

# **Literaturstudie als Grundlage zur Entwicklung von evidenzbasierten Gütekriterien zur Beurteilung von psychischen Behinderungen**

erarbeitet für das Bundesamt für Sozialversicherungen im  
Rahmen des mehrjährigen Forschungsprogramms zu Invalidi-  
tät und Behinderung (FoP-IV)

Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel



Volker Dittmann

Gerhard Ebner

Jörg Herdt

Carolin Junge

Silke Träbert

Basel, 28. Januar 2009



# Inhaltsverzeichnis

|   |             |
|---|-------------|
| Tabellenverzeichnis .....   | <b>III</b>  |
| Abbildungsverzeichnis.....  | <b>V</b>    |
| Zusammenfassung .....   | <b>VII</b>  |
| Résumé .....  | <b>IX</b>   |
| Sintesi .....   | <b>XI</b>   |
| Summary .....   | <b>XIII</b> |
| Glossar .....   | <b>XV</b>   |
| <b>1 Ausgangslage/Problemstellung.....</b>  | <b>1</b>    |
| <b>2 Fragestellungen.....</b>   | <b>5</b>    |
| <b>3 Methode .....</b>  | <b>7</b>    |
| 3.1 Festlegung der Suchstrategie.....   | 9           |
| 3.1.1 Formulierung und Darstellung der Suchfragen .....   | 9           |
| 3.1.2 Festlegung von Keywords, Synonymen und Schlagwortkombinationen .....                              | 11          |
| 3.2 Auswahl der Datenbanken und Datenbankrecherche.....   | 12          |
| 3.2.1 Cochrane Library .....  | 13          |
| 3.2.2 DIMDI.....  | 13          |
| 3.2.3 PubMed.....   | 13          |
| 3.3 Systematische Zusatzrecherche per Hand .....  | 14          |
| 3.4 Sichtung und Auswahl der Literatur .....  | 14          |
| 3.5 Bewertung der Literatur nach Evidenz .....  | 17          |
| 3.6 Erstellung der Referenzdatenbank .....  | 17          |
| <b>4 Ergebnisse.....</b>  | <b>19</b>   |
| 4.1 Ergebnisse zu Fragestellung 1 .....   | 20          |
| 4.1.1 Zusammenfassende Ergebnisdarstellung .....  | 20          |
| 4.1.2 Ergebnisse der systematischen Datenbankrecherche.....   | 21          |
| 4.1.3 Ergebnisse der systematischen Zusatzrecherche .....   | 23          |
| 4.1.4 Ermittlung „gängiger“ Kriterien anhand inhaltlicher Sichtung und<br>quantitativer Auswertung..... | 24          |
| 4.2 Ergebnisse zu Fragestellung 2 .....   | 27          |
| 4.2.1 Zusammenfassende Ergebnisdarstellung .....  | 27          |
| 4.2.2 Ergebnisse der systematischen Datenbankrecherche.....   | 27          |

|          |  |           |
|----------|--|-----------|
| 4.2.3    | Ergebnisse der systematischen Zusatzrecherche.....                                     | 29        |
| 4.3      | Ergebnisse zu Fragestellung 3 .....  | 30        |
| 4.4      | Ergebnisse zu Fragestellung 4 .....  | 31        |
| <b>5</b> | <b>Diskussion der Ergebnisse .....</b>   | <b>33</b> |
| 5.1      | Fragestellung 1 .....  | 33        |
| 5.2      | Fragestellung 2 .....  | 34        |
| 5.3      | Fragestellung 3 .....  | 34        |
| 5.4      | Fragestellung 4 .....  | 35        |
| <b>6</b> | <b>Schlussfolgerungen und Empfehlungen .....</b>                                       | <b>37</b> |
| 6.1      | Forschungsbedarf .....   | 37        |
| 6.2      | Leitlinienentwicklung.....   | 38        |
| 6.3      | Exemplarische Darstellung des weiteren Vorgehens bei der<br>Leitlinienentwicklung..... | 39        |
| 6.4      | Abschliessende Empfehlungen .....  | 41        |
| <b>7</b> | <b>Literaturverzeichnis.....</b>   | <b>43</b> |
| <b>8</b> | <b>Anhang .....</b>  | <b>47</b> |
|          | <b>Referenzliste .....</b>   | <b>53</b> |

