

Versicherungsmedizinische Begutachtung der Posttraumatischen Belastungsstörung

Christoph Mueller-Pfeiffer

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, UniversitätsSpital Zürich, Schweiz; Department of Psychiatry, Massachusetts General Hospital, Boston, USA

Summary

Assessment of posttraumatic stress disorder in insurance medicine: principles and new aspects

The most frequent traumatic experiences in Switzerland are accidents and violent acts with a lifetime prevalence of 5 and 2%, respectively. Approximately 15% of survivors develop a posttraumatic stress disorder (PTSD) in the aftermath of the traumatic event. PTSD is often accompanied with functional impairment. Consequently, PTSD plays a major role in insurance medicine. Forensic assessments often induce substantial stress in PTSD clients because the forensic setting may trigger traumatic feelings of fear and helplessness. Reliability of PTSD diagnosis and working capacity among evaluators are often insufficient. Here, we provide strategies for establishing a safe forensic relationship with traumatised clients. We propose a systematic approach to evaluating psychopathology, functional impairment and working capacity. We also address potential novel procedures such as a psychophysiological diagnostic laboratory test and limitations that need to be overcome in order to improve reliability and validity in forensic PTSD assessment.

Key words: litigation; forensic assessment; trauma; psychophysiological assessment; posttraumatic stress disorder

Rolle der Posttraumatischen Belastungsstörung im Zivilrecht der Schweiz

Rund 15% der Betroffenen eines traumatischen Ereignisses entwickeln in der Folge eine Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) [1]. Diese ist gekennzeichnet durch sich aufdrängende, belastende Erinnerungen an das Ereignis, Vermeiden von Auslösereizen für diese Erinnerungen, kognitive und affektive Veränderungen und ein gesteigertes Erregungsniveau (Tab. 1). Die in der Schweiz am häufigsten vorkommenden traumatischen Ereignisse sind Unfälle und Gewalttaten mit einer Lebenszeitprävalenz von fünf bzw. zwei Prozent [2]. Die PTBS entwickelt sich meistens innerhalb der ersten drei Monate nach dem Ereignis, in einem Viertel der Fälle erst Monate oder gar Jahre später [3]. Typische

Auslöser bei einem verzögerten Beginn der PTBS sind belastende Lebenssituationen, welche die psychischen Ressourcen der Betroffenen beanspruchen und damit die bisherigen Bewältigungsstrategien für das traumatische Erlebnis unterminieren.

Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen gehören in der Schweiz zu den acht häufigsten psychiatrischen Diagnosen, die eine Rente der staatlichen Invalidenversicherung begründen [4]. Eine noch bedeutendere Rolle hat die PTBS in der Unfall- und Haftpflichtversicherung, weil ein kausaler Zusammenhang zwischen dem eingetretenen Schaden und einem traumatischen Ereignis naheliegt. Zum versicherungsrechtlichen Spannungsfeld rund um die PTBS tragen weitere Faktoren bei, wie hohe Schadenssummen, eine anspruchsvolle Diagnostik der PTBS [5] und eine häufig ungenügende Qualität bzw. Reliabilität der Gutachten [6].

In den letzten Jahren wurden einige deutschsprachige Artikel zur Begutachtung bei der PTBS veröffentlicht [7–12]. Bei diesen handelte es sich vorwiegend um Übersichtsartikel mit wenig konkreten Handlungsanweisungen. Die vorliegende Arbeit hat das Ziel, spezifische Empfehlungen für die Begutachtung von Exploranden mit einer PTBS, welche ein besonders vulnerables Klientel darstellen, zu leisten. Zusätzlich sollen neue Ansätze vorgestellt und bestehende Lücken aufgeführt werden, um die Validität und Reliabilität von Begutachtungen bei Exploranden mit posttraumatischen Symptomen zu verbessern.

Gutachterliche Beziehungsgestaltung

Der Gestaltung der gutachterlichen Beziehung kommt in der Begutachtung von Exploranden, welche an posttraumatischen Symptomen leiden, eine besondere Bedeutung zu. Traumatische Ereignisse sind gekennzeichnet durch einen objektiven und/oder subjektiven maximalen Kontrollverlust. Zum Eindruck der Betroffenen, die Kontrolle verloren zu haben, tragen zusätz-

lich die posttraumatischen Wiedererlebenssymptome bei, welche typischerweise völlig überraschend und in Sekundenbruchteilen auftreten und kaum zu beeinflussen sind. Eine Begutachtung stellt an sich eine für die meisten Exploranden schwierige Situation dar, infolge der weitreichenden Konsequenzen, die die gutachterliche Beurteilung hat. Diese «Machtposition» der Gutachter aktiviert typischerweise Ohnmachtsgefühle auf Seiten der Exploranden und damit Erinnerungen an den während des Traumas erlebten Kontrollverlust. Dem durch die Begutachtung ausgelösten Stress der Exploranden kann durch geeignete Interventionen wirksam begegnet werden. Neben den grundlegenden Prinzipien einer gutachterlichen Exploration wie Ungestörtheit, höflichem und respektvollem Verhalten des Gutachters usw. [13] können ausführliche Erläuterungen helfen, das subjektive Kontrollgefühl der Exploranden zu stärken. Dazu gehören Informationen zu den Rahmenbedingungen wie geplante Dauer der Sitzung bzw. der gesamten Begutachtung und zur Rolle des Gutachters (z.B. dass

erlebte gutachterliche Beziehung auch die Chancen, dass sich die Exploranden gegenüber dem Gutachter öffnen, was die Beurteilung vereinfacht.

Informationsebenen

Eigen- und Fremdanfragen

Die Erschließung verschiedener Informationsquellen ist Voraussetzung für eine umfassende Analyse des Exploranden und seiner Situation. Diese dient zudem der Validierung der Beschwerden durch eine Überprüfung der verschiedenen Informationsebenen auf Kohärenz und Widersprüche. Neben den Eigenangaben des Exploranden können Fremdanfragen vor allem aus dessen privatem Umfeld wertvolle Informationen liefern bezüglich Symptombelastung und Alltagsfunktionalität. Teilweise liegen Observationsberichte als eine spezielle Form von Fremdanfragen vor. Sämtliche Eigen- und Fremdanfragen sollten möglichst im Originalton im Gutachten wiedergegeben werden. Widersprüchliche oder unglaubwürdige Angaben z.B. seitens von Angehörigen, welche häufig nachvollziehbare Interessenkonflikte haben, sind in der Beurteilung entsprechend zu kommentieren und in deren Gewichtung gegebenenfalls zu relativieren.

