))

- Zum Allgemeinen
 - Rückzug einzelner KollegInnen von GA Tätigkeit
 - In der Debatte u.a. Persönlichkeitsrechte von Gutachtern/Dolmetschern (vgl. Baeriswyl et al 2021)
 - Erlaubt Abbildung des Untersuchungsdauer
- Zur Aufklärung
 - Expl. mit Aufzeichnung einverstanden, sind über diese entsprechend orientiert
 - Unklarheiten bzw. keine Orientierung das nur Teile des Gespräches aufgezeichnet werden
- Zum Ablauf
 - Laufende Tonaufnahme wird als wenig störend empfunden (cave: Sexualanamnese, Missbrauch, kritische Lebensereignisse etc.)
 - Unterbrechungen/Neustart jedoch als Disruption
- Zur Technik
 - Wenige Probleme mit der Plattform, verständliche Erklärvideos
 - Bei uns bekannten Sachverständigen Präferenz für Nutzung eigener Hardware und WebApp (Archivierungs- und Datenschutzthematik)

Tonaufnahme – ausgewählte Aspekte zur Evidenz und «Fallstricke»

- GOLDSTEIN et al. Datenlage in Bezug auf die forensische Begutachtung unklar, das Setting aber sei vom Misstrauen seitens des Probanden bzw. einer fehlende Vertrauensbeziehung zum Arzt geprägt. Tonaufzeichnung deshalb nur von trainierten und sich in der Situation sicher fühlenden Psychiatern, da ansonsten die Qualität der Untersuchung tangiert.
- FRIEDMANN et al. Videoaufzeichnung wirkt sich wenig auf die Patientinnen und Patienten aus, sorgt aber für eine deutliche Zunahme von Ängsten und Unsicherheiten bei Therapeuten (in Ausbildung).
- NILAND et al., zeigten dass Psychotherapeuten, welche video- oder audioaufgenommen wurden, defensiver, angespannter sowie weniger empathisch und involviert verhielten. - solchen Befunden kommt gerade in der speziellen Untersuchungssituation der IV eine besondere Bedeutung
- mögliche Widersprüche in den Angaben der Probanden, welche normalpsychologisch entstehen, von medizinischen Laien falsch gedeutet und im Sinne von missbräuchlichem Verhalten bzw. Täuschungsversuchen interpretiert werden.
- im Bereich der Anamneseerhebung und der Erhebung des psychopathologischen Befunds wird Anreiz geschaffen, vermehrt auf verkürzte standardisierte Testinstrumente (z.B. in Form von Selbst- und Fremdbeurteilungsbögen) und schriftlich erstattete Angaben zu setzen.

Schlaglichter auf die Neuordnung

- Eidgenössische Kommission für Qualitätssicherung in der medizinischen Begutachtung (EKQMB)





EKQMB

ATSG: Art. 44³⁶ Gutachten, Ziff. 7

Der Bundesrat

....

- c. schafft eine Kommission mit Vertreterinnen und Vertretern der verschiedenen Sozialversicherungen, der Gutachterstellen, der Ärzteschaft, der Neuropsychologinnen und Neuropsychologen, der Wissenschaft sowie der Patienten- und Behindertenorganisationen, welche die **Zulassung als Gutachterstelle**, das **Verfahren zur Gutachtenerstellung** und die **Ergebnisse der medizinischen Gutachten** überwacht. Die Kommission spricht **öffentliche Empfehlungen** aus.



Zusammensetzung der EKQMB

Art. 7o ATSV: Eidgenössische Kommission für Qualitätssicherung in der medizinischen Begutachtung: Zusammensetzung

Die Eidgenössische Kommission für Qualitätssicherung in der medizinischen Begutachtung besteht aus der Präsidentin oder dem Präsidenten und 12 Mitgliedern.

Davon vertreten:



Mitglieder der Kommission

Präsident	Liebrenz Michael , Prof. Dr. med., Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Prof. für Forensische Psychiatrie, Universität Bern
Vertretung der Ärztinnen und Ärzte	Cerletti, Maria Eugenia ; Dr. med., Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Praxis in Zürich Gantenbein, Andreas Rudolf ; Prof. Dr. med., Facharzt für Neurologie FMH, eigene Praxis Klöti, Manuel ; Dr. med., Rheumatologie, Physikalische Medizin und Rehabilitation, Allgemeine Innere Medizin FMH; Hirslanden-Klinik St. Anna, Luzern
Vertretung der Sozialversicherungen	Petermann Boris ; juriste, responsable du département Médecine d'assurance de l'office AI pour le canton de Vaud, Vevey Grab Josef ; Dr. med., Facharzt für Chirurgie FMH, Chefarzt Versicherungsmedizin SUVA
Vertretung der Patienten- und Behindertenorganisationen	Pascali Claudia ; lic. iur., Inclusion Handicap, collaboratrice legale assicurazioni sociali, Berna Zürcher Marc ; lic. iur., avocat, Service juridique de Procap Suisse et avocat au barreau indépendant, Bienne
Vertretung der Wissenschaft	Cattin Pierre ; LL.M., avocat, Professeur associé, Haute école valaisanne de travail social, Sierre Genevay Stéphane ; Prof. Dr. med. médecine interne générale et rhumatologie, Hôpitaux universitaires de Genève (HUG)
Vertretung der Gutachterstellen	Bollag Yvonne ; lic. iur., Leiterin asim Begutachtung, Universitätsspital Basel
Vertretung der NeuropsychologInnen	Colombo-Thuillard Françoise ; psychologue spécialiste en neuropsychologie FSP, Villars-sur-Glâne
Vertretung des versicherungsmed. Ausbildungswesens	Nachnominierung ist im Gang



Aufgaben der EKQMB

Art. 7p, Abs.1 und 2 ATSV

Ausarbeitung von Empfehlungen zu:

- Anforderungs- und Qualitätskriterien für das Verfahren zur Erstellung von Gutachten,
- Kriterien für die Tätigkeit von Sachverständigen sowie deren Aus-, Weiter- und Fortbildung,
- Kriterien für die Zulassung von Gutachterstellen und deren Tätigkeit,
- Kriterien und Instrumente für die Beurteilung der Qualität von Gutachten.

Überwachung der Einhaltung der obigen Kriterien durch die Sachverständigen und die Gutachterstellen und die Möglichkeit, darauf basierend öffentliche Empfehlungen zu erarbeiten.





Warum Qualitätsmanagement?

- Ist-Zustand wurde/wird oft kritisiert, allerdings existieren (praktisch) keine wissenschaftliche Erhebungen zur (fachlichen) Qualität der Gutachten (IV)

9 von 25 IV Gutachten ungenügend (Auerbach et al 2011)

Nur wenige Gutachten erfüllen (fast) alle formale Kriterien (Ebner et al. 2011)

Grosse Streubreite der Beurteilung und geringe Vorbestimmtheit der Ergebnisse (Dickmann JR, Broocks A. 2007 und BGE 137 V 210 S. 241)

- Erhebliche Qualitätsunterschiede bei der Begutachtung sind rechtsstaatlich problematisch

Rechtsgleichheit (Art. 8 BV), Schutz vor Willkür und Wahrung von Treu und Glauben (Art 9 BV)

Art 29 BV Abs. 1 «Jede Person hat in Verfahren vor Gerichts- und Verwaltungsinstanzen Anspruch auf gleiche und gerechte Behandlung...»

- Forderung nach einer Einrichtung, die sich mit dem Qualitätsmanagement der Gutachten befasst (BGE 137 V 210 S. 241) -> Zufallsverteilung

Bisherige Qualitätssicherungsmaßnahmen im IV Verfahren

Massnahme	Grundlagen	Zuständig	Rückmeldung	Qualitäts-Dimension
Tonaufnahmen	ATSV 7k, 7l	Gerichte, Rechtsanwender, EKQMB	nur in Ausnahmefällen	Prozessqualität
Überprüfung der Gutachten durch die IV und RAD	KSVI, RZ 3134-3143 Anhänge IV und V	IV, RAD	bei gravierenden Mängeln	Prozess- und Ergebnisqualität
Fachliche Anforderungen an sachverständige Personen	Art. 7 m, ATSV	IV, BSV	Immer	Strukturqualität
Aus- und Weiterbildung	Art. 7 m, ATSV	SIM, IV, BSV	Immer	Strukturqualität
Inter- / Supervision, Qualitätszirkel		Gutachter		Prozess- und Ergebnisqualität
Gerichtliche Überprüfung und Zustellung der Gerichtsurteile an Gutachter	ATSV, Art. 9b	Kantons- und Bundesgerichte	Nur bei Gerichtsurteilen	(juristische) Ergebnisqualität
Interne Qualitätssicherungsmaßnahmen und permanente Qualitätskontrolle der Gutachterstellen	Neue Verträge mit dem BSV Art. 3 Abs 5, 8	Direktion der Gutachterstellen	Jährliche Reporting-Berichte bis 30. April ans BSV	Prozess- und Strukturqualität
Audits der Gutachterstellen	Neue Verträge mit dem BSV Art. 3 Abs 10	BSV oder EQKMB	Stichproben, Audit jederzeit möglich	Prozess- und Strukturqualität
Überprüfung der Qualität der Gutachten der Gutachterstellen	Neue Verträge mit dem BSV Art. 7 Abs. 3	EQKMB	bei Mängeln oder Konflikt mit IV-Stelle	Prozess- und Ergebnisqualität

Medico-legale Grundlagen und Status quo der sozialversicherungsrechtlichen Begutachtung



Wer beurteilt denn eigentlich die Arbeits(un)fähigkeit ?

« Auch wenn Arbeitsunfähigkeit kein eigentlicher medizinischer Begriff ist, so wird sie dennoch von Ärztinnen und Ärzten beurteilt. »

Arbeitsunfähigkeit ist ein unbestimmter Rechtsbegriff

BGE: 9C_850/2013 , Urteil vom 12. Juni 2014:

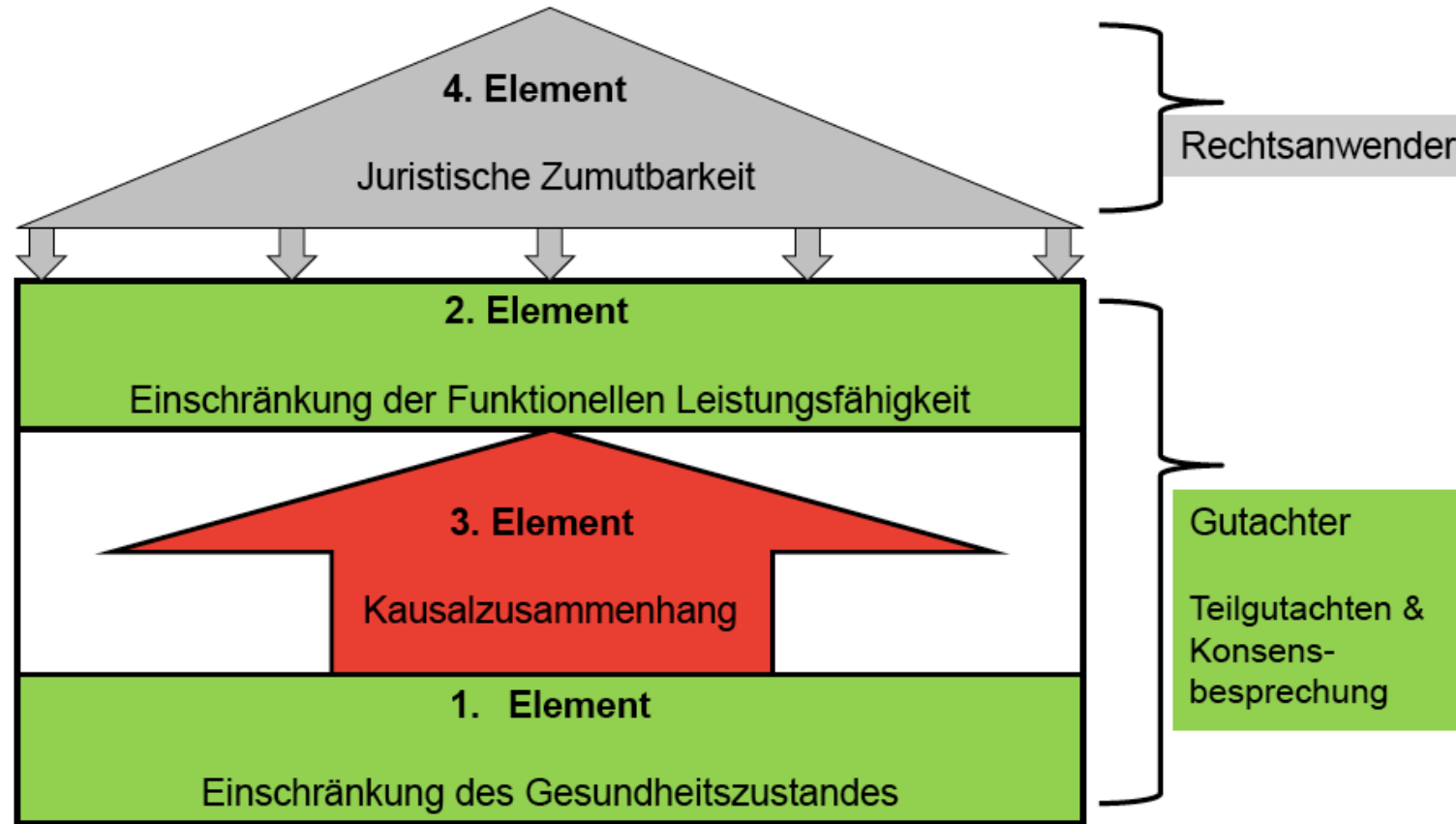
Die

Arbeitsunfähigkeit ist ein unbestimmter Rechtsbegriff des formellen Gesetzes (Art. 6 ATSG). **Dessen allgemeine Konkretisierung fällt dem Bundesgericht zu**, während seine praktische Handhabung im Einzelfall der rechtsanwendenden Stelle obliegt, welche den durch Gesetz und Rechtsprechung gezogenen normativen Rahmen zu berücksichtigen hat.

ATSG, Art 6: Aufgabenteilung: (juristisch=rot, medizinisch=grün) Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise **Unfähigkeit**, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich **zumutbare Arbeit zu leisten**. Bei **langer Dauer** wird auch die **zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich** berücksichtigt.

nach Prof. Dr. iur. Thomas Gächter

Vier Tatbestandselemente der Arbeitsunfähigkeit



Seite 9

Darstellung von Prof. Dr. iur. Thomas Gächter

«Ausblendung»

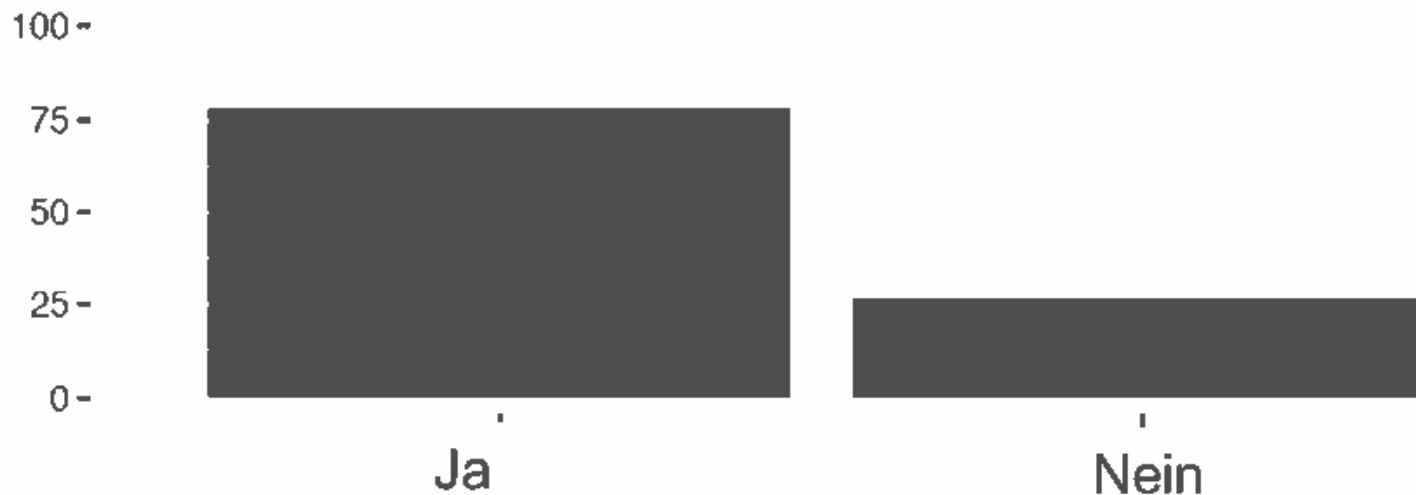
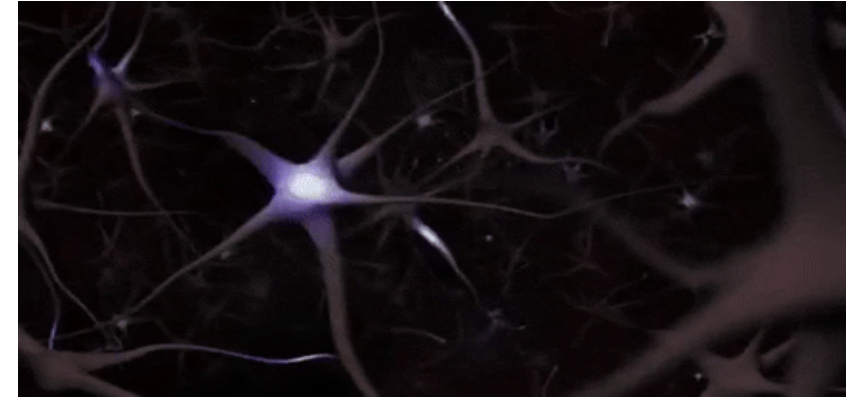
- ∅ **Wirtschaftslage**
- ∅ **Arbeitsmarktsituation**
- ∅ **Soziokulturelle Faktoren**
- ∅ **Bildungsstand**
- ∅ **Sprache**
- ∅ **Ethnie**
- ∅ **Religion**
- ∅ **Alter**
- ∅ **Motivation**
- ∅ **Stellenlosigkeit**
- ∅ **Familiäre Verhältnisse**
- ∅ **Aggravation**

∅ BGE 107 V 17 vom 23.1.1981: «Denn Erwerbslosigkeit aus invaliditätsfremden Gründen vermag keinen Rentenanspruch zu begründen. Die Invalidenversicherung hat nicht dafür einzustehen, wenn ein Versicherter zufolge seines **Alters**, wegen **mangelnder Ausbildung** oder **Verständigungsschwierigkeiten** keine entsprechende Arbeit findet; die hieraus sich ergebende "Arbeitsunfähigkeit" ist nicht invaliditätsbedingt.»

∅ BGE 127 V 294 vom 5.10.2001: «Das bedeutet, dass das klinische Beschwerdebild nicht einzig in Beeinträchtigungen, welche von den belastenden **soziokulturellen Faktoren** herrühren, bestehen darf, sondern davon psychiatrisch zu unterscheidende Befunde zu umfassen hat...»

Schwierigkeiten bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nach Diagnose...

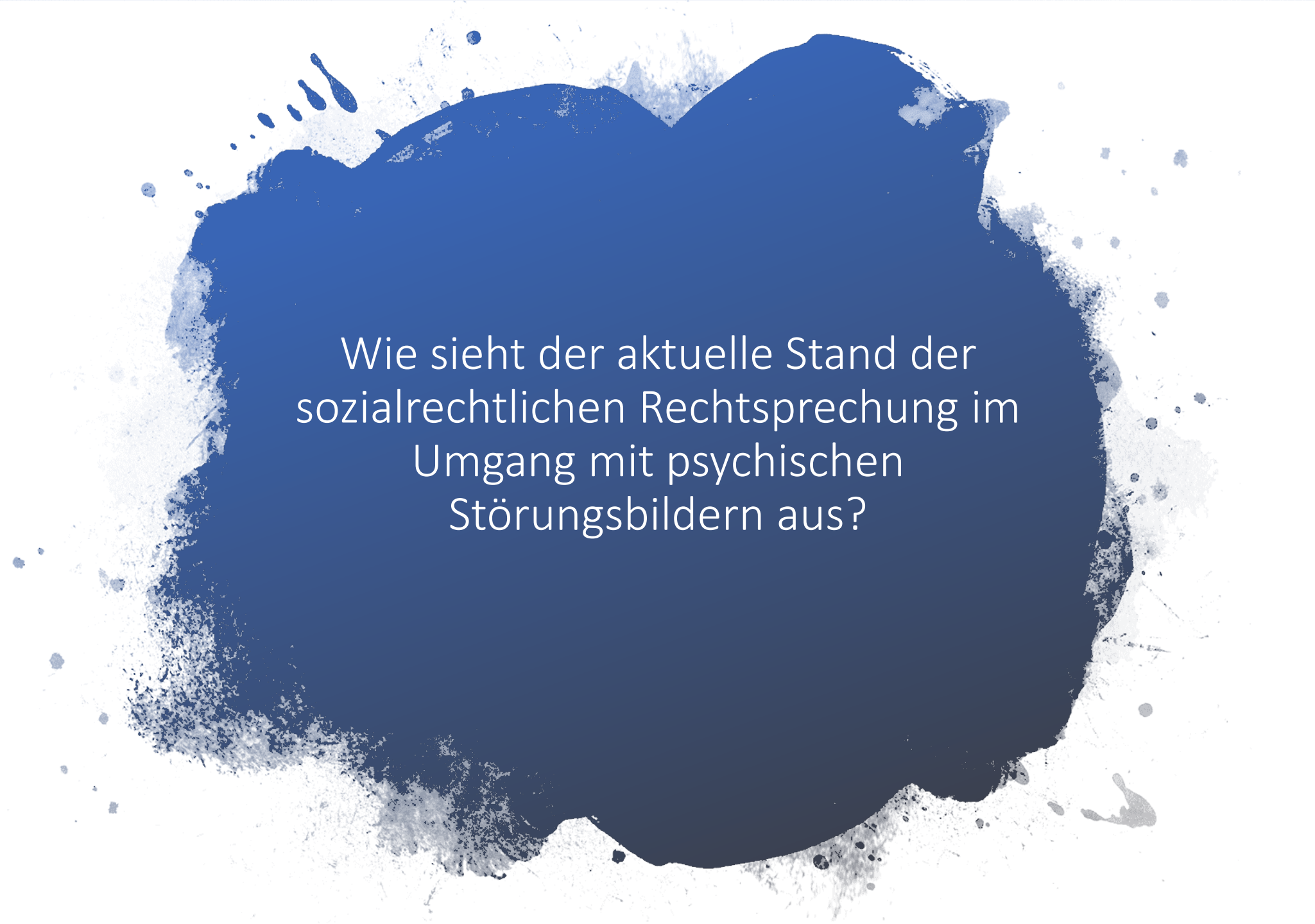
Diagnosegruppe	Anzahl der «Ja» Angaben
Schmerz	78
Persönlichkeitsstörungen	63
Affektive Störungen	27
Abhängigkeitserkrankung	20