## Tabellenverzeichnis

|   |    |
|---|----|
| Tabelle 1. Übersicht über Keywords für die Datenbankrecherche .....               | 11 |
| Tabelle 2. Ein- und Ausschlusskriterien für die Auswahl von Literaturquellen..... | 15 |
| Tabelle 3. Evidenzhierarchie zur Bewertung von Studien.....                       | 17 |
| Tabelle 4. Übersicht über die Treffer aus der Datenbank Cochrane Library.....     | 21 |
| Tabelle 5. Übersicht über die Treffer aus der Meta-Datenbank DIMDI .....          | 22 |
| Tabelle 6. Übersicht über die Meta-Datenbank PubMed .....                         | 22 |
| Tabelle 7. Darstellung der Referenzen mit Evidenzniveau < IV.....                 | 23 |
| Tabelle 8. Darstellung der Referenzen mit Evidenzniveau < IV.....                 | 23 |
| Tabelle 9. Übersicht über „gängige“ Kriterien nach Häufigkeiten.....              | 25 |
| Tabelle 10. Übersicht über die Treffer aus der Datenbank Cochrane Library .....   | 28 |
| Tabelle 11. Übersicht über die Treffer aus der Meta-Datenbank DIMDI.....          | 28 |
| Tabelle 12. Übersicht über die Treffer aus der Meta- Datenbank PubMed .....       | 29 |
| Tabelle 13. Darstellung der Referenzen mit Evidenzniveau < IV.....                | 29 |
| Tabelle 14. Darstellung der Referenzen mit Evidenzniveau < IV.....                | 30 |
| Tabelle 15. Keywords, Synonyme und Schlagwortkombinationen .....                  | 47 |
| Tabelle 16. Verknüpfung der Suchfragen mit den dazugehörigen Keywords .....       | 49 |
| Tabelle 17. Berücksichtigte Quellen und Datenbanken .....                         | 51 |
| Tabelle 18. Leitlinienanbieter und deren Internetadressen.....                    | 52 |



## Abbildungsverzeichnis

|   |    |
|---|----|
| Abbildung 1. Übersichtsschema zum Prozess der Datensammlung und -auswertung ...                             | 8  |
| Abbildung 2. Darstellung der Kombination von Keywords und deren Synonymen .....                             | 12 |
| Abbildung 3. Übersicht über den Auswahlprozess der Literatur .....  | 16 |
| Abbildung 4. Exemplarische Darstellung der Leitlinienentwicklung am Beispiel<br>somatoformer Störungen..... | 40 |



# Zusammenfassung

## Ausgangslage

Versicherungspsychiatrischen Gutachten kommt bei der Beurteilung dauerhafter Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit aus psychischen Gründen eine entscheidende Bedeutung zu. Gleichzeitig wird deren Qualität in der Schweiz von den Auftraggebern als häufig unzureichend angesehen. Die Entwicklung von wissenschaftlich fundierten Leitlinien stellt einen wesentlichen Schritt zur Systematisierung und Qualitätsverbesserung der Begutachtungspraxis dar. Die vorliegende Literaturstudie liefert auf der Basis systematischer Literaturanalysen die Grundlagen für die Entwicklung von evidenzbasierten Kriterien und Leitlinien zur Beurteilung von psychischen Behinderungen. Ziel ist die Erstellung einer Referenzdatenbank mit der verfügbaren und identifizierten relevanten Literatur.

## Fragestellungen

Die Studie untersucht folgende Fragestellungen:

1. Welches sind die gängigen Qualitäts- respektive Evidenz-Kriterien für die Beurteilung von versicherungspsychiatrisch relevanten Gesundheitsstörungen hinsichtlich Schweregrad, Krankheitsverlauf, Behandlungserfolg und Prognose?
2. Gibt es wissenschaftlich anerkannte Kriterien für die Zuordnung einer psychiatrischen Gesundheitsstörung zu unterschiedlichen Graden der Leistungsbeeinträchtigung bzw. der Arbeitsfähigkeit?
3. Gibt es neben versicherungsjuristischen auch medizinisch empirische Begründungen für die Annahme eines Kausalzusammenhanges zwischen traumatisierenden Ereignissen (somatischen und psychischen) und versicherungspsychiatrisch relevanten Gesundheitsstörungen?
4. Welche psychiatrisch/psychologischen Untersuchungsmethoden zur Beurteilung versicherungsrelevanter Gesundheitsstörungen sind hinsichtlich der üblichen Gütekriterien (Objektivität, Reliabilität, Validität) ausreichend untersucht und mit dieser Indikation einsetzbar?