Der Gestaltung einer positiven gutachterlichen Beziehung kommt in der Begutachtung von Exploranden eine besondere Bedeutung zu

er nicht bezüglich Rente entscheidet, sondern als Experte die medizinischen Grundlagen liefert). Die Exploranden sollten eingeladen werden, die Anzahl und Länge der Pausen selber zu bestimmen. Wichtig ist auch zu erklären, dass die ausführliche Exploration von Symptomen und des traumatischen Ereignisses nicht Ausdruck davon ist, dass dem Exploranden nicht geglaubt wird, sondern dem Verständnis und der Nachvollziehbarkeit gilt. Die Exploration des traumatischen Ereignisses führt in der Regel zur Auslösung intensiver Emotionen. Patienten mit einer PTBS haben häufig ein gutes Bewusstsein bezüglich Strategien, die ihnen helfen, diese Emotionen wieder zu regulieren. Ein Besprechen zu Beginn der Untersuchung, wie sich der Gutachter bei deren Aktivierung verhalten soll, hat nicht nur einen prophylaktischen Zweck, sondern dient auch einer positiven gutachterlichen Beziehungsgestaltung, da sich die Exploranden ernst genommen und in ihren Beschwerden verstanden fühlen. Wie wichtig dies für traumatisierte Exploranden ist, widerspiegelt die an unserer Klinik häufig gehörte Klage, dass in früheren Begutachtungen die Traumatisierung und deren Folgen gar nicht wirklich thematisiert wurden. Wurde die gutachterliche Beziehung als positiv erlebt, macht es dies den Exploranden häufig auch einfacher, eine für sie ungünstige Beurteilung zu akzeptieren. Nicht zuletzt erhöht eine positiv

Klinische Untersuchung

Auch wenn die meisten Symptome der PTBS auf Eigenangaben beruhen, lassen sich einige davon in der klinischen Untersuchung beobachten (Tab. 1). Von diesen eignen sich die Symptome der Kriterien B3–B5, C1 und E3–E4 sehr gut für die Überprüfung der Validität der geschilderten posttraumatischen Beschwerden, da diese relativ spezifisch für die PTBS sind. Die Symptome der Kriterien D4, E1 und E5 kommen auch bei anderen psychischen Störungen – z.B. affektiven Störungen oder Persönlichkeitsstörungen – vor und eignen sich daher nur bedingt als Indikatoren für oder gegen eine PTBS-Diagnose.

Die Schilderung des traumatischen Ereignisses induziert bei Exploranden mit einer PTBS in der Regel eine mehr oder weniger stark ausgeprägte dissoziative Reaktion (Kriterium B3), psychische Belastung (Kriterium B4) und/oder körperliche Reaktion (Kriterium B5). Falls sich diese Symptome nicht spontan manifestieren, können diese durch den Gutachter meistens provoziert werden durch eine detailliertere Exploration des traumatischen Ereignisses. Die Kunst der gutachterlichen Gesprächsführung besteht darin, den Exploranden nicht mehr als notwendig zu belasten. So sollte der Detailgrad der Traumaexploration nur so weit gesteigert werden, bis sich mindestens eines die-

Tabelle 1: Informationsebenen zur Beurteilung der DSM-5-Kriterien einer Posttraumatischen Belastungsstörung.

Kriterium	Informations-ebene
A Konfrontation mit tatsächlichem oder drohendem Tod, ernsthafter Verletzung oder sexueller Gewalt auf eine (oder mehrere) der folgenden Arten: 1. Direktes Erleben eines oder mehrerer traumatischer Ereignisse. 2. Persönliches Erleben eines oder mehrerer solcher traumatischer Ereignisse bei anderen Personen. 3. Erfahren, dass einem nahen Familienmitglied oder einem engen Freund ein oder mehrere traumatische Ereignisse zugestossen sind. Im Falle von tatsächlichem oder drohendem Tod des Familienmitgliedes oder Freundes muss das Ereignis bzw. müssen die Ereignisse durch Gewalt oder einen Unfall bedingt sein. 4. Die Erfahrung wiederholter oder extremer Konfrontation mit aversiven Details von einem oder mehreren derartigen traumatischen Ereignissen (z.B. Ersthelfer, die menschliche Leichenteile aufsammeln, oder Polizisten, die wiederholt mit schockierenden Details von Kindesmissbrauch konfrontiert werden).	E, F
B1 Wiederkehrende, unwillkürlich sich aufdrängende belastende Erinnerungen (Intrusionen) an das oder die traumatischen Ereignisse.	E
B2 Wiederkehrende, belastende Träume, deren Inhalte und/oder Affekte sich auf das oder die traumatischen Ereignisse beziehen.	E, F
B3 Dissoziative Reaktionen (z.B. Flashbacks), bei denen die Person fühlt oder handelt, als ob sich das oder die traumatischen Ereignisse wieder ereignen würden.	E, F, K
B4 Intensive oder anhaltende psychische Belastung bei der Konfrontation mit inneren oder äusseren Hinweisreizen, die einen Aspekt des oder der traumatischen Ereignisse symbolisieren oder an Aspekte desselben bzw. derselben erinnern.	E, F, K
B5 Deutliche körperliche Reaktionen bei der Konfrontation mit inneren oder äusseren Hinweisreizen, die einen Aspekt des oder der traumatischen Ereignisse symbolisieren oder an Aspekte desselben bzw. derselben erinnern.	E, F, K, (P)
C1 Versuch, belastende Erinnerungen, Gedanken oder Gefühle zu vermeiden, die sich auf das oder die Ereignisse beziehen oder eng mit diesem/diesen verbunden sind.	E, F, K
C2 Versuch, Dinge in der Umwelt (Personen, Orte, Gespräche, Aktivitäten, Gegenstände, Situationen) zu vermeiden, die belastende Erinnerungen, Gedanken oder Gefühle hervorrufen, die sich auf das oder die Ereignisse beziehen oder eng mit diesem bzw. diesen verbunden sind.	E, F, K
D1 Unfähigkeit, sich an einen wichtigen Aspekt des oder der traumatischen Ereignisse zu erinnern (typischerweise durch dissoziative Amnesie und nicht durch andere Faktoren wie Kopfverletzungen, Alkohol oder Drogen bedingt).	E
D2 Anhaltende und übertriebene negative Überzeugungen oder Erwartungen, die sich auf die eigene Person, andere Personen oder die Welt beziehen (z.B. «Ich bin schlecht», «Man kann niemandem trauen», «Die ganze Welt ist gefährlich», «Mein Nervensystem ist dauerhaft ruiniert»).	E
D3 Anhaltende verzerrte Kognitionen hinsichtlich der Ursache und Folgen des oder der traumatischen Ereignisse, die dazu führen, dass die Person sich oder anderen die Schuld zuschreibt.	E
D4 Andauernder negativer emotionaler Zustand (z.B. Furcht, Entsetzen, Wut, Schuld oder Scham).	E, F, K
D5 Deutlich vermindertes Interesse oder verminderte Teilnahme an wichtigen Aktivitäten.	E, F
D6 Gefühle der Abgetrenntheit oder Entfremdung von anderen.	E
D7 Anhaltende Unfähigkeit, positive Gefühle zu empfinden (z.B. Glück, Zufriedenheit, Gefühle der Zuneigung).	E, F
E1 Reizbarkeit und Wutausbrüche (ohne oder aus geringfügigem Anlass), welche typischerweise durch verbale oder körperliche Aggression gegenüber Personen oder Gegenständen ausgedrückt werden.	E, F, K
E2 Riskantes oder selbstzerstörerisches Verhalten.	E, F
E3 Übermässige Wachsamkeit (Hypervigilanz).	E, F, K
E4 Übertriebene Schreckreaktionen.	E, F, K, (P)
E5 Konzentrationsschwierigkeiten.	E, K
E6 Schlafstörungen (z.B. Ein- oder Durchschlafschwierigkeiten oder unruhiger Schlaf).	E, F

E: Eigenangaben; F: Fremdanangaben; K: Klinische Untersuchung; P: Psychophysiologische Laboruntersuchung.

ser Symptome eindeutig beobachten lässt. Danach sollte der Explorand im Unterbrechen der induzierten Reaktion unterstützt werden, indem der Gutachter aktiv auf weniger belastende Themen wechselt. Bei Auslösung akuter dissoziativer Reaktionen (Flashbacks, Depersonalisation, Derealisation) sollten auch antidissoziative Techniken [14] eingesetzt werden, um die Exploranden in der Reorientierung zu unterstützen. Beim Anbieten einer Pause sollte beachtet werden, dass die Exploranden ein akutes posttraumatisches Wiedererleben durch gezielte Ablenkung häufig besser unterbrechen können, als wenn sie alleine und sich selbst überlassen sind.