Online Survey of Medical and Psychological Professionals on Structured Instruments for the Assessment of Work Ability in Psychiatric Patients

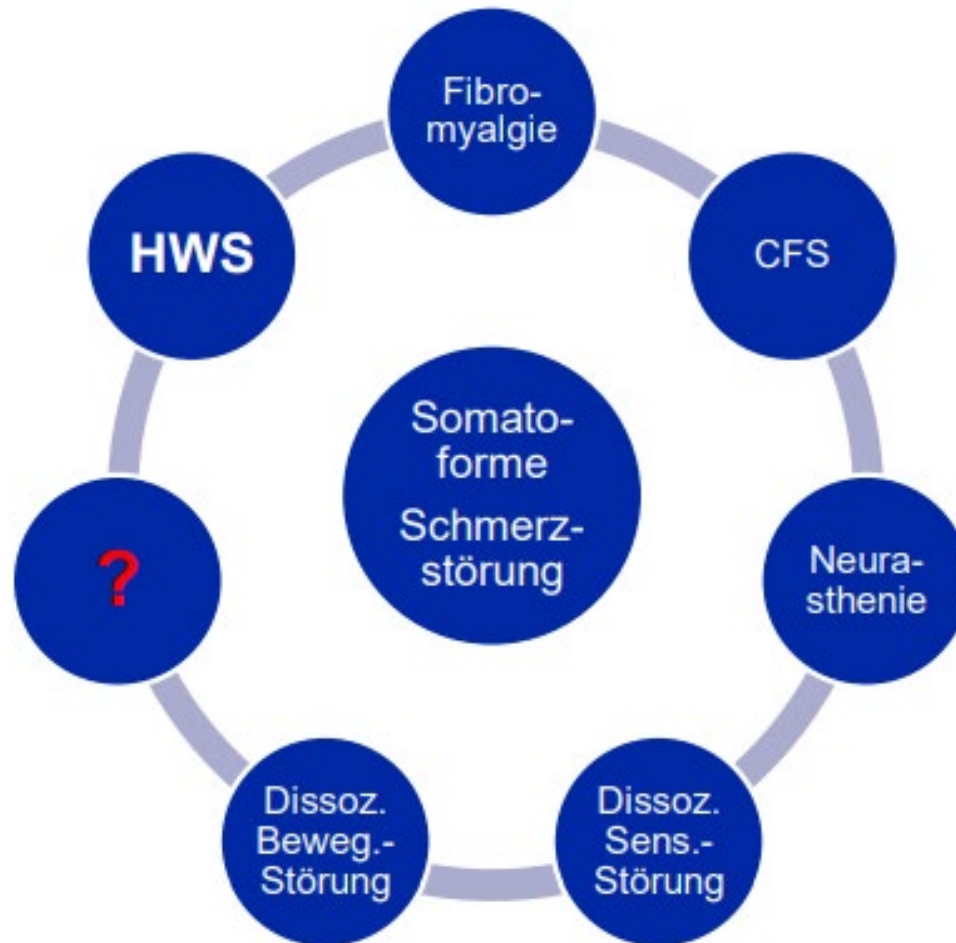
Roman Schleifer^{1*}, Alex Gamma¹, Ingeborg Warnke¹, Mounira Jabat², Wulf Rössler² and Michael Liebrecht¹

¹Institute of Forensic Medicine, Department of Forensic Psychiatry, University of Bern, Bern, Switzerland, ²Department of Psychiatry, Psychotherapy and Psychosomatics, Psychiatric Hospital, University of Zurich, Zurich, Switzerland



Wie sieht der aktuelle Stand der sozialrechtlichen Rechtsprechung im Umgang mit psychischen Störungsbildern aus?

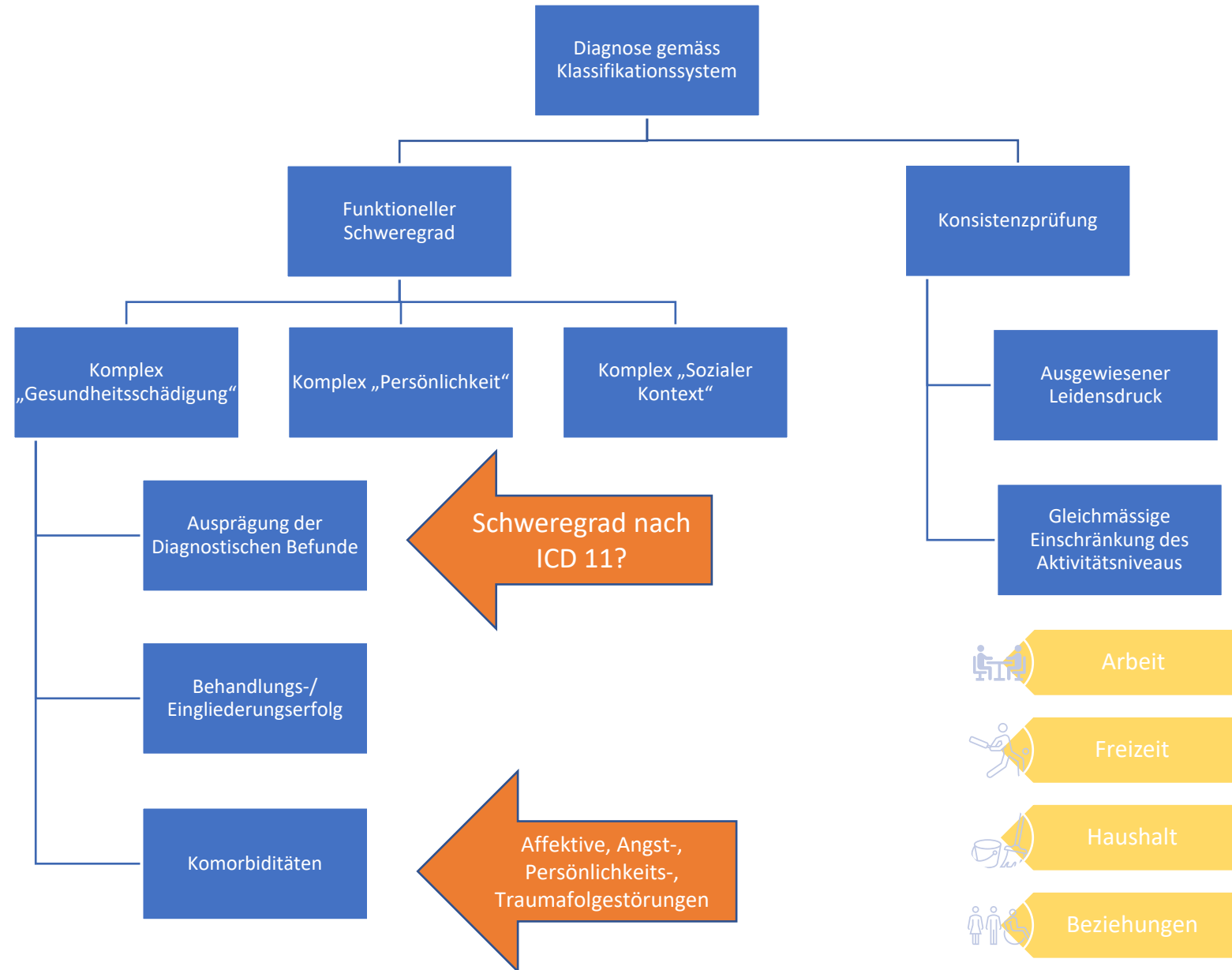
Überwindbarkeitsvermutung



Bei diesen Störungsbildern wurde die Überwindbarkeit der Schmerzen/ Beschwerden und die Zumutbarkeit der Eingliederung in den Arbeitsprozess vermutet.

BGE 130 V 352 vom 12. März 2004

Funktioneller Schweregrad (BGE 141 V 281) Indikatorenrechtsprechung seit 2015



Status quo der Rechtsprechung (ATSG) 2022

- ❖ Psychische Leiden werden weiterhin anders behandeln als «nachweisbare» somatische Erkrankungen.
- ❖ Indikatoren-Rechtsprechung* BGE 141 V 281 (2015)
- ❖ Mittlerweile «Gleichstellung» von allen psychischen Störungen, inkl. Schmerzstörungen, psychosomatische Erkrankungen und Depressionen BGE 143 V 409 (2017)
- ❖ Gleichstellung von Abhängigkeitserkrankungen** in den Sozialversicherungen BGE 145 V 215 (2019)
- ❖ Aber «Rückfall des BGer» im November 2021 in BGE 148 V 49 in «überwunden» geglaubte Depressionsrechtsprechung von vor 2017: *«Eine leicht- bis mittelgradige depressive Störung ohne nennenswerte Interferenzen durch psychiatrische Komorbiditäten lässt sich im Allgemeinen nicht als schwere psychische Krankheit definieren.»*

*BGE 141 V 281

**Liebrenz, M., Schleifer, R., Aeschbach, C., Berthel, T., Klecha, D., Mager, R., ... & Kieser, U. (2016). Das Suchtleiden bzw. die Abhängigkeitserkrankungen - Möglichkeiten der Begutachtung nach BGE 141 V 281. *Schweizerische Zeitschrift für Sozialversicherung und berufliche Vorsorge: SZS*, (1), 12-44.