## Methode

Die Fragestellungen wurden auf der Basis systematischer Literaturrecherchen in allen national und international relevanten (Meta-) Datenbanken (insbesondere Cochrane Library, DIMDI und PubMed) sowie systematischer Zusatzrecherchen per Hand bearbeitet. Die Bewertung der Literatur nach Evidenz erfolgte anhand des AHCPR-Schemas zur Bewertung von Studien.

## Ergebnisse

*Zu Fragestellung 1:* Von den **70 als relevant ermittelten Publikationen** weist **keine ein Evidenzniveau von I** (Meta-Analysen, randomisierte kontrollierte Studien) auf. Als „gängige“ im Sinne von häufig in der Literatur beschriebenen bzw. zitierten Beurteilungskriterien wurden die Kriterien nach Foerster, die Indikatoren nach Winckler und Foerster sowie die Indizienliste von Widder und Aschoff identifiziert. Diese **gängigen Kriterien sind dem Evidenzniveau IV zuzuordnen** (Expertenmeinungen bzw. klinische Erfahrungen ausgewiesener Autoritäten), **Validierungsstudien liegen nicht vor.**

*Zu Fragestellung 2:* **Keine der identifizierten 60 relevanten Veröffentlichungen** ist dem **Evidenzniveau I** zuzuordnen. Lediglich im Kontext des ICF werden zurzeit Validierungsstudien durchgeführt.

*Zu Fragestellung 3:* Von den 130 für die Fragestellungen 1 und 2 relevanten Arbeiten befassen sich **16 Publikationen** mit dem Thema Kausalität (alle Evidenzniveau IV). Keine der Arbeiten liefert medizinisch-empirische Begründungen für die Annahme eines Kausalzusammenhangs.

*Zu Fragestellung 4:* Im BSV-Bericht 4/08 „Der Einsatz von Beschwerdevalidierungstests in der IV-Abklärung“ konnten im deutschsprachigen Raum keine hinreichend validen Beschwerdevalidierungstests gefunden werden. In der gutachterlichen Praxis wird im Wesentlichen auf nicht-standardisierte Tests zurückgegriffen.

## Schlussfolgerungen und Empfehlungen

Die Ergebnisse der vorliegenden Literaturstudie belegen einen **unbefriedigenden Ist-Stand** sowie einen **hohen Bedarf bezüglich evidenzbasierten, validierten Kriterien** zur Beurteilung von versicherungspsychiatrisch relevanten Gesundheitsstörungen. Daraus lässt sich **Forschungsbedarf** insbesondere bezüglich *Validierungsstudien* zur Weiterentwicklung bestehender Begutachtungskriterien, *Kausalstudien* zu traumatisierenden Ereignissen und Gesundheitsstörungen, sowie *Analyse und Prüfung internationaler Beschwerdevalidierungstests bzw. generell psychiatrisch/psychologischer Untersuchungsmethoden* ableiten. Für die **Leitlinienentwicklung** wird ein auf die Ausgangssituation abgestimmtes *systematisches*, exemplarisch anhand der somatorformen Störungen dargestelltes *Vorgehen* empfohlen. Damit ist es möglich, die bestehenden Wissenslücken durch die *Identifikation von Verfahren mit der aktuell besten verfügbaren Evidenz* zu schliessen. Dies sollte sinnvollerweise *anhand ausgewählter, besonders relevanter Krankheitsbilder* (z.B. F4-Diagnosen) mit Hilfe von *erweiterten Recherchestrategien* (testpsychologische sowie Verfahren und Instrumente aus dem rehabilitationsmedizinischen Bereich) erfolgen. Zur Überprüfung der Güte der Umsetzung von Leitlinien wie auch der Effekte der Leitlinienanwendung ist eine *begleitende Evaluation* zwingend.

## Résumé

### Situation de départ

Les expertises de psychiatrie des assurances jouent un rôle essentiel dans l'évaluation de l'incapacité durable de travail pour des raisons psychiques. En Suisse, leur qualité est souvent jugée insuffisante par les mandants. Le développement de lignes directrices scientifiquement fondées représente une étape importante vers la systématisation et l'amélioration qualitative de la pratique des expertises. S'appuyant sur une analyse systématique de la littérature, la présente étude pose les bases nécessaires au développement de critères factuels et de lignes directrices servant à évaluer les handicaps psychiques. Elle vise à établir une base de données de référence contenant la littérature disponible et identifiée comme pertinente.

### Problématique

L'étude se penche sur les questions suivantes.