Dissoziative Reaktionen bei der PTBS sind gekennzeichnet durch eine Einschränkung der Wahrnehmung des Hier und Jetzt. Für den Beobachter zeigt sich dies auf einem Kontinuum von einer diskreten Einschränkung des Rapportes bis hin zum dissoziativen Stupor. Je diskreter der beobachtete Kontaktabbruch ist, desto zurückhaltender sollte die Beobachtung als dissoziatives Symptom interpretiert werden, wenn vom Exploranden nicht gleichzeitig ein dissoziatives Erleben (siehe unten) geschildert wird. Ein vorübergehendes «Aus-dem-Kontakt-Gehen» ist häufig ohne Krankheitswert (z.B. weil die Exploranden müde oder in Gedanken versunken sind), d.h., solche Beobachtun-

gen sind unspezifisch für eine dissoziative Reaktion. Die Differenzierung, ob es sich bei der dissoziativen Reaktion um Flashbacks, Depersonalisation oder Derealisation handelt, kann nur aufgrund der Schilderungen des Exploranden gemacht werden. Bei Flashbacks erleben die Exploranden das traumatische Ereignis auf einem oder mehreren Sinneskanälen in einer Art und Weise wieder, als würde es jetzt gerade wieder geschehen. Depersonalisations- und Derealisationserleben sind gekennzeichnet durch ein Unwirklichkeitsgefühl in Bezug auf sich selber (z.B. sich von aussen beobachten) bzw. die Umgebung (z.B. alles wie durch einen Nebel wahrnehmen). Eine psychische Belastung lässt sich häufig durch die Intensität der Emotionen oder Schwierigkeiten im Finden von Worten, körperliche Reaktionen in Form von Schwitzen oder Muskelanspannung beobachten. Flashbacks, psychische Belastung und körperliche Reaktionen treten akut und vehement auf und dauern in der Regel zwischen einigen Sekunden und einigen Minuten. Aufgrund der Intensität und des charakteristischen Zeitverlaufs lassen sich diese gut beobachten und zuordnen. Akute Depersonalisations- und Derealisationserleben manifestieren sich häufig langsamer und dauern länger an und sind somit weniger gut abgrenzbar.

Ein weiteres Symptom, welches sich in der gutachterlichen Untersuchung beobachten lässt, ist das Bemühen, belastende Erinnerungen, Gedanken oder Gefühle, die sich auf das Trauma beziehen, zu vermeiden (Kriterium C1). Dies kann sich darin zeigen, dass Exploranden auf die Bitte hin, das traumatische Ereignis zu erzählen, sehr detaillierte Angaben zum Kontext machen, jedoch zögern, zum Kern des traumatischen Ereignisses zu kommen. Oder dass sie derart wortreich und weitschweifig berichten, dass der Gutachter kaum Chancen hat, einen Sachverhalt tiefer zu explorieren. Eine übermässige Wachsamkeit (Kriterium E3) und übertriebene Schreckreaktionen (Kriterium E4) sind im Kontakt häufig spürbar und in der Untersuchung beobachtbar. Die Exploranden mustern beim Eintreten des Untersuchungszimmer, wirken alert und vor allem in der ersten Phase der Untersuchung häufig auch misstrauisch. Sie reagieren niederschwellig auf Geräusche wie Schritte im Gang, Wasserrauschen in den Wänden oder Verkehrslärm vor dem Haus. Schreckreaktionen absichtlich zu provozieren (z.B. durch plötzliches Klatschen in die Hände oder unvermitteltes Aufstehen des Gutachters) ist weniger empfehlenswert, da solche Arten der Symptomprovokation die gutachterliche Beziehung beeinträchtigen. Falls sich in der klinischen Untersuchung trotz entsprechender Symptomschilderung der Exploranden

keine der oben aufgeführten spezifischen PTBS-Symptome beobachten lassen, ist die Validität der Beschwerden möglicherweise eingeschränkt. Allerdings sollte dabei berücksichtigt werden, dass solche Diskrepanzen nachvollziehbare Ursachen haben können. Beispielsweise haben Folteropfer häufig gelernt, innere Regungen unter keinen Umständen zu zeigen, keine Hinweise auf besonders schmerzhaft und damit effektive Methoden zu geben. Opfer von Gewalterfahrungen in der Kindheit wiederum haben häufig derart ausgeprägte Vermeidungsstrategien entwickelt, dass sie die schrecklichsten Erfahrungen emotionslos und in einer Art und Weise berichten, als ob diese gar nicht sie selber betreffen. Gelegentlich fühlen sich Explo-

Flashbacks lassen sich aufgrund der Intensität und des charakteristischen Zeitverlaufs gut beobachten und zuordnen

randen in der Anwesenheit des Gutachters auch so sicher, dass sich die übermässige Wachsamkeit und Schreckhaftigkeit in der Untersuchungssituation nicht manifestiert. Erst wenn die Abwesenheit von Symptombeobachtungen in der Untersuchung nicht erklärt werden kann, sollte dies als Hinweis auf eine eingeschränkte Beschwerdevalidität genommen werden. Eine Reihe weiterer Merkmale wurde als Hinweis für eine vorgetäuschte PTBS vorgeschlagen [8]. Dazu gehören allgemeine, störungsunspezifische Kriterien wie eine prototypische und vage Symptomschilderung, die Darstellung einer über lange Zeit völlig unveränderten Symptomatik und fehlende Inanspruchnahme einer Behandlung. Zusätzlich werden spezifische, Trauma-bezogene Kriterien aufgeführt wie die Angabe einer kompletten Amnesie für das traumatische Ereignis ohne Erinnerungsinself, das Fehlen von Schuldgefühlen (z.B. überlebt zu haben oder einen sexuellen Übergriff provoziert zu haben) und eine starke Schuldzuweisung an andere. Anzumerken ist, dass diese Kriterien bisher ungenügend empirisch untersucht und deshalb als vorläufig zu betrachten sind.

Psychometrische Untersuchung

Eine psychometrische Untersuchung kann die klinische Untersuchung sinnvoll ergänzen. Die «Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5 (CAPS-5)» [15, 16] ist der Goldstandard zur Diagnose einer aktuellen oder vergangenen PTBS. Frühere traumatische Erfahrungen können erfasst werden mittels der im CAPS-5 enthaltenen «Life Events Checklist (LEC)» oder der in der «Posttraumatic Stress Diagnostic Scale (PDS)» [17] enthaltenen Traumaliste. Für die Erfassung von Kind-

heitstraumata eignet sich der «Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)» [18, 19]. Das «Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS)» [20] oder der spezifisch für die PTBS entwickelte «Morel Emotional Numbing Test for PTSD (MENT)» [21] kann zur Beschwerdevalidierung beitragen. Mit Ausnahme der LEC sind alle diese Instrumente in deutscher Übersetzung verfügbar.