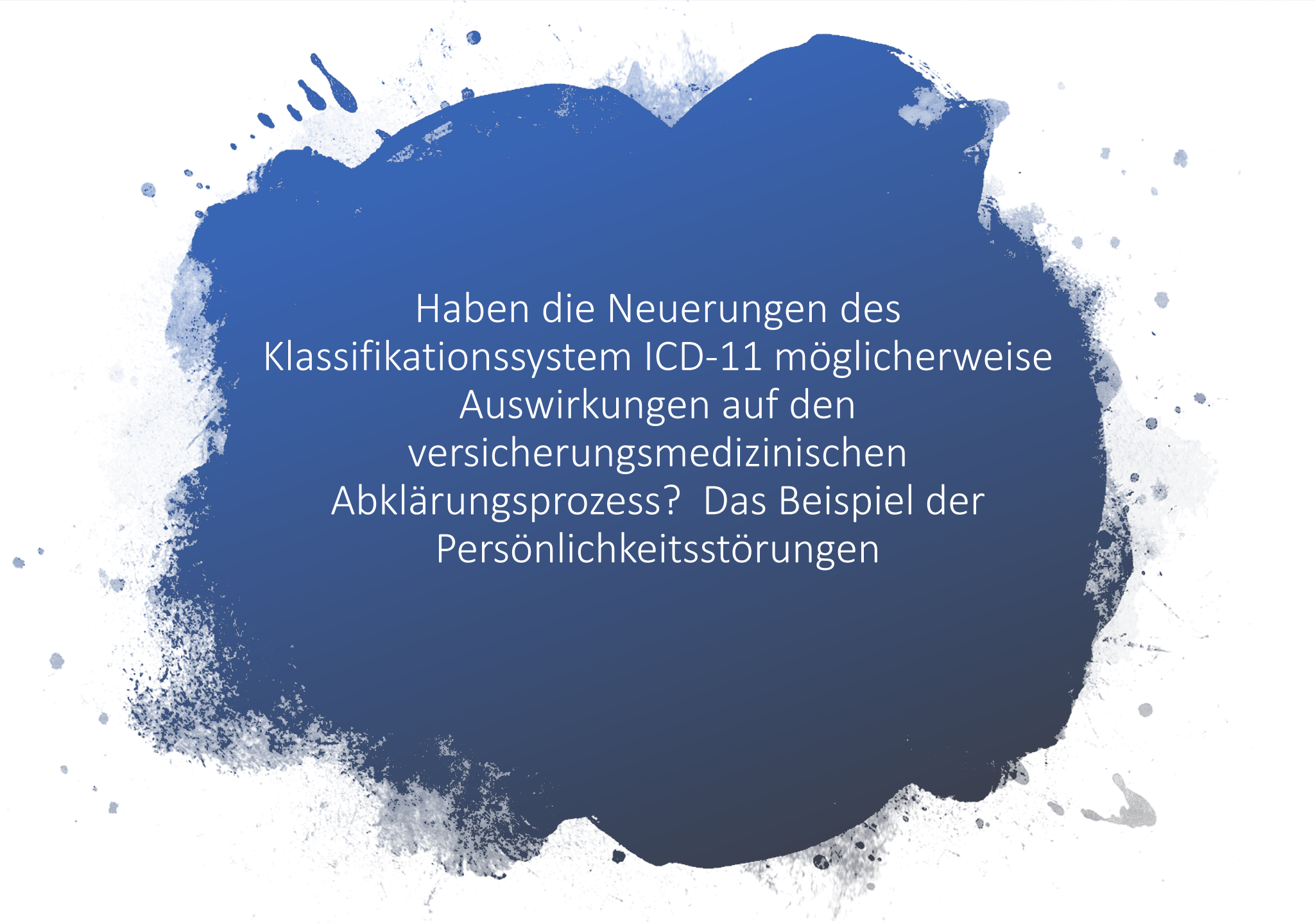


Neuerungen der ICD-11

Allgemeines zur ICD-11 und zum Kapitel psychische Störungen

- Ab 01.01.2022 gemäss WHO anwendbar, Übergangszeit 5 Jahre, Entwurfsfassung der deutschen Übersetzung unter www.bfarm.de
- Neue Gesamtstruktur und Neugliederung des Kapitels zu den psychischen Störungen (Kapitel 06 statt Kapitel F) mit neuen Kodierungen
- analog der ICD-10 weitestgehend kategorialer Ansatz jedoch mit dimensionalen Aspekten
- 18 Sektionen zu spezifischen psychischen Störungen (ICD-10 F0-F9 zusätzlich F99)
- Neustrukturierung der Darstellung einzelner Störungsgruppen mit einer einheitlichen Struktur in der Darstellung
- Revision bei einzelnen Störungen
- nur selten Angabe einer expliziten Anzahl von Kriterien
- «Specifiers/qualifiers» zur Beschreibung des aktuellen klinischen Bildes

Rolf Stieglitz/Gerhard Ebner/Jörg Jeger: Von der ICD-10 zur ICD-11: Konzeptuelle und inhaltliche Neuerungen, Vortrag SIM, Olten 31.10.2019 sowie WS ICD-11 16.09.2022



Haben die Neuerungen des
Klassifikationssystem ICD-11 möglicherweise
Auswirkungen auf den
versicherungsmmedizinischen
Abklärungsprozess? Das Beispiel der
Persönlichkeitsstörungen



Welche Einschränkungen bestehen bei PS im beruflichen Umfeld?

Funktionseinschränkungen bei PS bezogen auf das berufliche Umfeld...

- Coid et al fanden bei einer Prävalenz von 4.4% für jegliche PS in der Allgemeinbevölkerung in GB, unter Arbeitslosen eine Prävalenz von 15.5% und bei „ökonomisch Inaktiven“ von 7.4% Coid et al 2004
- Antisoziale PS (traits) sei bezogen auf die Berufstätigkeit in den letzten 12 Monaten kein Risikofaktor gewesen (OR 0.94), ging aber mit dem zusätzlichen Bezug von Sozialhilfe (OR 1.8) und Sozialversicherungsleistungen (altersabhängig 25 Lj, OR 0.95, 40 Lj, OR 1.26 und 55 Lj, 1.67) einher Goldstein et al 2012
- jede PS führt zumindest schwach zu einer Form der Beeinträchtigung im beruflichen Umfeld, Cluster A und B korrelieren dabei signifikant häufiger mit niedrigem Bildungsniveau, Konflikten am Arbeitsplatz, Zurückstufung auf der Hierarchieebene und Arbeitslosigkeit -- Zwanghafte Persönlichkeitseigenschaften führten hingegen kaum zu Einschränkungen Hengartner et al 2013

Grundsätzliche Kriterien für die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung

Tabelle 1. Kennzeichen der Persönlichkeitsstörungen in der ICD-10 (Klinisch-diagnostische Leitlinien, gekürzt; Dilling et al., 1994).

Eingangskriterien	<ul style="list-style-type: none">• Deutliche Unausgeglichenheit in den Einstellungen und im Verhalten in mehreren Funktionsbereichen wie Affektivität, Antrieb, Impulskontrollen, Wahrnehmen und Denken sowie in den Beziehungen zu anderen.• Verhaltensmuster ist andauernd und nicht auf Episoden psychischer Krankheiten begrenzt.• Abnormes Verhaltensmuster ist tiefgreifend und in vielen persönlichen und sozialen Situationen eindeutig unpassend.• Störung beginnen in der Kindheit oder Jugend und manifestieren sich auf Dauer im Erwachsenenalter.• Störung führt zu deutlichem subjektiven Leiden, manchmal erst im späteren Verlauf.• Störung ist meistens mit deutlichen Einschränkungen der beruflichen und sozialen Leistungsfähigkeit verbunden.
Ausschlusskriterien	Zustandsbilder sind nicht direkt auf Hirnschädigungen oder -krankheiten oder auf eine andere psychiatrische Störung zurückzuführen.
Subtypenkriterien	3 von 7 Kriterien.

Tabelle 2. Persönlichkeitsstörungen: Subtypen in der ICD-10 und im DSM-5.

ICD-10	DSM-5
F60.0 Paranoide PS	Paranoide PS
F60.1 Schizoide PS	Schizoide PS
F60.2 Dissoziale PS	Antisoziale PS
F60.3 Emotional instabile PS	Borderline PS
• F60.30 Impulsiver Typus	
• F60.31 Borderline Typus	
F60.4 Histrionische PS	Histrionische PS
F60.5 Anankastische (zwanghafte) PS	Zwanghafte PS
F60.6 Ängstliche (vermeidende) PS	Vermeidend-selbstunsichere PS
F60.7 Abhängige (asthenische) PS	Dependente PS
	Narzisstische PS
	Schizotypische PS

Prof. Dr. R. Stieglitz (2018)

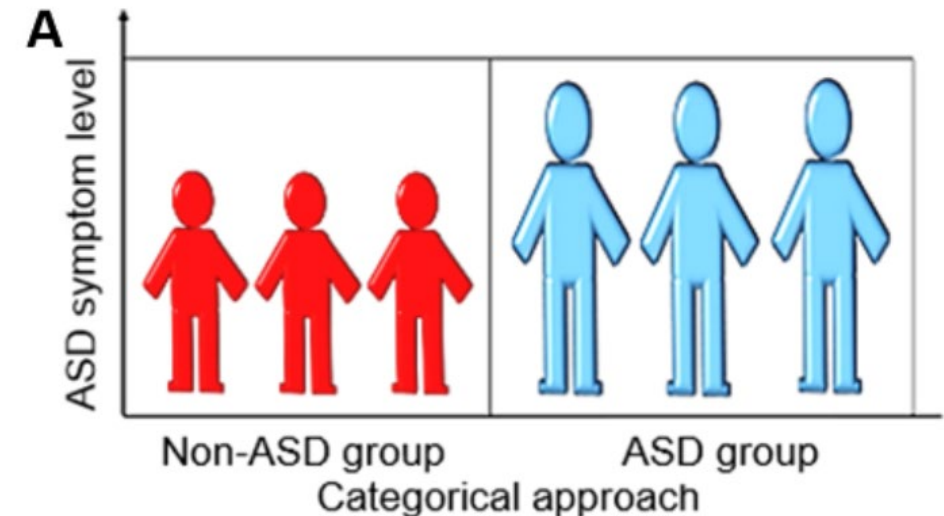
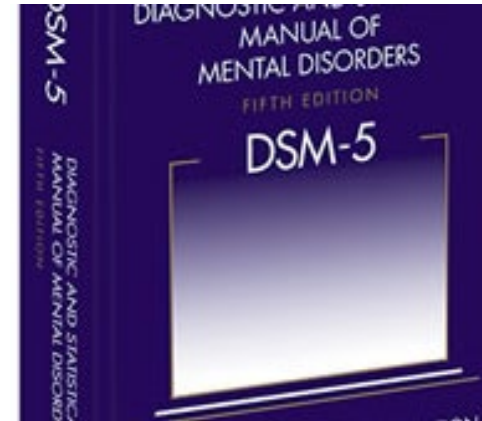
Was antworten „Psycho“- Professoren auf die Frage: *Was ist eine Persönlichkeitsstörung?*

Der Paranoide:	<i>Das ist eine Fangfrage.</i>
Der Schizoide:	<i>Damit will ich nichts zu tun haben.</i>
Der Schizotype:	<i>Die wurden von einem UFO eingeschleppt.</i>
Der Antisoziale:	<i>Was zahlen Sie für die Antwort?</i>
Der Narzisstische:	<i>Haben Sie meine Veröffentlichungen darüber nicht gelesen?</i>
Der Histrionische:	<i>Darüber könnte ich Ihnen einen langen Vortrag halten.</i>
Der Borderliner:	<i>Die DBT sagt, das kann man so oder so sehen.</i>
Der Ängstlich-vermeidende	<i>Ich bin mir nicht ganz sicher, ob ich die 100 % korrekte Definition weiß</i>
Der Dependente:	<i>Also, DSM-IV definiert sie so...</i>
Der Zwanghafte:	<i>DSM-IV interessiert überhaupt nicht, bei uns gilt nur ICD-10</i>
Der Passiv-aggressive:	<i>Das ist eine gute Frage.</i>
Der Depressive:	<i>Was soll man sich mit Definitionen aufhalten, ändern kann man sie sowieso nicht.</i>