1. Quels sont les critères de qualité courants utilisés pour évaluer les pathologies relevant de la psychiatrie des assurances et concernant le degré de gravité du cas, l'évolution de la maladie, le résultat et le pronostic ?
2. Existe-t-il des critères scientifiquement reconnus permettant de dire qu'un trouble psychiatrique entraîne telle réduction des performances ou telle incapacité de travail ?
3. En plus des considérations du droit des assurances, existe-t-il des éléments médicaux empiriques permettant d'admettre l'existence d'un lien de causalité entre des événements traumatisants (somatiques et psychiques) et des atteintes à la santé relevant de la psychiatrie des assurances ?
4. Quelles méthodes de recherche psychiatriques/psychologiques utilisées pour juger des atteintes à la santé relevant des assurances ont fait l'objet de recherches suffisantes en ce qui concerne les critères usuels de qualité (objectivité, fiabilité, validité) et peuvent donc être appliquées avec cette indication ?

### Méthodologie

Pour répondre aux questions posées, nous avons procédé à une revue systématique de la littérature à partir de toutes les bases et métabases de données nationales et internationales (notamment Cochrane, Library, DIMDI et PubMed) et de recherches faites « à la main ». Nous avons effectué notre évaluation de la littérature fondée sur les preuves au moyen des schémas de l'AHCPR pour l'évaluation de recherches.

## Résultats

*Question 1* : des **70 publications pertinentes** que nous avons relevées, **aucune n'a un niveau de preuve I** (méta-analyse, études contrôlées et randomisées). Nous avons identifié comme critères d'évaluation « courants », c'est-à-dire cités ou décrits fréquemment dans la littérature, les critères de Foerster, les indicateurs de Winckler et Foerster et la liste d'indices de Widder et Aschoff. Ces **critères courants relèvent du niveau de preuve IV** (avis d'experts ou essais cliniques par des spécialistes faisant autorité), car **il manque des études de validation**.

*Question 2* : parmi les **60 publications pertinentes identifiées pour notre étude, aucune ne peut être classée de niveau de preuve I**. Les seules études de validation existantes sont menées dans le cadre de la CIF.

*Question 3* : **16 publications** sur les 130 retenues pour les questions 1 et 2 se penchent sur le thème de la causalité (elles sont toutes de niveau de preuve IV). Aucune d'entre elles ne donne d'argument médical empirique justifiant l'hypothèse d'un lien de causalité.

*Question 4* : dans le rapport de recherche 4/08 de l'OFAS intitulé « Utilisation des tests de validation des symptômes dans l'instruction AI », nous n'avons pas trouvé, dans l'espace germanophone, de tests de validation des symptômes suffisamment validés. En pratique, les experts utilisent essentiellement des tests non standardisés.

## Conclusions et recommandations

Les résultats de la présente revue de littérature démontrent l'**état insatisfaisant** de la situation ainsi que le **besoin urgent de critères validés et basés sur les preuves** pour évaluer les pathologies relevant de la psychiatrie des assurances. En découle le **besoin de mener des recherches**, en particulier des *études de validation* pour le développement continu des critères d'expertise existants, des *études de causalité* pour les événements traumatisants et les troubles de la santé, ainsi que *des analyses et vérifications des tests internationaux de validation des symptômes et des autres méthodes de recherches psychiatrique/psychologique*. En ce qui concerne le **développement de lignes directrices**, nous conseillons une procédure qui parte de la situation d'origine et qui aborde les troubles somatiques de manière *systématique* et exemplaire. Ainsi, il sera possible de combler les lacunes de connaissances grâce à *l'identification des procédures qui comprennent les meilleures preuves disponibles actuellement*. A cet effet, des *tableaux cliniques choisis et particulièrement pertinents* (p. ex. les diagnostics F4) et des *stratégies de recherche élargies* (tests psychologiques, procédures et outils du domaines de la rééducation) constitueraient les outils les plus appropriés. Une *évaluation continue* est nécessaire pour vérifier la qualité de la mise en œuvre des lignes directrices et de ses effets.

# Sintesi

## Contesto

Le perizie psichiatriche svolte in ambito assicurativo hanno un ruolo decisivo nel riconoscimento delle limitazioni durevoli della capacità al lavoro dovute a ragioni psichiche. Tuttavia, la loro qualità è spesso ritenuta insufficiente dai committenti. La definizione di direttive fondate su basi scientifiche sarebbe un passo fondamentale verso la sistematizzazione e il miglioramento della prassi di valutazione da parte dei periti. Il presente studio presenta i risultati di un'analisi sistematica della letteratura scientifica e fornisce elementi per lo sviluppo di criteri basati sull'evidenza e di direttive per la valutazione delle disabilità psichiche. L'obiettivo è allestire una banca dati di riferimento delle opere di rilievo.