Psychophysiologische Laboruntersuchung

Eine möglicherweise zukunftsweisende Ergänzung zur klinischen und psychometrischen PTBS-Diagnostik stellt die psychophysiologische Laboruntersuchung dar. In dieser werden kardiale, elektrodermale und elektromyographische Reaktionen beim Hören eines Skripts des traumatischen Erlebnisses [22] und unerwarteter, kurzer, lauter Töne [23] gemessen und mit Normdaten von Individuen mit und ohne PTBS verglichen. Mittels statistischer Algorithmen lässt sich die Wahrscheinlichkeit berechnen, dass der untersuchte Explorand an einer PTBS leidet [24]. Beides sind in der PTBS-Forschung etablierte Verfahren, welche zur Untersuchung der autonomen Reaktionen auf einen traumatischen Erinnerungsreiz (Trauma-Skript) und einen generischen, d.h. nicht auf das traumatische Ereignis bezogenen Schreckreiz (lauter Ton) eingesetzt werden. Diese psychophysiologischen Verfahren haben neben der PTBS-Diagnostik das Potential einer objektiven Messung des Symptoms der deutlichen körperlichen Reaktion auf einen traumatischen Erinnerungsreiz (Kriterium B5) und der übertriebenen Schreckreaktion (Kriterium E4). Eine Limitation dieser Verfahren ist, dass bisher kaum Normwerte für den deutschen Sprachraum vorliegen. Vor einer definitiven Einführung psychophysiologischer Laboruntersuchungen zur gutachterlichen PTBS-Diagnostik muss deren Validität und Reliabilität im entsprechenden Anwendungskontext evaluiert werden. Ebenfalls ist zu betonen, dass psychophysiologische Verfahren die klinische Untersuchung nicht ersetzen, sondern lediglich einen weiteren Informationskanal erschliessen. Schlussendlich bleibt es Aufgabe des Gutachters, die Informationen sämtlicher Ebenen zu würdigen und in die diagnostische Beurteilung einfließen zu lassen.

Beurteilungsebenen

Psychopathologischer Befund

Der psychopathologische Befund, der im deutschen Sprachraum gemäss dem AMDP-System [25] erhoben und dokumentiert wird, stellt den Kern einer psychiatrischen Begutachtung dar. Im Vergleich zur klini-

schen Praxis sind die Anforderungen an versicherungsrechtliche Gutachter bezüglich Dokumentation der psychopathologischen Befunde höher. Die verwendeten Fachbegriffe müssen für fachkundige Leser erklärt werden, das Verhalten in der Untersuchung soll anschaulich beschrieben und illustriert sein, und es muss begründet werden, wieso ein Merkmal als Symptom von psychopathologischer Ausprägung beurteilt wird [26]. Eine aggravierte oder verdeutlichte Symptomdarstellung muss berücksichtigt werden, in dem Sinne, dass beurteilt wird, ob bei einem Symptom die psychopathologische Schwelle erreicht wird, wenn für die Aggravation/Verdeutlichung «kontrolliert» wird. Bewährt hat sich dafür eine Gliederung, in der zu jedem psychopathologischen Symptom gemäss AMPD-System systematisch die relevanten Informationen aus den Eigenangaben, Fremdanangaben und Beobachtungen in der klinischen Untersuchung ausgeführt werden, und auf dieser Grundlage wird beurteilt, ob ein psychopathologisches Symptom vorliegt oder nicht (Tab. 2). Dies erlaubt es dem Rechtsanwender, die gutachterliche Beurteilung des psychopathologischen Befundes nachzuvollziehen.

Eine übermässige Wachsamkeit und übertriebene Schreckreaktionen sind spezifische und in der Untersuchung häufig gut beobachtbare Symptome einer PTBS

Diagnose

Ähnlich wie der psychopathologische Befund sollte auch die diagnostische Beurteilung systematisch hergeleitet werden. Die Anforderungen bezüglich Reliabilität der diagnostischen Beurteilung sind in Gutachten sehr viel höher als in der klinischen Praxis. Für die PTBS empfiehlt sich deshalb eine Orientierung an dem Diagnose-Klassifikationssystem des DSM-5 [27], welches für die PTBS-Diagnose eine deutlich höhere Interrater-Reliabilität aufweist als die ICD-10 [28, 29]. Im Gegensatz zur ICD-Klassifikation, welche infolge ihres Anspruches auf eine transkulturelle klinische Anwendbarkeit, Gültigkeit und Vergleichbarkeit nur ein relativ grobes Set von Kriterien für jedes Störungsbild vorgibt, basiert eine Diagnose gemäss DSM auf einem ausführlichen Raster von Kriterien, welche über eine gute empirische Grundlage verfügen müssen [30]. Die im Jahr 2013 publizierte DSM Version 5 widerspiegelt zudem den aktuellen klinischen und wissenschaftlichen Kenntnisstand besser als die deutlich ältere ICD-10. Abzuwarten ist, inwiefern sich die Situation verändert bei Veröffentlichung der ICD-11 [31]. Die Beurteilung, ob derzeit eine PTBS vorliegt (kategoriale Diagnostik), sollte durch Abhandlung sämtlicher

Tabelle 2: Beispiel einer psychopathologischen Befunddokumentation bei einer Explorandin mit übermässiger Wachsamkeit und verstärkten Schreckreaktionen.

Psychopathologischer Befund	
<i>Bewusstseinsstörungen</i>	
Eigenangaben	In der Öffentlichkeit und in ungewohnten Situationen sei sie «auf der Hut». Sie beobachte aus den Augenwinkeln permanent, was um sie herum geschehe. Vor allem Männern versuche sie aus dem Weg zu gehen, indem sie beispielsweise die Strassenseite wechsele.
Fremdangaben	Gemäss Ehemann verbringe die Explorandin viel Zeit zu Hause. Sie gehe zwar noch alleine aus dem Haus, doch müsse sie sich dafür überwinden. Wenn er sie begleitet, beobachte er, dass die Explorandin häufig hinter sich schaue. Im Restaurant suche sie einen Platz, an dem sie den Überblick habe.
Klinische Untersuchung	Zu Beginn des Gespräches mustert sie das Untersuchungszimmer. Bis kurz vor Ende der Untersuchung wirkt die Explorandin sehr wachsam. Sie späht wiederholt aus dem Fenster, als ob sie die Umgebung vor dem Haus kontrollieren würde.
Beurteilung	Aus psychopathologischer Sicht liegt mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine quantitative Bewusstseinsstörung im Sinne einer <i>übermässigen Wachsamkeit (Hypervigilanz)</i> vor. Die diesbezüglichen Eigen- und Fremdangaben sind kohärent mit dem in der Untersuchung beobachteten Verhalten.
<i>Psychophysiologische Störungen</i>	
Eigenangaben	Sie erschrecke häufig, z.B. bei plötzlichen lauten Geräuschen wie ein quietschendes Tram oder wenn plötzlich jemand nahe neben ihr stehe. Dies komme mehrmals pro Woche vor, und sie brauche dann jeweils ein paar Minuten, um sich wieder zu beruhigen.
Fremdangaben	Gemäss Ehemann sei die Explorandin schreckhaft geworden. Er habe sich angewöhnt, immer laut ins Zimmer zu treten, so dass sie sich nicht überrascht fühle. Es komme vor, dass sie wegen eines Geräusches zusammensucke, das er selber gar nicht wirklich bewusst wahrgenommen habe.
Klinische Untersuchung	In der Untersuchung lässt sich nie beobachten, dass die Explorandin erschrickt.
Beurteilung	Aus psychopathologischer Sicht liegt mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine <i>verstärkte Schreckhaftigkeit</i> vor. Die diesbezüglichen Eigen- und Fremdangaben sind differenziert und nachvollziehbar. Dass sich diese in der Untersuchung nicht manifestierte, kann damit erklärt werden, dass der Untersuchungsort ruhig gelegen ist und die Untersuchung zu einer Randzeit mit wenig Verkehr im und ums Haus durchgeführt wurde.