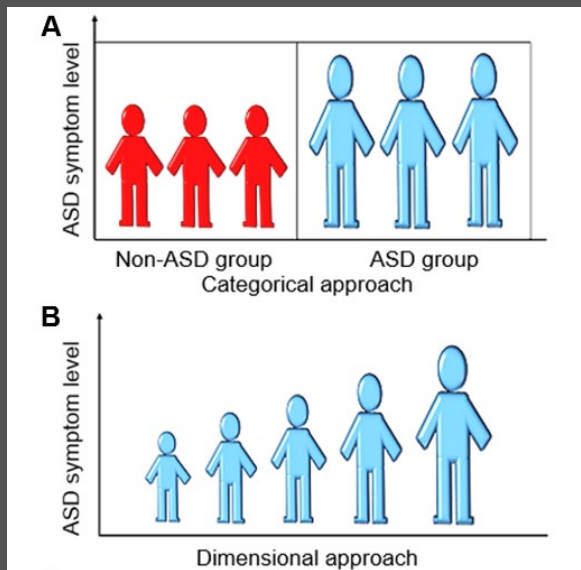
Dr. med. Dipl.-Psych. R. D. Trautmann

Persönlichkeitsstörungen ICD 10 und DSM-5

- Funktionseinschränkung ist Teil des Konzeptes der PS sowohl im ICD als auch im DSM
- „...Verhaltensmuster sind meist stabil und beziehen sich auf vielfältige Bereiche von Verhalten und psychischen Funktionen. Häufig gehen sie mit persönlichem Leiden und gestörter sozialer Funktions- und Leistungsfähigkeit einher...“ ICD-10
- „...The pattern is manifested in two (or more) of the following areas Interpersonal functioning (...) leads to clinically significant distress or impairment in social, occupational, or other important areas of functioning DSM V – Sektion II
- Kategorialer Ansatz / Einschätzung des Schweregrades „ Alternative DSM-5 Model for Personality Disorder und Level of Personality Functioning Scale DSM V – Sektion III Level of Personality Functioning Scale



Paradigmenwechsel: Einführung des Schweregrades beim Wechsel vom ICD-10 zur ICD 11



Stufe

Entwurf für ICD-11

0

keine Persönlichkeitsproblematik

1

Eine Persönlichkeitsproblematik im engeren Sinn liegt vor, wenn die Beeinträchtigungen eher situationsgebunden sind und keine Gefahr für die Person selbst oder für andere darstellen. Es gibt in diesem Fall auch Lebensbereiche, in denen das interpersonale Funktionsniveau angemessen oder gut ist.

2
(Schwellenwert
für eine PS)

Eine Persönlichkeitsstörung liegt vor, wenn die Beeinträchtigungen durchgängig sichtbar sind und weitgehend unabhängig von der Situation bestehen. Sie wirken sich auf die meisten Beziehungen aus und sind mit Leid oder Schwierigkeiten (vereinzelt auch mit Gefahr) für die Person selbst oder für andere verbunden.

3

Eine komplexe Persönlichkeitsstörung liegt vor, wenn sich die Beeinträchtigungen zusätzlich in verschiedenen Persönlichkeitsdomänen zeigen, also mit einer großen Bandbreite an maladaptiven Verhaltensweisen einhergehen. Durch den Mangel an gegenseitigem Verständnis kommt es hier wiederholt zu offenen Konflikten mit anderen und wird eine befriedigende Arbeits- und Freizeitgestaltung verhindert.

4

Eine schwere Persönlichkeitsstörung zeichnet sich zusätzlich dadurch aus, dass die Beeinträchtigungen die Person selbst oder andere in ernstzunehmende Gefahr bringen und insofern akuter Handlungsbedarf besteht.

ICD-11 Domäne	Merkmale
ungesellig-schizoide Domäne	soziales Desinteresse, Distanziertheit, eingeschränktes Gefühlserleben, Misstrauen, mangelnde Empathie
dissoziale Domäne	mangelnde Rücksicht auf die Bedürfnisse anderer, Aggression, Verantwortungslosigkeit, Kälte, Unehrlichkeit, Ichbezogenheit
ängstlich-abhängige Domäne	Ängstlichkeit, Mangel an Selbstvertrauen, Schüchternheit, Abhängigkeit von anderen, Widerwillen gegen das Treffen eigener Entscheidungen
emotional-instabile Domäne	Stimmungsschwankungen, widersprüchlicher negativer Affekt, Impulsivität, Neigung zu Selbsthass und Selbstverletzung, Feindseligkeit ggü. anderen
zwanghaft-anankastisch Domäne	übertrieben gewissenhaftes Verhalten, exzessive Ordnungsliebe, Perfektionismus, Inflexibilität, Vorsicht

Domänen des ICD 11

QE50.7 Persönlichkeitsproblematik

Foundation URL: <http://id.who.int/icd/entity/853711607>

Code: QE50.7

Beschreibung

Eine Persönlichkeitsproblematik bezieht sich auf ausgeprägte Persönlichkeitsmerkmale, die sich auf die Behandlung oder die Gesundheitsversorgung auswirken können, aber nicht den Schweregrad erreichen, der eine Diagnose einer Persönlichkeitsstörung rechtfertigt. Eine Persönlichkeitsstörung ist gekennzeichnet durch lang anhaltende Schwierigkeiten (z. B. mindestens zwei Jahre) in der Art und Weise, wie der Betroffene sich selbst, andere und die Welt erlebt und darüber denkt. Im Gegensatz zu Persönlichkeitsstörungen manifestieren sich diese Schwierigkeiten im kognitiven und emotionalen Erleben und Ausdruck nur sporadisch (z. B. in Zeiten von Stress) oder in geringer Intensität. Die Schwierigkeiten sind mit einigen Funktionsstörungen verbunden, die jedoch nicht so schwerwiegend sind, dass sie nennenswerte Störungen in sozialen, beruflichen und zwischenmenschlichen Beziehungen verursachen und auf bestimmte Beziehungen oder Situationen beschränkt sein können.

Exklusiva

Persönlichkeitsstörung (6D10)

6D10 Persönlichkeitsstörung

Foundation URI: <http://id.who.int/icd/entity/941859884>

Code: 6D10

Beschreibung

Eine Persönlichkeitsstörung ist gekennzeichnet durch Probleme in der Funktionsweise von Aspekten des Selbst (z. B. Identität, Selbstwert, Genauigkeit der Selbsteinschätzung, Selbststeuerung) und/oder zwischenmenschliche Störungen (z. B. die Fähigkeit, enge und für beide Seiten befriedigende Beziehungen aufzubauen und aufrechtzuerhalten, die Fähigkeit, die Sichtweise anderer zu verstehen und mit Konflikten in Beziehungen umzugehen), die über einen längeren Zeitraum (z. B. zwei Jahre oder länger) bestehen. Die Störung äußert sich in maladaptiven (z. B. unflexiblen oder schlecht regulierten) Mustern der Kognition, des emotionalen Erlebens, des emotionalen Ausdrucks und des Verhaltens und zeigt sich in einer Reihe von persönlichen und sozialen Situationen (d. h. sie ist nicht auf bestimmte Beziehungen oder soziale Rollen beschränkt). Die Verhaltensmuster, die die Störung charakterisieren, sind entwicklungsmäßig nicht angemessen und können nicht in erster Linie durch soziale oder kulturelle Faktoren, einschließlich sozialpolitischer Konflikte, erklärt werden. Die Störung ist mit erheblichem Stress oder einer signifikanten Beeinträchtigung in persönlichen, familiären, sozialen, schulischen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen verbunden.

Weitere beachtenswerte Veränderungen

- Weitestgehende Entsprechung der allgemeinen Kriterien für Persönlichkeitsstörungen der ICD-10
- Alterskriterium entfällt: Beginn im späten Kindesalter bzw. während der Adoleszenz keine Voraussetzung
- Nachweis der Abweichung «stabil» und von «langer Dauer» entfällt vgl. ICD-10
- Symptome müssen (lediglich) mindestens 2 Jahre vorhanden sein
- Explizite Erwähnung findet das Verhaltensmuster nicht durch «sozialpolitische Konflikte» erklärt werden können
- Hauser et al. argumentieren, dass die schwere und mittlere Ausprägung gemäss ICD-11 dem kategorialen cut-off der ICD-10 entsprechen

6D10.0 Leichtgradige Persönlichkeitsstörung

Foundation URI: <http://id.who.int/icd/entity/263226710>

Code: 6D10.0

Beschreibung

Alle allgemeinen diagnostischen Voraussetzungen für eine Persönlichkeitsstörung sind erfüllt. Die Störungen betreffen einige Bereiche des Funktionierens der Persönlichkeit, aber nicht andere (z. B. Probleme mit der Selbststeuerung bei fehlenden Problemen mit der Stabilität und Kohärenz der Identität oder des Selbstwerts), und sind möglicherweise in einigen Kontexten nicht offensichtlich. Es gibt Probleme in vielen zwischenmenschlichen Beziehungen und/oder bei der Erfüllung erwarteter beruflicher und sozialer Rollen, aber einige Beziehungen werden aufrechterhalten und/oder einige Rollen ausgeübt. Die spezifischen Manifestationen der Persönlichkeitsstörung sind im Allgemeinen von geringem Schweregrad. Eine leichte Persönlichkeitsstörung geht in der Regel nicht mit einer erheblichen Selbst- oder Fremdgefährdung einher, kann aber mit erheblichem Leidensdruck oder Beeinträchtigungen in persönlichen, familiären, sozialen, schulischen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen einhergehen, die entweder auf bestimmte Bereiche beschränkt sind (z. B. romantische Beziehungen, Berufstätigkeit) oder in mehreren Bereichen auftreten, aber weniger ausgeprägt sind.

6D10.1 Mittelgradige Persönlichkeitsstörung

Foundation URI: <http://id.who.int/icd/entity/758339377>

Code: 6D10.1

Beschreibung

Alle allgemeinen diagnostischen Voraussetzungen für eine Persönlichkeitsstörung sind erfüllt. Die Störungen betreffen mehrere Bereiche der Persönlichkeitsfunktion (z. B. Identität oder Selbstwertgefühl, Fähigkeit, intime Beziehungen einzugehen, Fähigkeit zur Impulskontrolle und Verhaltensmodulation). Einige Bereiche der Persönlichkeitsfunktion können jedoch relativ wenig beeinträchtigt sein. In den meisten zwischenmenschlichen Beziehungen treten deutliche Probleme auf, und die Erfüllung der meisten erwarteten sozialen und beruflichen Rollen ist bis zu einem gewissen Grad beeinträchtigt. Die Beziehungen sind wahrscheinlich von Konflikten, Vermeidung, Rückzug oder extremer Abhängigkeit geprägt (z. B. werden nur wenige Freundschaften aufrechterhalten, anhaltende Konflikte in Arbeitsbeziehungen und daraus resultierende berufliche Probleme, romantische Beziehungen sind durch ernsthafte Störungen oder unangemessene Unterwürfigkeit gekennzeichnet). Die spezifischen Erscheinungsformen der Persönlichkeitsstörung sind im Allgemeinen von mittlerem Schweregrad. Eine mittelschwere Persönlichkeitsstörung geht manchmal mit einer Selbst- oder Fremdgefährdung einher und ist mit einer deutlichen Beeinträchtigung in persönlichen, familiären, sozialen, schulischen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen verbunden, auch wenn die Funktionsfähigkeit in umschriebenen Bereichen erhalten bleiben kann.