## Temi

Lo studio intende rispondere alle seguenti domande:

1. Quali sono i criteri di qualità/di evidenza usuali per valutare la gravità dei disturbi rilevanti per la psichiatria assicurativa, il decorso della malattia, il successo della terapia e la prognosi?
2. Esistono criteri scientificamente riconosciuti per determinare il grado di riduzione della produttività o della capacità al guadagno in funzione del disturbo psichico/psichiatrico?
3. Oltre a quelli di natura giuridica, vi sono anche motivi di natura medico-empirica che permettono di supporre l'esistenza di un nesso causale tra eventi traumatici (somatici o psichici) e disturbi rilevanti per la psichiatria assicurativa?
4. Quali metodi di analisi psichiatrica/psicologica utilizzati per valutare i disturbi rilevanti per l'assicurazione sono stati valutati in modo sufficientemente approfondito in base ai criteri di qualità usuali (obiettività, attendibilità, validità) e sono quindi indicati?

## Metodo

Le domande summenzionate sono state affrontate in base a un'analisi sistematica della letteratura specializzata disponibile in tutte le banche dati di rilievo nazionali e internazionali (in particolare Chochran Library, DIMDI e PubMed) e a ricerche sistematiche supplementari nei riferimenti bibliografici. La valutazione della letteratura in base al criterio dell'evidenza è stata eseguita secondo lo schema di valutazione degli studi dell'AHCP.

## Risultati

*Domanda 1:* delle **70 pubblicazioni ritenute rilevanti nessuna ha il livello di evidenza I** (meta-analisi, studi randomizzati e controllati). Quali criteri «usuali», nel senso di criteri di valutazione frequentemente descritti o citati nella letteratura scientifica, vanno menzionati i criteri di Foerster, gli indicatori di Winckler e Foerster e l'elenco di indizi di Widder e Aschoff. Questi **criteri usuali hanno un livello di evidenza IV** (opinioni o esperienze cliniche di esperti riconosciuti). **Non sono disponibili studi di convalida.**

*Domanda 2:* **nessuna delle 60 pubblicazioni di rilievo individuate ha il livello di evidenza I.** Gli unici studi di convalida in corso sono condotti nell'ambito dell'ICF.

*Domanda 3:* dei 130 lavori di rilievo per le domande 1 e 2, **soltanto 16** si occupano del tema della causalità (tutte le pubblicazioni hanno il livello di evidenza IV). Nessuno dei lavori fornisce argomenti medico-empirici che giustifichino l'ipotesi dell'esistenza di un nesso causale.

*Domanda 4:* il rapporto di ricerca 4/08 dell'UFAS sull'impiego di test di verifica della veridicità dei disturbi (TVVD) negli accertamenti dell'AI (*Der Einsatz von Beschwerdevalidierungstests in der IV-Abklärung*, disponibile soltanto in tedesco) giunge alla conclusione che nell'area germanofona non esistono TVVD sufficientemente validi. Nella prassi, i periti fanno perlopiù uso di test non standardizzati.

## Conclusioni e raccomandazioni

I risultati della presente analisi della letteratura scientifica dimostrano che la **situazione attuale è insoddisfacente** e che vi è un **grande bisogno di criteri convalidati basati sull'evidenza** per valutare i disturbi rilevanti dal punto di vista della psichiatria assicurativa. Per ciò che concerne la ricerca, **sono pertanto necessari studi di convalida** per sviluppare l'attuale elenco di criteri di valutazione, *studi di causalità* sulla relazione tra eventi traumatici e disturbi alla salute nonché analisi e prove di TVVD internazionali o, in generale, di metodi di esame psichiatrici/psicologici. Per quanto concerne la **definizione di direttive** raccomandiamo di affrontare i disturbi somatoformi in modo *sistematico* ed esemplare, partendo dallo stato attuale delle conoscenze scientifiche. In questo modo è possibile colmare le lacune conoscitive esistenti *identificando i metodi che attualmente offrono la migliore evidenza*. A tal fine si consiglia di *scegliere quadri patologici particolarmente rilevanti* (p. es. diagnosi F4) e utilizzare *strategie di ricerca avanzate* (strategie basate su test psicologici nonché metodi e procedure del settore della riabilitazione). Al fine di verificarne qualità ed effetti, l'attuazione delle direttive va costantemente analizzata e valutata.