im DSM-5 aufgeführten Kriterien (Tab. 1) geschehen. Ein traumatisches Ereignis ist durch tatsächlichen oder drohenden Tod oder eine ernsthafte Verletzung der körperlichen oder sexuellen Integrität charakterisiert. Rein emotionale Belastungen wie Mobbing am Arbeitsplatz oder leichtere Unfälle wie Auffahrkollisionen qualifizieren damit nicht als traumatisches Ereignis. Grundlage dieser Einschränkung sind epidemiologische Untersuchungen, die zeigten, dass bei nur wenigen der befragten Personen ohne erlebtes Kriterium-A-Ereignis die Symptomkriterien einer PTBS erfüllt waren. Ein substanzieller Anteil der Personen mit einer PTBS war hingegen nur indirekt betroffen als Augenzeuge (Kriterium A2) oder nahe Bezugsperson (Kriterium A3) [32]. Die ICD-10 charakterisiert ein traumatisches Ereignis als «Ereignis von aussergewöhnlicher Bedrohung oder mit katastrophalem Ausmass» und ist damit weniger spezifisch als das DSM-5. Der dadurch vorhandene grössere Interpretationsspielraum trägt möglicherweise zur tieferen Reliabilität einer PTBS-Diagnose gemäss ICD-10 bei.

Jedes kriteriumbezogene Symptom sollte im psychopathologischen Befund als vorhanden oder nicht vorhanden beschrieben und begründet sein. Ein diagnostisches Kriterium, das als vorhanden beurteilt

wird, ohne dass das zugehörige Symptom im psychopathologischen Befund als ebenfalls vorliegend dokumentiert wurde, stellt eine Inkonsistenz dar, welche in einem Rechtsverfahren zur Rückweisung des Gutachtens führen kann. Bei posttraumatischen «Mischbildern», bei denen allenfalls nur einzelne der PTBS-Kriterien erfüllt sind, welche dafür Symptome anderer Störungen umfassen, sollten analog zur PTBS die Symptomkriterien komorbider Störungen systematisch diskutiert werden. So könnte eine diagnostische Beurteilung beispielsweise lauten, dass eine subsyndromal ausgeprägte PTBS und eine komorbide subsyndromal ausgeprägte affektive Störung vorliegen. Voraussetzung für die systematische Abhandlung von Diagnosekriterien bleibt die Verfügbarkeit operationalisierter ICD-10- oder DSM-5-Symptomkriterien für eine Störung.

Im DSM-5 werden bei der PTBS keine Richtlinien zur Bestimmung des Schweregrades der Störung (dimensionale Diagnostik) aufgeführt. Allgemein tragen die Häufigkeit des Auftretens eines Symptoms, dessen Dauer und Intensität zum Schweregrad einer psychischen Störung bei. Ein weiterer Faktor für den Schweregrad des Störungsbildes ist die Zeitdauer seit der Erstmanifestation. Diese Informationen werden durch

Tabelle 3: Beispiel einer systematischen Beurteilung der Einzelaktivitäten gemäss ICF [34], die in den Fähigkeitsbereich «Konversation und Kontaktfähigkeit zu Dritten» des Mini-ICF-APP einfließen [35], sowie der Rollenanforderung in Bezug auf die Tätigkeit als Konditoreiverkäuferin bei einer Explorandin mit übermässiger Wachsamkeit und verstärkten Schreckreaktionen.

Kategorie	Titel	Beschreibung	Rollenanforderung als Konditoreiverkäuferin ¹	Übermässige Wachsamkeit ²	Verstärkte Schreckreaktionen ²
D2	Konversation	Einen Gedanken- und Ideenaustausch in mündlicher oder schriftlicher Form, in Gebärdensprache oder auf andere sprachliche Weise beginnen, aufrechterhalten und beenden, mit einer oder mehreren Personen, Bekannten oder Fremden, in formeller oder informeller Form	4	0	0
	Diskussion	Eine Erörterung eines Sachverhaltes mit Pro- und Kontra-Argumenten oder eine Debatte in mündlicher oder schriftlicher Form, in Gebärdensprache oder auf andere sprachliche Weise beginnen, aufrechterhalten und beenden, mit einer oder mehreren Personen, Bekannten oder Fremden, in formeller oder informeller Form	1	0	0
	Elementare interpersonelle Aktivitäten	Mit anderen in einer kontextuell und sozial angemessenen Weise interagieren, wie erforderliche Rücksichtnahme und Wertschätzung zeigen oder auf Gefühle anderer reagieren	2	1	0
	Komplexe interpersonelle Interaktionen	Die Interaktionen mit anderen in einer kontextuell und sozial angemessenen Weise aufrechterhalten und handhaben, wie Gefühle und Impulse steuern, bei verbalen Interaktionen unabhängig handeln und in Übereinstimmung mit sozialen Regeln und Konventionen handeln, physische Aggressionen kontrollieren, bei sozialen Interaktionen unabhängig handeln und in Übereinstimmung mit sozialen Regeln und Konventionen handeln	3	2	0
	Mit Fremden umgehen	In befristeten Kontakten und Verbindungen mit Fremden zu bestimmten Zwecken stehen, wie nach einer Richtung fragen oder einen Kauf tätigen	4	3	1
	Formelle Beziehungen	Spezielle Beziehungen in formellem Rahmen aufnehmen und aufrechterhalten, wie mit Arbeitgebern, Fachleuten oder Dienstleistungserbringern	3	1	0
	Informelle soziale Beziehungen	Mit anderen Kontakt aufnehmen, wie bei gelegentlichen Beziehungen mit Leuten, die in derselben Gemeinschaft oder am selben Wohnsitz leben, oder mit Mitarbeitern, Schülern und Studenten, Spielkameraden oder mit Menschen ähnlichen Hintergrundes oder Berufs	1	2	1

¹ Skala: 0 = nie, 1 = selten, 2 = gelegentlich, 3 = häufig, 4 = immer.

² Skala: 0 = keine Beeinträchtigung, 1 = leichte Beeinträchtigung (nicht beobachtbar), 2 = mittelgradige Beeinträchtigung (beobachtbar), 3 = schwere Beeinträchtigung (braucht teilweise Unterstützung), 4 = vollständige Beeinträchtigung (braucht vollständige Unterstützung). ICF: International Classification of Functioning, Disability and Health; Mini-ICF-APP: Mini-«International Classification of Functioning, Disability and Health»-APP.

das «CAPS-5-Interview» erhoben und können zu einer dimensional Punktzahl für den Schweregrad aufsummiert werden. Allerdings fehlen bisher Richtlinien, bei welchen Werten die PTBS als leicht, mittel oder schwer ausgeprägt qualifiziert werden soll. Bis zu einer anerkannten Operationalisierung der Bestimmung des Schweregrades einer PTBS muss dieser auf der Grundlage des klinischen Gesamteindrucks beurteilt werden.