6D10.2 Schwergradige Persönlichkeitsstörung

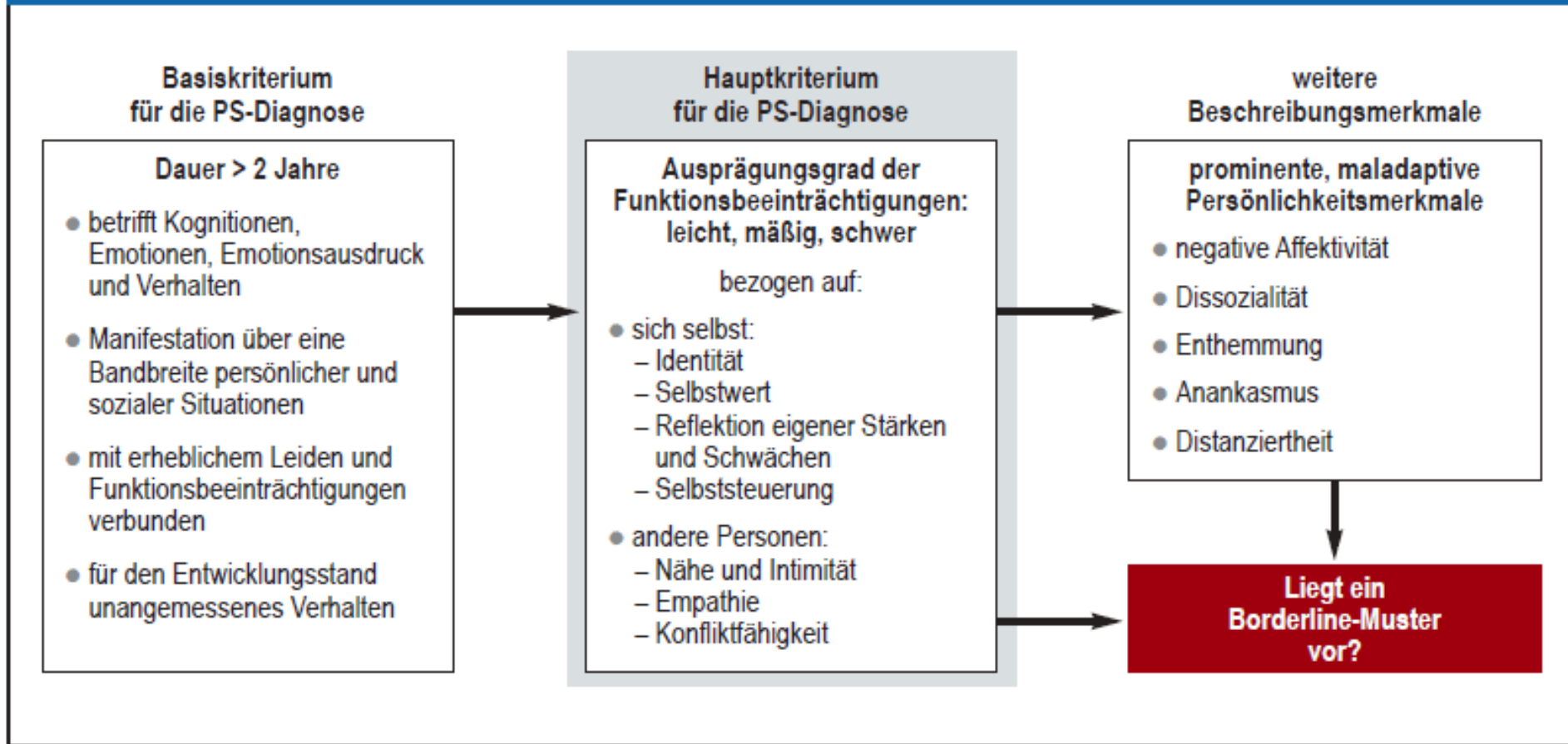
Foundation URI: <http://id.who.int/icd/entity/40156192>

Code: 6D10.2

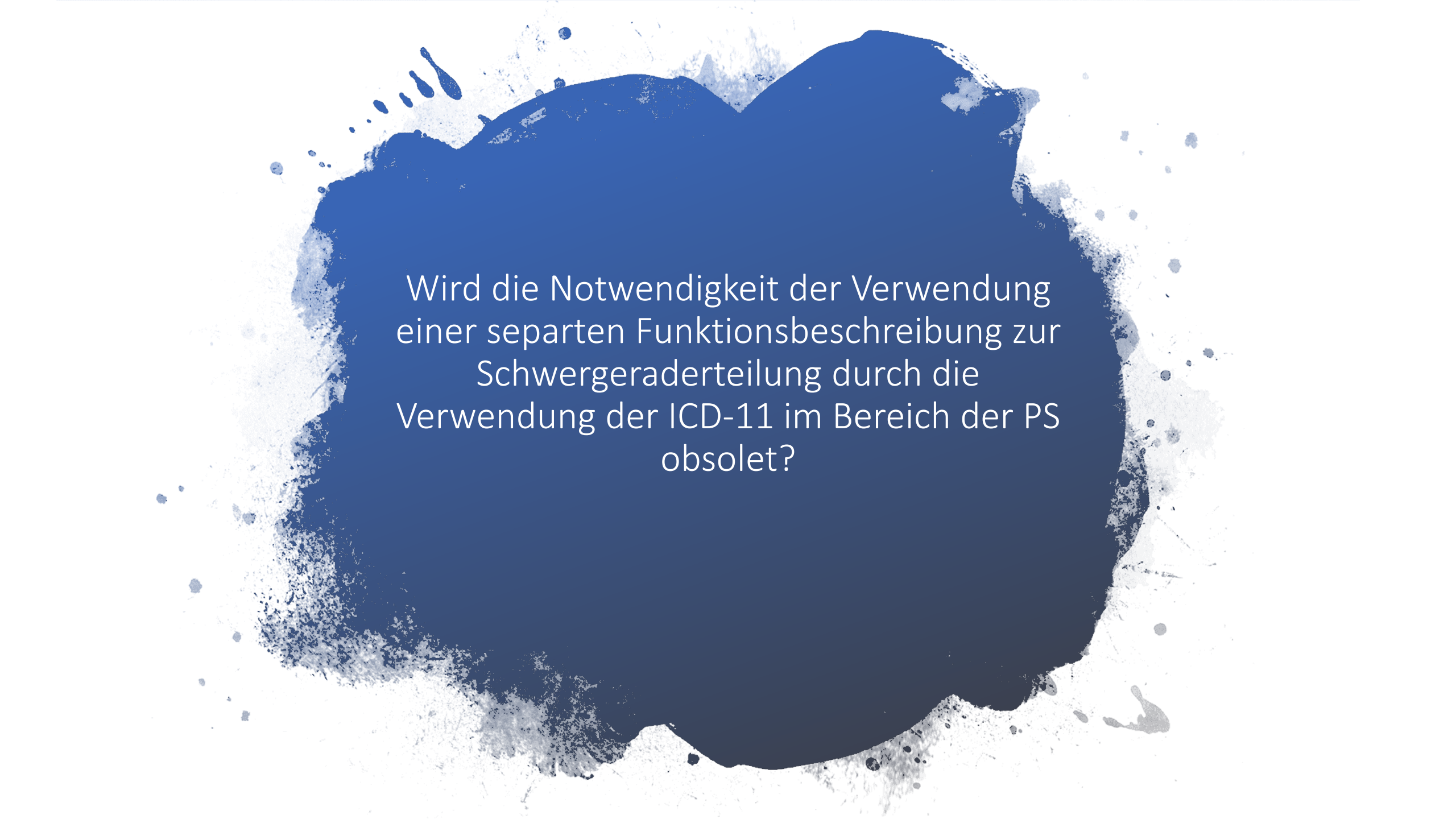
Beschreibung

Alle allgemeinen diagnostischen Voraussetzungen für eine Persönlichkeitsstörung sind erfüllt. Es bestehen schwerwiegende Störungen der Selbstwahrnehmung (z. B. kann das Selbstgefühl so instabil sein, dass die Betroffenen angeben, kein Gefühl dafür zu haben, wer sie sind, oder so starr, dass sie sich weigern, an irgendeiner Situation teilzunehmen, es sei denn, es handelt sich um ein extrem enges Spektrum von Situationen; die Selbstwahrnehmung kann durch Selbstverachtung gekennzeichnet sein oder grandios oder höchst exzentrisch sein). Probleme im zwischenmenschlichen Bereich beeinträchtigen praktisch alle Beziehungen ernsthaft, und die Fähigkeit und Bereitschaft, die erwarteten sozialen und beruflichen Aufgaben zu erfüllen, ist nicht vorhanden oder stark beeinträchtigt. Die spezifischen Erscheinungsformen der Persönlichkeitsstörung sind schwerwiegend und betreffen die meisten, wenn nicht alle Bereiche der Persönlichkeitsfunktion. Eine schwere Persönlichkeitsstörung geht häufig mit einer Selbst- oder Fremdgefährdung einher und ist mit schweren Beeinträchtigungen in allen oder fast allen Lebensbereichen verbunden, einschließlich persönlicher, familiärer, sozialer, schulischer, beruflicher und anderer wichtiger Funktionsbereiche.

GRAFIK 1



Diagnostisches Vorgehen nach ICD-11
PS, Persönlichkeitsstörung



Wird die Notwendigkeit der Verwendung
einer separaten Funktionsbeschreibung zur
Schwergeraderteilung durch die
Verwendung der ICD-11 im Bereich der PS
obsolet?



Unabhängig von der klassifikatorischen Einordnung einer Krankheit resultiert aus einer Diagnose - mit oder ohne diagnoseinhärentem Bezug zum Schweregrad - allein keine verlässliche Aussage über das Ausmass der mit dem Gesundheitsschaden korrelierenden funktionellen Leistungseinbusse bei psychischen Störungen. Wie stark die versicherte Person in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen beeinträchtigt ist, ergibt sich aus dem funktionellen Schweregrad einer Störung. Dieser bzw. die betreffende Kategorie ("funktioneller Schweregrad") überschneidet sich dabei teilweise mit den fachärztlichen Angaben zur Diagnosestellung. Auch bei als schwer bezeichneten psychischen Leiden lässt sich daher nicht automatisch auf eine ausgeprägte funktionelle Einschränkung schliessen. Hingegen kann - und daran ist hier nochmals zu erinnern - grundsätzlich nur eine schwere psychische Störung invalidisierend im Rechtssinn sein (BGE 143 V 418 E. 5.2.2; BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2).

Beispiel Sozialrecht: IV Rentengesuch

32 jähriger Mann mit Migrationshintergrund, Kleinklassenbesuch, Lehre als Koch abgebrochen, Spannungen mit diversen Arbeitgebern in Gastrobranche, meist nur unterjährig dauernde Anstellungen, Probleme mit Autoritäten, wechselnde Partnerschaften mit verschiedenen Frauen «laufen weg», Beziehung zum Bruder und zur Mutter jedoch recht stabil. Aktuell arbeitslos, wohnt allein, «früher ab und an» in Schlägereien verwickelt nur «wenn er angemacht werde», aktuell laufendes Ermittlungsverfahren wegen Verstoss gegen BtMG (Handel)
Diagnose ICD-11, **Mittelgradige Persönlichkeitsstörung**, dissoziale Persönlichkeitsmerkmale- oder Muster, Code 6D11.2

(Ausmass der mit dem Gesundheitsschaden korrelierenden funktionellen Leistungseinbusse durch Antragsteller nicht beschrieben)

Ablehnung, denn

Grundsätzlich kann **nur eine schwere psychische Störung invalidisierend im Rechtssinn** sein (BGE 143 V 418 E. 5.2.2; BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2)



Beispiel Strafrecht: Massnahme nach Art. 63 StGB

32 jähriger Mann mit Migrationshintergrund, Kleinklassenbesuch, Lehre als Koch abgebrochen, Spannungen mit diversen Arbeitgebern in Gastrobranche, meist nur unterjährig dauernde Anstellungen, Probleme mit Autoritäten, wechselnde Partnerschaften mit verschiedenen Frauen «laufen weg», Beziehung zum Bruder und zur Mutter jedoch recht stabil. Aktuell arbeitslos, wohnt allein, «früher ab und an» in Schlägereien verwickelt nur «wenn er angemacht werde», aktuell laufendes Ermittlungsverfahren wegen Verstoss gegen BtMG (Handel)
Diagnose ICD-11, **Mittelgradige Persönlichkeitsstörung**, dissoziale Persönlichkeitsmerkmale- oder Muster, Code 6D11.2



Anordnungsvoraussetzung: **Schwere psychische Störung** die im Zusammenhang mit Straftat steht, die schwere Störung fortbestehend ist, eine erhöhte Rückfallgefahr besteht und diese durch eine Therapie reduziert werden kann.