Fähigkeitsprofil

Das Mini-«International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)»-APP [33] ist ein Fremdbeurteilungsinstrument zur Beschreibung und Quantifizierung von Fähigkeitsstörungen bei psychischen Störungen. Es wurde in Anlehnung an die ICF [34] entwickelt. Die Beurteilung wird in Abwesenheit des Exploranden in Bezug auf eine soziale Referenzgruppe mittels Ankerbeispielen unter Würdigung sämtlicher verfügbaren Informationen durchgeführt. Beurteilt werden durch die Psychopathologie bedingte Fähigkeitseinschränkungen. Dabei wird die theoretische

Leistungsfähigkeit («Capacity») in Bezug auf die soziale Referenzgruppe und nicht die tatsächlich erbrachte Leistung («Performance») beurteilt. In einem ersten Schritt wird die Beeinträchtigung der Fähigkeit ohne Bezug zum Anwendungskontext beurteilt (Fähigkeitsstatus). In einem zweiten Schritt wird die Beeinträchtigung der Fähigkeit in Bezug auf einen speziellen Anwendungskontext, z.B. die derzeitige Arbeitstätigkeit, eingeschätzt (Partizipationsstatus). Dabei wird beurteilt, wie stark der Explorand in Bezug auf die in dieser Tätigkeit bestehenden Rollenanforderungen beeinträchtigt ist. Trotz der weiten Verbreitung des Mini-ICF-APP in der gutachterlichen Praxis wurde dieses noch nicht für die Versicherungsmedizin validiert.

Das Mini-ICF-APP definiert 13 Fähigkeitsbereiche (Abb. 1). An unserer Klinik bestimmen wir den Beeinträchtigungsgrad in diesen Fähigkeitsbereichen (Funktionsstatus) durch die systematische Beurteilung der durch jedes psychopathologische Symptom bedingten Einschränkung in den Einzelaktivitäten, wie sie die ICF aufführt [34] und wie sie in die Fähigkeitsbereiche des

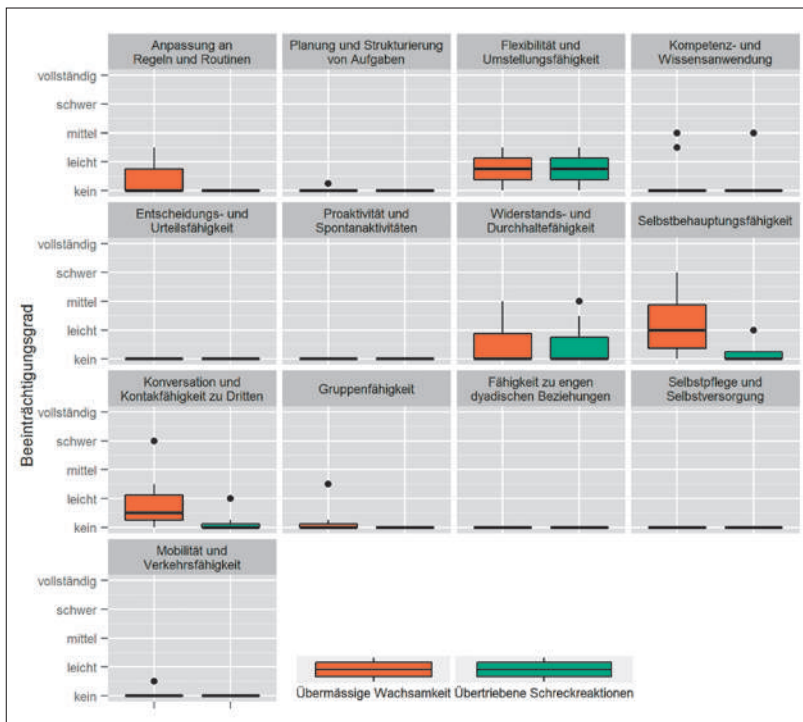


Abbildung 1: Beispiel eines Fähigkeitsprofils bei einer Explorandin mit übermässiger Wachsamkeit und verstärkten Schreckreaktionen. Beeinträchtigung in den Fähigkeitsbereichen gemäss Mini-ICF-APP [33] in Bezug auf die Tätigkeit als Konditoreiverkäuferin aufgrund der derzeit vorliegenden psychopathologischen Befunde. Der horizontale Strich in der Mitte der Box repräsentiert den Median des Beeinträchtigungsgrades, der in diesen Fähigkeitsbereich einflussenden Einzelaktivitäten gemäss ICF [34, 35]. Die Höhe der Box entspricht dem Bereich, in dem die mittleren 50% der Daten liegen. Die vertikalen Striche enden beim höchsten bzw. niedrigsten Wert, welcher innerhalb des 1,5-fachen Bereichs des Interquartilsabstands liegt. Die Punkte repräsentieren Werte, die ausserhalb dieses Bereichs liegen.

Mini-ICF-APP einfließen [35] (Tab. 3). Da die Grundlage für die Erstellung des Fähigkeitsprofils nicht die Diagnose, sondern die vorliegenden psychopathologischen Befunde sind, lässt sich dieser Ansatz auch bei posttraumatischen «Mischbildern» durchführen. Die Beurteilung der Einzelaktivitäten erfolgt mittels der Ratingskala des Mini-ICF-APP: 0 = keine Beeinträchtigung, 1 = leichte Beeinträchtigung, 2 = mittelgradige Beeinträchtigung, 3 = schwere Beeinträchtigung, 4 = vollständige Beeinträchtigung. Bei einer leichten Beeinträchtigung ist es dem Exploranden möglich, mittels vermehrter Anstrengung die Fähigkeit so anzuwenden, dass anderen nichts auffällt. Bei einer mittelgradigen Beeinträchtigung ist die Beeinträchtigung für andere bemerkbar. Bei einer schweren Beeinträchtigung ist er in diesem Fähigkeitsbereich auf die teilweise Unterstützung anderer Personen angewiesen. Bei einer vollständigen Beeinträchtigung ist er in diesem Fähigkeitsbereich auf die vollständige Unterstützung anderer angewiesen.

Die Einschätzung, wie stark eine Einzelaktivität durch ein posttraumatisches Symptom beeinträchtigt wird, muss bisher weitgehend aus der klinischen Erfahrung heraus erfolgen. Zwar gibt es einige Untersuchungen zum Zusammenhang zwischen Einschränkungen der Funktionsfähigkeit und PTBS, doch fehlt bisher eine meta-analytische Zusammenstellung der gefundenen Effekte in Bezug auf die im Mini-ICF-APP definierten Fähigkeitsbereiche oder die in der ICF aufgeführten Einzelaktivitäten. Die Entwicklung eines «ICF Core Sets» für PTBS, wie es für eine Reihe anderer Störungen bereits vorliegt [36], könnte die gutachterliche Erstellung eines auf der ICF basierten Fähigkeitsprofils vereinfachen.

Den Beeinträchtigungsgrad in Bezug auf einen spezifischen Anwendungskontext (Partizipationsstatus) ermitteln wir, indem der Beeinträchtigungsgrad jeder Einzelaktivität gewichtet wird mit der Häufigkeit, in welcher diese Einzelaktivität im entsprechenden Aufgabenbereich verlangt wird (Tab. 3). Die Häufigkeit schätzen wir ein mittels folgender Ratingskala: 0 = nie, 1 = selten, 2 = gelegentlich, 3 = häufig, 4 = immer. Die graphische Darstellung des mittleren Beeinträchtigungsgrades der Einzelaktivitäten in jedem Fähigkeitsbereich und deren Streuung (Abb. 1) bietet eine gute Grundlage für die anschliessende Beurteilung der daraus resultierenden Arbeitsfähigkeit.

Arbeitsfähigkeit

Bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit (Tab. 4) anhand der graphischen Darstellung des Fähigkeitsprofils (Abb. 1) ist darauf zu achten, dass nicht nur der Median der Beeinträchtigungsgrade der Einzelaktivitäten eines Fähigkeitsbereiches (dargestellt durch den horizontalen Strich in der Mitte der Boxen im Fähigkeitsprofil) als wegleitend berücksichtigt wird. Ebenso relevant ist die Streuung der Einzelaktivitäten (dargestellt durch die Höhe der Box und die Länge der vertikalen Striche ober- und unterhalb der Box). Auch eine höhergradige Beeinträchtigung nur einer Einzelaktivität in einem Fähigkeitsbereich (dargestellt als Punkt oberhalb der Box) kann einen limitierenden Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit haben. In dem in Abbildung 1 dargestellten Beispiel ist die Einzelaktivität «mit Fremden umgehen» im Fähigkeitsbereich Konversation und Kontaktfähigkeit zu Dritten durch die übermässige Wachsamkeit schwer beeinträchtigt, während die übrigen Aktivitäten in diesem Bereich nicht oder nur leicht beeinträchtigt sind. Da im Beruf als Konditoreiverkäuferin der Umgang mit Kunden eine dominierende Tätigkeit darstellt, haben Defizite in dieser Aktivität einen starken Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit in diesem Beruf.

Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in einer krankheitsadaptierten Tätigkeit kann direkt aus dem Fähigkeitsprofil erfolgen. So wäre im Beispiel aus Abbildung 1 die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit geringer ausgeprägt in einer Tätigkeit, die weniger Anforderungen an die Selbstbehauptungsfähigkeit und Konversation und Kontaktfähigkeit zu Dritten verlangt. Ebenso kann aus dem Fähigkeitsprofil hergeleitet werden, wie sich die Arbeitsfähigkeit bei Abnahme einzelner posttraumatischer Symptome verbessern könnte. So beeinträchtigt die übermässige Wachsamkeit die Fähigkeiten der Explorandin stärker als die übertriebenen Schreckreaktionen. Medizinische Massnahmen, die gezielt das Symptom der übermässigen Wachsamkeit verbessern könnten, z.B. ein Aufmerksamkeitstraining [37], wären aus der Perspektive der beruflichen Rehabilitation zu bevorzugen.

Qualifikation des Gutachters

Die Diagnose einer PTBS beruht wie bei den meisten psychiatrischen Störungsbildern primär auf den Eigenangaben der Exploranden. Die Interpretation, ob eine Symptomschilderung einem PTBS-Symptom entspricht, ist anspruchsvoll. So können geschilderte unangenehme Erinnerungen an ein traumatisches Ereignis Ausdruck sich aufdrängender, intrusiver Erinnerungen (Kriterium B1) oder eines depressiven Grübelns über das Ereignis sein. Eine zusätzliche Schwierigkeit bei der PTBS ist, dass sich diejenigen PTBS-Symptome, welche sich von aussen beobachten lassen, wie z.B. Schwitzen bei aufkommenden traumatischen Erinnerungen (Kriterium B5), nicht immer spontan in der klinischen Untersuchung zeigen. Die gezielte Provokation dieser Symptome ist zwar häufig möglich, muss aus ethischen Gründen jedoch dosiert erfolgen und verlangt eine anschliessende Unterstützung des Exploranden in der Regulation der induzierten Symptome. Schliesslich erschweren die bei traumatisierten Exploranden häufig vorkommenden intensiven Übertragungs- und Gegenübertragungsreaktionen [38], deren Aktivierung durch das gutachterliche Setting und die Notwendigkeit einer Thematisierung des erlebten Traumas zusätzlich begünstigt wird [39], die Aufrechterhaltung einer angemessenen Balance zwischen Objektivität und Empathie des Gutachters. Diese diagnostischen und beziehungsgealterischen Herausforderungen erfordern eine fundierte, möglichst auch therapeutische Erfahrung mit diesem Störungsbild. Fehlt diese beim Gutachter, besteht ein beträchtliches Risiko für falsch positive oder falsch

Tabelle 4: Beispiel für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei einer Explorandin mit Symptomen einer Posttraumatischen Belastungsstörung.

Arbeitsfähigkeit

Die schwere Beeinträchtigung in der Einzelaktivität «mit Fremden umgehen» im Fähigkeitsbereich Konversation und Kontaktfähigkeit zu Dritten sowie die mittlere Beeinträchtigung in mehreren Aktivitäten der Fähigkeitsbereiche Kompetenz- und Wissensanwendung, Widerstands- und Durchhaltefähigkeit und Selbstbehauptungsfähigkeit (siehe Fähigkeitsprofil) bedingen unseres Erachtens eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von ca. 40% im bisherigen Beruf als Konditoreiverkäuferin. Die Explorandin kann ihre Aufgaben vermutlich weiterhin in genügender Qualität erfüllen, doch benötigt sie dafür mehr Energie im Vergleich zu einer gesunden Person. Dadurch kommt sie rascher an ihre Belastungsgrenzen, was zu einer quantitativen Einschränkung der Arbeitsstunden führt.

negative PTBS-Diagnosen oder eine Verletzung des ärztlichen Gebotes des «nihil nocere» [40]. Andererseits sind die Qualitätsansprüche, welche die Rechtsanwender heute an versicherungsmedizinische Gutachten stellen, hoch [13]. Ohne fundierte Kenntnisse zum erforderlichen Umfang, Aufbau, Inhalt und zur Nachvollziehbarkeit eines Gutachtens sowie zur juristischen Terminologie besteht das Risiko, dass ein Gutachten aus qualitativen Gründen zurückgewiesen wird.

Die Begutachtung von Exploranden mit einer möglichen PTBS sollte somit konsequenterweise möglichst durch Gutachter durchgeführt werden, welche Erfahrung im Störungsbild *und* in versicherungsmedizinischen Begutachtungen haben. Diesbezüglich divergiert die Meinung des Autors mit den derzeit gültigen Standards, welche eine spezifische psychotraumatologische Ausbildung als keine zwingende Voraussetzung für die Begutachtung traumatisierter Exploranden erachtet [8, 13]. Angesichts der Popularität, welche die Psychotraumatologie weiterhin bei Klinikern genießt, und dem heutigen Angebot strukturierter Gutachterausbildungen (z.B. der Swiss Insurance Medicine) erachten wir diesen idealtypischen Anspruch an die Qualifikation des Gutachters beim Thema PTBS als durchaus realistisch und umsetzbar.

Danksagung

Ich danke Prof. Ulrich Schnyder und Dr. Gerhard Ebner für die Durchsicht des Manuskriptes und die wertvollen Anmerkungen.

Disclosure statement

Der Autor hat keine finanziellen oder persönlichen Verbindungen im Zusammenhang mit diesem Beitrag deklariert.

Literatur

– Die vollständige Literaturliste ist in der Online-Version des Artikels unter www.sanp.ch publiziert.