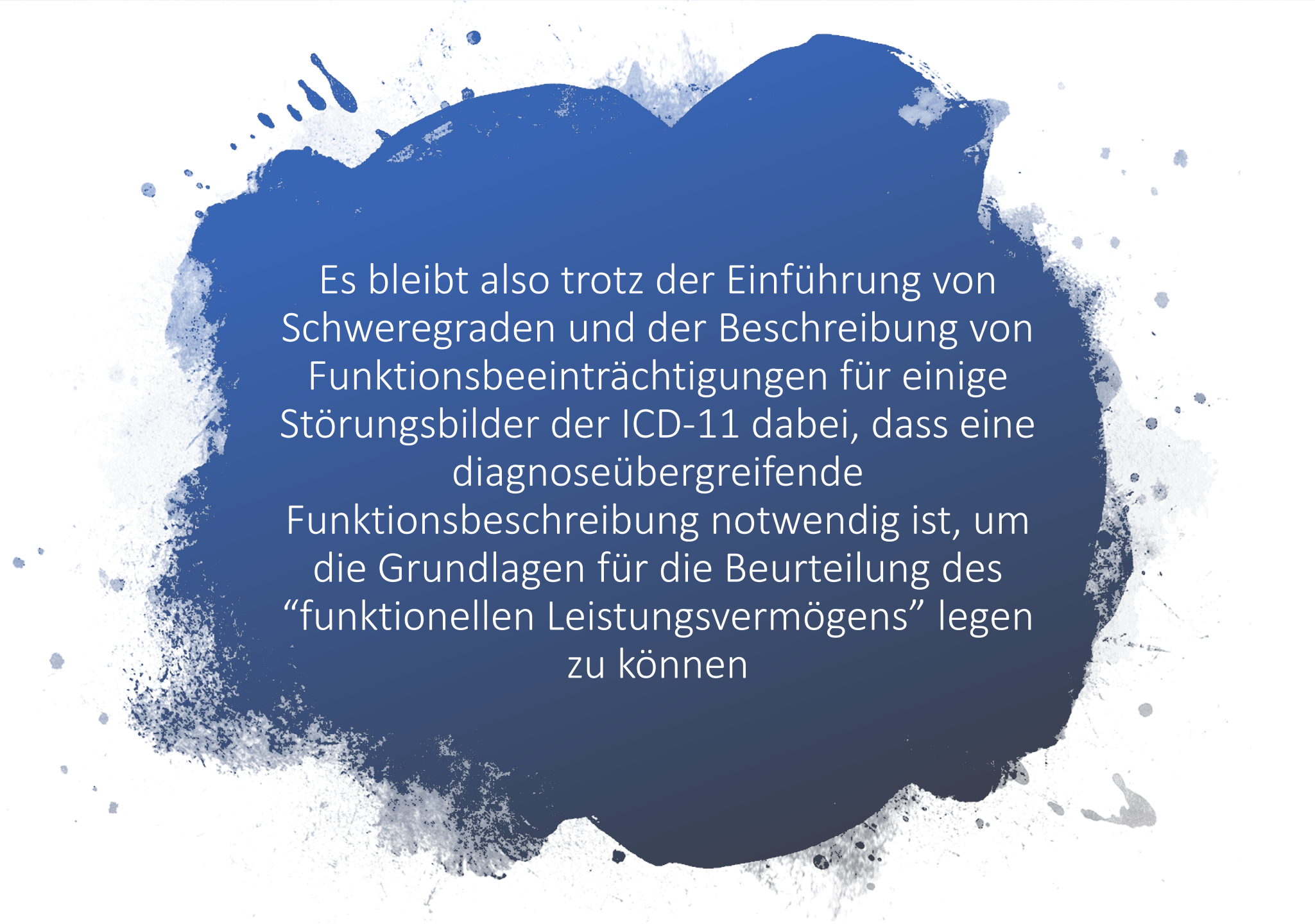
Bejahung einer schweren psychischen Störung und Verurteilung zu einer Massnahme nach Art.63 StGB (Höchstdauer 5 Jahre, verlängerbar), denn:

Schwere psychische Störung = Rechtsfrage, vgl. BGer 6B_28/2017 vom 23.01.2018, E. 3.4 (dort zweitletzter Abschnitt): „**Die Beurteilung, ob eine vom psychiatrischen Sachverständigen diagnostizierte psychische Störung als schwer im Sinne von Art. 59 Abs. 1 und Art. 63 Abs. 1 StGB zu qualifizieren ist, obliegt daher dem Gericht.**“

«Schwere
psychische Störung»
im medizinischen
Sinne ≠ «Schwere
psychische Störung
im juristischen
Sinne»

Medizinischer und **juristischer** Krankheitsbegriff sind nicht gleichzusetzen:

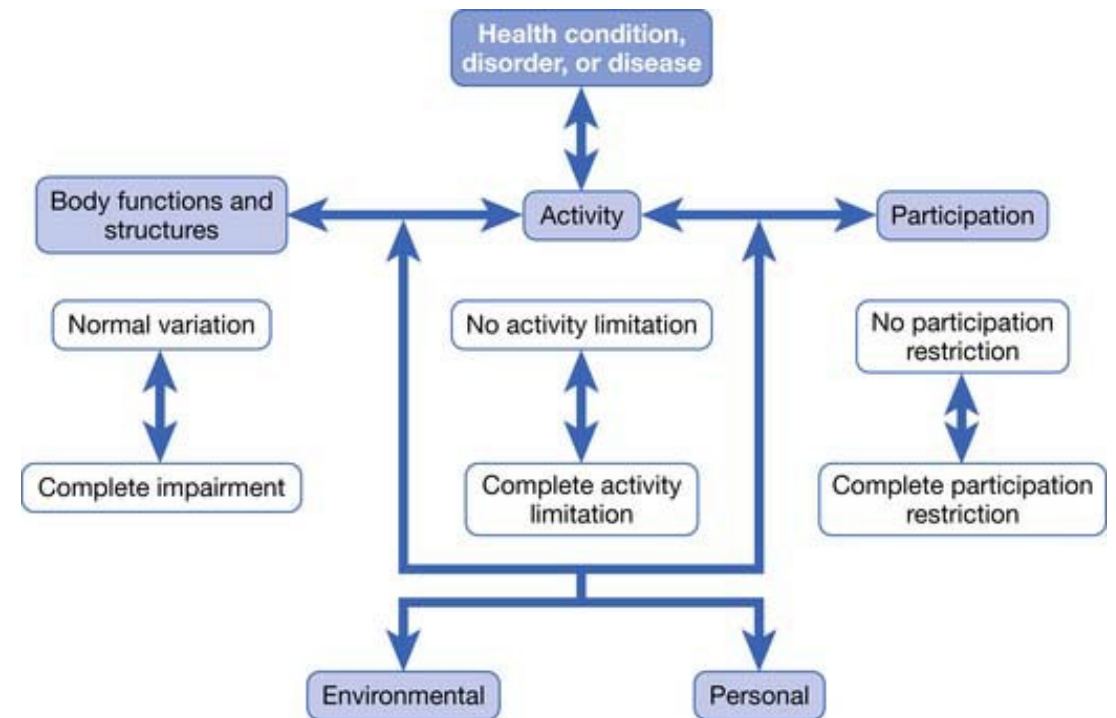
- Medizinischer Krankheitsbegriff: hebt auf natürliche Krankheitseinheiten ab, die durch Ursache, Symptomatik, Verlauf und Therapierbarkeit definiert sind (beinhaltet subjektive Komponente).
 - in der Psychiatrie wird von Störungen gesprochen, deren Symptomkonstellationen in operationalisierten Klassifikationssystemen (ICD-10, ICD-11, DSM-V) beschrieben werden.
 - nur bei wenigen Diagnosen (Depression) Schweregrade angegeben (ICD-10), Persönlichkeitsstörung (ICD-11)
- **Juristischer Krankheitsbegriff: Ausprägung einer Störung und Ausmass der Funktionseinschränkungen stehen im Vordergrund, Frage nach dem Schweregrad, eine normativ gesetzte Schwelle, die als Eingangsmerkmal nicht verbindlich definiert ist**



Es bleibt also trotz der Einführung von Schweregraden und der Beschreibung von Funktionsbeeinträchtigungen für einige Störungsbilder der ICD-11 dabei, dass eine diagnoseübergreifende Funktionsbeschreibung notwendig ist, um die Grundlagen für die Beurteilung des “funktionellen Leistungsvermögens” legen zu können

Schweregrad als Ausmass der Einschränkungen der Funktionen, Aktivitäten und Teilhabe

- Die ICF dient fach- und länderübergreifend als einheitliche und standardisierte Sprache zur Beschreibung des funktionalen Gesundheitszustandes, der Behinderung, der sozialen Beeinträchtigung und der relevanten Umgebungsfaktoren eines Menschen.
- Mit der ICF können die bio-psycho-sozialen Aspekte von Krankheitsfolgen unter Berücksichtigung der Kontextfaktoren systematisch erfasst werden.





WHODAS

WORLD HEALTH ORGANIZATION
DISABILITY ASSESSMENT SCHEDULE

36-Item Version, Selbst

In diesem Fragebogen geht es um Schwierigkeiten, die entstehen können. Gesundheitsprobleme, die lang oder kurzfristige emotionale Probleme sowie Drogen- oder Alkoholkonsum verursachen können.

Denken Sie an die letzten 30 Tage zurück und denken Sie auf die Schwierigkeiten Sie bei den folgenden Fragen D5.5–D5.8; D6.1–D6.8. Kreisen Sie bei jeder Frage bitte nur eine Antwort an.

Wie viele Schwierigkeiten hatten Sie in den letzten 30 Tagen?

Verständnis und Kommunikation

D1.1	Sich für <u>10 Minuten</u> auf etwas zu konzentrieren?
D1.2	Sich daran zu erinnern wichtige Dinge tun/ erledigen?
D1.3	Sich mit <u>Alltagsproblemen</u> auseinandersetzen und sie zu bewältigen?
D1.4	<u>Neue Aufgaben zu lernen</u> (z.B. erlernen an einem neuen Ort zu gelangen, das Sie nicht kannten)?
D1.5	Beim <u>allgemeinen Verstehen</u> dessen, was andere Personen sagen?
D1.6	Ein Gespräch zu <u>beginnen</u> und aufrechtzuerhalten?