Correspondence:
Christoph Mueller-Pfeiffer,
MD
Klinik für Psychiatrie
und Psychotherapie
UniversitätsSpital Zürich
Culmannstrasse 8
CH-8091 Zürich
[christoph.mueller-pfeiffer\[at\]access.uzh.ch](mailto:christoph.mueller-pfeiffer[at]access.uzh.ch)

Literatur / Références

- 1 Breslau N, et al. Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: the 1996 Detroit Area Survey of Trauma. *Archives of General Psychiatry*, 1998. 55(7):626–32.
- 2 Hepp U, et al. Prevalence of exposure to potentially traumatic events and PTSD. The Zurich Cohort Study. *European Archives of Psychiatry & Clinical Neuroscience*, 2006. 256(3):151–8.
- 3 Smid GE, et al. Delayed posttraumatic stress disorder: -Systematic review, meta-analysis, and meta-regression analysis of prospective studies. *Journal of Clinical Psychiatry*, 2009. 70(11):1572–82.
- 4 Baer N, U Frick, and T Fasel. Dossieranalyse der Invalidisierung aus psychischen Gründen, Forschungsbericht Nr. 6/09, B.f. Sozialversicherungen, Editor. 2009, BBL: Bern.
- 5 Orme DR. Diagnosing PTSD: Lessons From Neuropsychology. -*Military Psychology*, 2012. 24(4):397–413.
- 6 Auerbach H, et al. Medizinische Gutachtensituation in der Schweiz: Studie zur Einschätzung der Marktsituation und zur Schaffung von Markttransparenz und Qualitätssicherung. 2011.
- 7 Dressing H and Foerster K. Begutachtung der posttraumatischen Belastungsstörung. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*, 2010. 78(08):475–8.
- 8 Dressing H. and Foerster K. Forensisch-psychiatrische Beurteilung posttraumatischer Belastungsstörungen. *Nervenarzt*, 2014. 85(3):279–89.
- 9 Dressing H, et al. Begutachtungsstandards bei posttraumatischer Belastungsstörung. *Nervenarzt*, 2009. 80(11):1398–400.
- 10 Dudeck M and Freyberger HJ. Grenzen des Traumakonzepts und klinische Irrtümer. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, 2011. 5(1):12–7.
- 11 Leonhardt K and Foerster K. Probleme bei der Begutachtung der posttraumatischen Belastungsstörung. *Der medizinische Sachverständige*, 2003. 5:150–5.
- 12 von Bose A and Terpstra J. Vorstellungen über Krankheit und -Gesundheit in islamischen Kulturen, in *Muslimische Patienten Pflegen: Praxisbuch Betreuung und Kommunikation*. 2012, -Springer: Berlin, Heidelberg.21–42.
- 13 Colomb E, et al. Qualitätsleitlinien für psychiatrische Gutachten in der Eidgenössischen Invalidenversicherung. 2012, Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie SGPP: Bern.
- 14 Mueller C, et al. Eine ambulante Stabilisierungsgruppe zur -Verbesserung der Emotionsregulation bei komplexen posttraumatischen Störungen. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 2007. 57(09/10):364–72.
- 15 Weathers FW, et al. The Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5 (CAPS-5). 2013: National Center for PTSD.
- 16 Schnyder U. The Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5 (CAPS-5). Deutsche Übersetzung. 2013, Zurich: University Hospital Zurich, University of Zurich, Department of Psychiatry and -Psychotherapy.
- 17 Ehlers A, et al. Deutsche Übersetzung der Posttraumatic Stress Diagnostic Scale (PDS). 1996, Oxford: Warneford University -Hospital, Department of Psychiatry.
- 18 Bernstein DP, et al. Development and validation of a brief -screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse & Neglect*, 2003. 27(2):169–90.
- 19 Klinitzke G, et al. Die deutsche Version des Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) – psychometrische Eigenschaften in einer bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe. *Psychother Psych Med*, 2012. 62(EFirst):47, 51.
- 20 Smith GP and Burger GK. Detection of malingering: Validation of the structured inventory of malingered symptomatology (SIMS). *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 1997. 25(2):183–9.
- 21 Morel KR. Development and preliminary validation of a forced-choice test of response bias for posttraumatic stress disorder. -*Journal of Personality Assessment*, 1998. 70(2):299–314.
- 22 Pitman RK, et al. Psychophysiologic assessment of posttraumatic stress disorder imagery in Vietnam Combat veterans. -*Archives of General Psychiatry*, 1987. 44(11):970–5.
- 23 Shalev AY, et al. Physiologic responses to loud tones in Israeli -patients with posttraumatic stress disorder. *Archives of General Psychiatry*, 1992. 49(11):870–5.
- 24 Pitman RK and Orr SP. Forensic Laboratory Testing for PTSD, in *Posttraumatic Stress Disorder in Litigation: Guidelines for -Forensic Assessment*, R.I. Simon, Editor. 2003, American Psychiatric Publishing, Inc.: Washington, DC. 207–23.
- 25 Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie. Das AMDP-System: Manual zur Dokumentation -psychiatrischer Befunde. 2007, Göttingen: Hogrefe.
- 26 Linden M. Handwerkliche Aspekte der sozialmedizinischen -Begutachtung bei psychischen Störungen. *Rehabilitation - (Germany)*, 2013. 52(6):412–22.
- 27 American Psychiatric Association. The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5. 2013, Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- 28 Freyberger HJ, Stieglitz RD and Berner P. Neurotic, stress--related and somatoform disorders (section F4) and physiological dysfunction associated with mental or behavioural factors -(section F5): Results of the ICD-10 field trial. *Pharmacopsychiatry, Supplement*, 1990. 23(4):165–9.
- 29 Regier DA, et al. DSM-5 field trials in the United States and -Canada, part II: Test-retest reliability of selected categorical diagnoses. *American Journal of Psychiatry*, 2013. 170(1):59–70.
- 30 Friedman MJ. Finalizing PTSD in DSM-5: Getting here from there and where to go next. *Journal of Traumatic Stress*, 2013. 26(5):548–56.
- 31 Maercker A, et al. Proposals for mental disorders specifi cally -associated with stress in the International Classifi cation of -Diseases-11. *The Lancet*, 2013. 381(9878):1683–5.
- 32 Friedman MJ, et al. Considering PTSD for DSM-5. *Depression and Anxiety*, 2011. 28(9):750–69.
- 33 Linden M, Baron S and Muschalla B. Mini-ICF-Rating für Aktivitäts- und Partizipationsstörungen bei psychischen Erkrankungen. 2009, Göttingen: Hogrefe.
- 34 World Health Organization. International Classification of -Functioning, Disability and Health: ICF. 2001, Geneva: World Health Organization.
- 35 Linden M, et al. Fähigkeitsbeeinträchtigungen bei psychischen Erkrankungen. Diagnostik, Therapie und sozialmedizinische Beurteilung in Anlehnung an das Mini-ICF-APP. 2015, Bern: Huber.
- 36 Bickenbach J, et al. ICF Core Sets. Manual for Clinical Practice. 2012, Göttingen, Germany: Hogrefe.
- 37 Bar-Haim Y. Research Review: Attention bias modification (ABM): A novel treatment for anxiety disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 2010. 51(8):859–70.
- 38 Peichl J. Verstrickungen in der Übertragung und Gegenüber-tragung bei der Therapie von Traumapatienten. *Psychotherapeut*, 2000. 45(6):366–76.
- 39 Haenel F. Die Beziehung zwischen Gutachter und zu Unter-suchenden und ihre Bedeutung bei der Begutachtung chronischer psychischer Traumafolgen. *Der medizinische Sachverständige*, 2000. 3:84.
- 40 Versicherungspsychiatrie, S.G.f. and S.V.ä.G.i.V.b.p.u.p. Störungen, Leitlinien der Schweizerischen Gesellschaft für Versicherungs-psychiatrie für die Begutachtung psychischer Störungen. *Schweizerische Ärztezeitung*, 2004. 85(20):1048–51.