Mobilität

D2.1	Eine <u>längere Zeit</u> (ca. 30 Minuten) zu stehen?
D2.2	Nach dem Sitzen <u>aufzustehen</u> ?
D2.3	Sich in Ihrem <u>Zuhause fortzubewegen</u> ?
D2.4	Ihr <u>Zuhause zu verlassen</u> ?
D2.5	Eine <u>längere Strecke</u> (ca. einen Kilometer) zu <u>Fuss zu gehen</u> ?

Bitte auf der nächsten Seite fortfahren ...



WHODAS

WORLD HEALTH ORGANIZATION
DISABILITY ASSESSMENT SCHEDULE 2.0

Wie viele Schwierigkeiten hatten Sie in den letzten 30 Tagen?

Selbstversorgung

D3.1	Ihren gesamten <u>Körper zu waschen</u> ?
D3.2	Sich <u>anzuziehen</u> ?
D3.3	Beim <u>Essen</u> ?
D3.4	<u>Einige Tage alleine zu sein</u> ?

Umgang mit anderen Menschen

D4.1	Im Umgang mit Personen, die Sie nicht kennen?
D4.2	Eine <u>Freundschaft aufrechtzuerhalten</u> ?
D4.3	Mit <u>Personen zurecht zu kommen, die Ihnen nahe stehen</u> ?
D4.4	<u>Neue Freundschaften zu schliessen</u> ?
D4.5	<u>Bei sexuellen Aktivitäten</u> ?

Tätigkeiten des alltäglichen Lebens

D5.1	Ihren <u>Haushaltspflichten nachzukommen</u> ?
D5.2	Ihre wichtigsten Aufgaben im Haushalt <u>gut zu erledigen</u> ?
D5.3	Die <u>gesamte</u> erforderliche <u>Hausarbeit</u> , die Sie machen mussten, <u>zu erledigen</u> ?
D5.4	Ihre <u>Hausarbeit so schnell wie erforderlich</u> zu erledigen?

Bitte auf der nächsten Seite fortfahren ...



WHODAS 2.0

WORLD HEALTH ORGANIZATION
DISABILITY ASSESSMENT SCHEDULE 2.0

36

SB

Wenn Sie arbeiten (bezahlte, unentgeltliche) oder studieren, beantworten Sie die folgenden Fragen D5.5–D5.8;

Wie viele Schwierigkeiten hatten Sie in den letzten 30 Tagen?

D5.5	Bei der <u>Bewältigung Ihrer Arbeit/Schulalltags</u> ?
D5.6	Ihre wichtigsten Aufgaben/Schulalltag <u>gut zu erledigen</u> ?
D5.7	Die <u>gesamte Arbeit</u> zu erledigen müssen?
D5.8	Ihre Arbeit so <u>schnell</u> zu erledigen?

Teilnahme am gesellschaftlichen Leben

In den letzten 30 Tagen:

D6.1	Wie viele Schwierigkeiten hatten Sie an <u>gesellschaftlichen Aktivitäten</u> (Festlichkeiten, religiöse Aktivitäten) in der gleichen Weise teilzunehmen, wie jeder andere?
D6.2	Wie viele Schwierigkeiten hatten Sie, aufgrund von <u>Barrieren oder Hindernissen</u> in Ihrer Umwelt?
D6.3	Wie viele Schwierigkeiten hatten Sie, aufgrund der Einstellungen und Verhaltensweisen Ihrer Mitmenschen <u>in Würde zu leben</u> ?
D6.4	Welchen <u>zeitlichen Aufwand</u> hatten Sie aufgrund Ihrer Gesundheitsprobleme und dessen Auswirkungen?
D6.5	Wie sehr wurden Sie durch Ihren gesundheitlichen Zustand <u>emotional belastet</u> ?
D6.6	In welchem Maße war Ihr gesundheitlicher Zustand ein <u>finanzieller Aufwand</u> für Sie oder Ihre Familie?
D6.7	In welchem Maße waren Ihre Gesundheitsprobleme eine Belastung für Ihre <u>Familie</u> ?
D6.8	Wie schwierig war es für Sie, <u>Dinge zur Erholung und zum Vergnügen eigenständig zu tun</u> ?



WHODAS 2.0

WORLD HEALTH ORGANIZATION
DISABILITY ASSESSMENT SCHEDULE 2.0

36

SB

H1	An wie vielen Tagen traten diese Schwierigkeiten während der letzten 30 Tage auf?	Anzahl der Tage _____
H2	An wie vielen Tagen in den letzten 30 Tagen waren Sie aufgrund Ihrer Gesundheitsprobleme <u>absolut unfähig</u> , alltägliche Aktivitäten oder Ihre Arbeit zu verrichten?	Anzahl der Tage _____
H3	An wie vielen Tagen in den letzten 30 Tagen mussten Sie aufgrund Ihrer Gesundheitsprobleme alltägliche Aktivitäten oder Ihre Arbeit <u>reduzieren</u> ?	Anzahl der Tage _____

Der Fragebogen ist hiermit beendet. Vielen Dank.

- ▼ V Supplementary section for functioning assessment
- ▼ WHODAS 2.0 36-item version
 - ▶ Cognition [WHODAS]
 - ▶ Mobility [WHODAS]
 - ▶ Self-care [WHODAS]
 - ▶ Getting along [WHODAS]
 - ▶ Life activities [WHODAS]
 - ▶ Participation and impact of health problems [WHODAS]

Mini-ICF-APP

- 1 Anpassung an Regeln und Routinen
- 2 Planung und Strukturierung von Aufgaben
- 3 Flexibilität und Umstellungsfähigkeit
- 4 Anwendung fachlicher Kompetenzen
- 5 Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit
- 6 Durchhaltefähigkeit
- 7 Selbstbehauptungsfähigkeit
- 8 Kontaktfähigkeit zu Dritten
- 9 Gruppenfähigkeit
- 10 Fähigkeit zu familiären bzw. intimen Beziehungen
- 11 Spontan-Aktivitäten
- 12 Fähigkeit zur Selbstpflege
- 13 Verkehrsfähigkeit

0: **Keine Beeinträchtigung:** Der Proband entspricht den Normerwartungen bzgl. seiner Referenzgruppe.

1: **Leichte Beeinträchtigung:** Es bestehen einige leichtere Schwierigkeiten oder Probleme, die beschriebenen Fähigkeiten/Aktivitäten auszuüben. Es resultieren daraus keine wesentlichen negativen Konsequenzen.

2: **Mittelgradige Beeinträchtigung:** Im Vergleich zur Referenzgruppe bestehen deutliche Probleme, die beschriebenen Fähigkeiten/Aktivitäten auszuüben. Dies hat negative Konsequenzen für den Probanden oder andere.

3: **Schwere Beeinträchtigung:** Der Proband ist wesentlich eingeschränkt in der Ausübung der beschriebenen Fähigkeiten/Aktivitäten. Er kann Rollenerwartungen in wesentlichen Teilen nicht mehr gerecht werden. Er benötigt teilweise Unterstützung von Dritten.

4: **Vollständige Beeinträchtigung:** Der Proband ist nicht in der Lage die beschriebenen Fähigkeiten/Aktivitäten auszuüben. Der Proband muss entpflichtet werden und die Aktivitäten durch Dritte übernommen werden.

Funktionsfähigkeit in verschiedenen Lebensbereichen



- Beziehungsverhalten (formelle, informelle und familiäre Beziehungen)
- Haushaltsführung, inkl. Selbstpflege
- Freizeit
- Arbeit

Die gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen zielt auf die Frage ab, ob die diskutierte Einschränkung in Beruf und Erwerb einerseits und in den sonstigen Lebensbereichen (z.B. Freizeitgestaltung) andererseits gleich ausgeprägt ist (BGE 141 V 281 E. 4.4.1 S. 303).

Der Arzt als «Hilfsperson» des Juristen, der Zeuge und sachverständiger Zeuge, der Sachverständige

Ein Arzt sachverständiger Zeuge, wenn er über einen bestimmten, von ihm selbst ohne einen Zusammenhang mit einem gerichtlichen Gutachtenauftrag festgestellten Krankheitszustand (Befund) eines von ihm ärztlich untersuchten Patienten aussagen soll. Der Arzt ist hingegen Sachverständiger, wenn er die Auswirkungen der Krankheit aufgrund seiner besonderen ärztlichen Sachkunde zu beurteilen hat.

Danach haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsrichter die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen (GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2. Aufl., S. 278).

Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt

Die klagende Arbeitnehmerin war als Bäckereiverkäuferin in einer Filiale bei dem beklagten Arbeitgeber angestellt. In der Filiale gab es unter den Mitarbeitern seit längerer Zeit Spannungen, die auch Gegenstand eines Gesprächs zwischen dem Geschäftsführer, der Filialleiterin und der Klägerin wurden.

In der Bäckereifiliale war ein Schichtbetrieb eingerichtet. Die Arbeitnehmerin bat die Filialleiterin anhand einer WhatsApp-Nachricht, sie für eine bestimmte Woche in der Frühschicht einzuteilen. Dieser Bitte kam die Filialleiterin nicht nach und wies ihr für die besagte Woche die Spätschicht bis 17.30 Uhr zu.

Daraufhin versendete die Arbeitnehmerin eine WhatsApp-Nachricht an die Filialleiterin mit folgendem Inhalt: „Die Woche mache ich definitiv keine Spätschicht, dann bin ich krankgeschrieben. Ich habe dich um die Frühschicht gebeten“.

Die Arbeitnehmerin versuchte sodann, die Filialleiterin in einem Telefongespräch zu einer Änderung des Dienstplanes zu überzeugen. Als die Filialleiterin auch diesem Wunsch nicht nachkam, kündigte die Arbeitnehmerin erneut eine Krankschreibung in der besagten Woche an.

In der Folgezeit reichte die Arbeitnehmerin eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung für einige Tage der betreffenden Woche bei dem Arbeitgeber ein. Der Arbeitgeber kündigte daraufhin das Arbeitsverhältnis außerordentlich unter Bezugnahme auf die angedrohte Krankschreibung.

Fazit

- Neuordnung legen Schwerpunkt auf Verbesserung der Qualität und Transparenz u.a.
 - Im Bereich Qualifikation der Gutachter (cave: Nachwuchs)
 - Durch Veröffentlichung der Namen der Sachverständigen, der Anzahl der getätigten GA, Vergütungen und attestierten AUF
 - Durch Ausweitung des Zufallsprinzips
 - Durch Tonaufnahmen – (mit offenen Fragen und leider kein „Allheilmittel“)
 - Durch die Schaffung einer Kommission für Qualitätssicherung in der medizinischen Begutachtung – (mit weitreichenden Aufgaben, deren Aufbau und Bewältigung Zeit brauchen wird)



Fazit

- Die ICD-11 führt an gewissen Stellen einen Wechsel vom kategorialen zum dimensionalen Ansatz mit Schweregradbeurteilungen ein
- aus juristischer Sicht resultiert aber aus einer Diagnose - mit oder ohne diagnoseinhärentem Bezug zum Schweregrad - allein keine verlässliche Aussage über das Ausmass der mit dem Gesundheitsschaden korrelierenden funktionellen Leistungseinbusse bei psychischen Störungen
- eine diagnoseübergreifende Funktionsbeschreibung unter Bezugnahme auf das ICF und in Kenntnis der Indikatoren ist notwendig um die Grundlagen für die Beurteilung des "funktionellen Leistungsvermögens" im Rechtssinne legen zu können



Vielen Dank

für Ihre Aufmerksamkeit

Forensisch Psychiatrischer Dienst der Universität Bern

Michael.Liebrenz@unibe.ch