# Summary

## Background

In Switzerland, psychiatric evaluations are an important part of insurance-related assessments of the partial or total inability to work as the result of a psychological disability. However, those who rely on these services frequently find that their quality leaves much to be desired. Scientifically substantiated guidelines could make a major contribution to the development of systematically grounded and reliable evaluations. The present comprehensive review of the relevant scientific literature aims to generate findings which could be used as a basis for the development of evidence-based performance criteria and guidelines for psychological disability evaluations. The final aim is to make all pertinent scientific research available in a reference databank established specifically for this purpose.

## Research questions

The study explores the following issues:

1. What quality and evidence-based criteria are currently used in insurance-related psychiatric evaluations of health disorders in terms of their severity, clinical picture, treatment outcomes and prognoses?
2. Are there any scientifically substantiated criteria to grade a psychiatric disorder according to the impact it has on the sufferer's ability to work?
3. Besides insurance law-based arguments, is there any empirical medical evidence to suggest a causal link between traumatic events (somatic and mental) and insurance-relevant psychiatric disorders?
4. Which psychiatric/psychological methods used in insurance-related health evaluations have been scientifically reviewed based on conventional performance criteria such as objectivity, reliability and validity, and could therefore be used in Swiss psychiatric evaluations?

## Methodology

Each of these four questions was investigated by means of a systematic computer-generated as well as a manual literature search in all nationally and internationally relevant (meta-) databases (chiefly the Cochrane Library, DIMDI and PubMed). The AHCPR procedure was used for the evidence-based evaluation of the selected literature.

## Results

*Question 1:* None of the **70 pertinent articles** is ranked at **evidence level I** (meta-analyses, randomised control studies). The following were identified as "standard" (in the sense that they are regularly used or cited in the literature): the Foerster criteria, the Winckler and Foerster indicators, as well as the Widder and Aschoff list of indicators. These **criteria** are **all** ranked at **evidence level IV** (expert opinions and/or clinical experience of respected authorities); **no validation studies are available**.

*Question 2:* **None of the relevant 60 articles** is ranked at **evidence level I**. The only validation studies currently under way concern the ICF.

*Question 3:* Of the 130 articles deemed relevant for Questions 1 and 2, **16** deal with causality (all are ranked at **evidence level IV**). None provide empirical medical evidence that suggests a causal link.

*Question 4:* According to the FSIO report 4/08 "The Use of Symptom Validity Tests in the IV Assessment Procedure", no sufficiently valid SVTs are currently in use in the German-speaking world. Instead, assessors in these countries mostly use non-standardised tests.

## Conclusions and recommendations

The findings of the present literature review allow us to conclude that the **current situation** could be vastly improved and that there is a **pressing need for evidence-based, validated criteria for insurance-related psychiatric assessments**. Consequently, **research on this issue should be stepped up**. Priority should be given to three types of research: *validation studies* on the development of existing assessment criteria; *causal studies* on traumatic events and health problems; and studies which *analyse and review the quality of international symptom validity tests and/or psychiatric/psychological evaluation methods*. It is recommended that a *systematic approach* be taken to the **development of scientifically substantiated guidelines**. Initial conditions ought to be taken into account and procedures should be designed with the evaluation of somatic disorders in mind. This should make it possible to *identify suitable approaches based on the best evidence available*, which in turn should close the evident gaps in our current knowledge. Since research should be *based on selected diseases of particular relevance* for insurance-related psychiatric evaluations carried out in Switzerland (e.g. F4 diagnoses), and supplemented with broader research strategies (for example, inclusion of psychological tests used by rehabilitation medicine). It is imperative that this process be **complemented by an evaluation** of the implementation and impact of any resulting guidelines.

## Glossar

|                                   |   |
|-----------------------------------|---|
| Aggravation                       | Übertreibung und / oder Ausweitung vorhandener Beschwerden oder einer vorhandenen Störung zum Zweck der Erlangung eines bestimmten Ziels  |
| AHCPR                             | Agency for Health Care Policy and Research  |
| AI                                | Assurance-Invalidité  |
| Arbeitsunfähigkeit                | Arbeitsunfähigkeit ist durch eine Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten (Art. 6 ATSG).   |
| ATSG                              | Bundesgesetz (BG) über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts   |
| AWMF                              | Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften   |
| ÄZQ                               | Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin  |
| Beschwerdevalidierungstests (BVT) | Standardisiertes Verfahren zur Überprüfung der Glaubwürdigkeit und Plausibilität der von den Klienten und Klientinnen geschilderten Beschwerden und Beeinträchtigungen  |
| BGE                               | Bundesgerichtsentscheide  |
| Boole'sche Operatoren             | Logische Verknüpfungen (z.B. AND, OR, NOT) für die Suchabfrage z.B. in Datenbanken  |
| BSV                               | Bundesamt für Sozialversicherungen  |
| DSM-IV                            | Diagnostisches und Statistisches Handbuch Psychischer Störungen (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) Version 4, Klassifikationssystem der American Psychiatric Association   |
| Erwerbsunfähigkeit                | Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen |

|                                   |  |
|-----------------------------------|--|
|                                   | Arbeitsmarkt (Art. 7 ATSG)   |
| FoP-IV                            | Forschungsprogramm zur IV des Bundesamtes für Sozialversicherungen   |
| ICF                               | Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (International Classification of Functioning, Disability and Health), weltweit anerkanntes Modell der Weltgesundheitsorganisation WHO (2001)            |
| ICD-10                            | Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) Revision 10, der Weltgesundheitsorganisation WHO (2006) |
| Invalidität                       | Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG)  |
| IV                                | Invalidenversicherung  |
| IVG                               | Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (SR 831.20)  |
| IVV                               | Verordnung über die Invalidenversicherung (SR 831.201)   |
| MEDAS                             | Medizinische Abklärungsstellen der IV  |
| Negative Antwortverzerrung        | Oberbegriff für Simulation und Aggravation   |
| Objektivität                      | Gütekriterium: Grösstmögliche Wertfreiheit, Unvoreingenommenheit, Unparteilichkeit   |
| Reliabilität                      | Gütekriterium: Formale Genauigkeit einer Untersuchung (Zuverlässigkeit)  |
| Simulation<br>(engl. Malingering) | Absichtliches Vortäuschen von nicht-vorhandenen Symptomen bzw. einer krankhaften Störung zu bestimmten, klar erkennbaren Zwecken.  |
| SZS                               | Schweizerische Zeitschrift für Sozialversicherung und berufliche Vorsorge  |
| Testgütekriterien                 | Hauptkriterien empirischer und quantitativer Forschung (Objektivität, Reliabilität und Validität)  |

|                   |   |
|-------------------|---|
| Validität         | Gütekriterium: Grad der Genauigkeit der Messung (Gültigkeit)  |
| Willensanspannung | Konzentration des Willens zur Erreichung eines Ziels (z. B. die gesundheitlichen Beeinträchtigungen mit eigener Willensanspannung überwinden und sich wieder in den Arbeitsprozess eingliedern)   |
| Zumutbarkeit      | Zumutbarkeit ist ein juristischer Begriff, der bisher in keinem Gesetz definiert wurde. Nach allgemeinem Sprachgebrauch versteht man unter dem Begriff Zumutbarkeit, dass man von einer bestimmten Person ein bestimmtes Verhalten erwarten oder verlangen darf, auch wenn dieses Verhalten mit Unannehmlichkeiten und Opfern verbunden ist. Aus medizinischer Sicht orientiert sich die Zumutbarkeit an den vorhandenen Fähigkeiten und Defiziten der betreffenden Person in Bezug auf arbeitsbezogene Anforderungen. Die Begriffe Arbeitsfähigkeit und Zumutbarkeit sind eng miteinander verknüpft. |



# 1 Ausgangslage/Problemstellung

In den vergangenen 10 Jahren hat die Zahl der IV-RentnerInnen in der Schweiz sehr stark zugenommen. Heute ist bereits jede 20. Person IV-RentenbezügerIn, überproportional zugenommen hat dabei der Anteil von IV-Berentungen aufgrund psychischer Störungen, die 40% der Neuberentungen ausmachen (Rajower, 2007). Diese Entwicklung führte unter anderem zu einer Revision des Invaliditätsgesetzes (IVG). Seit Anfang 2008 ist mit dem revidierten IVG auf Gesetzesstufe formuliert, unter welchen Bedingungen eine Erwerbsunfähigkeit versicherungsrelevant ist, indem Art. 7 des Bundesgesetzes über den allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechtes (ATSG) um folgenden Absatz ergänzt worden ist:

*Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist.*

Aus klinischer und praktischer Sicht stellt sich die Frage, wie Art. 7 Abs. 2 ATSG zu verstehen und anzuwenden ist. Hierbei spielen insbesondere Störungen im Grenzbereich zwischen Psyche und Soma wie die somatoformen Störungen, somatische Beschwerden, welche nicht oder nicht ausreichend durch somatische Befunde oder „objektivierbare“ psychische Störungen erklärbar sind, eine zentrale Rolle. Diese Frage ist nicht nur aus juristischer, sondern auch aus versicherungspsychiatrischer Sicht von grosser Bedeutung und Brisanz. Aktuell gibt es in der Schweiz keine anerkannten fachlichen Leitlinien, welche *inhaltlichen* Kriterien bei der Beurteilung einer solchen dauerhaften Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus psychischen Gründen und damit einer psychisch bedingten Behinderung in diesem Sinne heranzuziehen sind. Hierbei kommt in Zukunft den versicherungspsychiatrischen Gutachten eine entscheidende Bedeutung zu. Gleichzeitig wird die Qualität versicherungspsychiatrischer Gutachten in der Schweiz von den Auftraggebern als heterogen, in vielen Fällen als unzureichend angesehen (vgl. Mosimann & Ebner, 2008). Man kann derartige Gutachten als "Produkte" betrachten, die in einem Herstellungsprozess entstehen. In den verschiedenen Phasen der Erarbeitung eines Gutachtens können zahlreiche Störfaktoren und Fehlerquellen einwirken, welche dann erhebliche, für die Betroffenen wie Versicherungen einschneidende Auswirkungen haben (vgl. Dittmann, 2005). Für eine erfolgreiche Umsetzung des revidierten Gesetzesartikels wird es entscheidend sein, ob anerkannte Kriterien ausgearbeitet werden können, welche Grundlage der zukünftigen Begutachtung sein werden und auch auf die Rechtssprechung Einfluss haben dürften. Dies ist aber mit einer rein konsensuell ausgelegten Kriterienformulierung nicht möglich, sondern erfordert eine evidenzbasierte Sichtweise, damit auch bei der Begutachtung dem Kriterium der Objektivität Rechnung getragen werden kann.

Zur Entwicklung solcher Kriterien ist es hilfreich, im chronologischen Ablauf folgende wissenschaftlich etablierten Arbeitsschritte zu unterscheiden:

1. Materialsammlung als Vorbereitung für die Diagnostik (Aktenauswertung, Anamnese, Exploration, spezielle Untersuchungsmethoden).
2. Diagnosestellung (heute überwiegend mit Hilfe moderner allgemein akzeptierter operationaler Diagnosesysteme wie ICD-10 oder DSM-IV).
3. Die sich aus der oder den Diagnose(n) ableitende Prognose, Bewertung des Verlaufes mit und ohne Therapie.
4. Auswirkung von Diagnose und Prognose auf die versicherungsrechtlich wesentlichen Funktionen und damit auf eine mögliche Behinderung resp. Invalidität.

Neben dem methodisch richtigen Vorgehen bei der gutachterlichen Erhebung der wesentlichen Fakten und Befunde stehen die Zuverlässigkeit, mit der versicherungsrechtlich relevante psychiatrische Diagnosen gestellt werden können und die Quantifizierung der aus ihnen abgeleiteten Funktionsbeeinträchtigungen im Vordergrund der Kritik, in bestimmten Versicherungszweigen auch Kausalitätsfragen. Im Gegensatz zu anderen Bereichen der psychiatrischen Begutachtung, insbesondere der forensischen Psychiatrie, in der es für viele Fragestellungen (insbesondere für die Beurteilung der Schuldfähigkeit und der Kriminalprognose) etablierte und auch juristisch allgemein anerkannte Verfahren gibt, fehlen solche in der Versicherungspsychiatrie weitgehend. Für den einzelnen Gutachter, aber auch für die Auftraggeber fehlt derzeit eine übersichtliche Zusammenstellung von Begutachtungsmethoden und Bewertungskriterien, die Qualitätsansprüchen genügen. Die empirischen Ergebnisse zu diesen Fragestellungen sind nirgends zusammenfassend publiziert, sondern über Fachzeitschriften und Monographien weit verstreut.

Ein wesentlicher Schritt in Richtung Systematisierung und Qualitätsverbesserung der Begutachtungspraxis ist die Entwicklung von Leitlinien, die auf der Basis des aktuell verfügbaren Wissens verbindliche Vorgaben definieren. Die Grundlage für die Entwicklung wissenschaftlich fundierter Leitlinien stellt die kritische Analyse der bestehenden Literatur dar. Das Gebiet der Symptomvalidierung ist in der Schweiz in der Versicherungspsychiatrie noch kaum bearbeitet worden, entsprechende Empfehlungen in diesem besonders heiklen Bereich fehlen, obwohl es für einzelne Diagnosen (zum Beispiel für die Posttraumatische Belastungsstörung) und diagnostische Verfahren (in erster Linie neuropsychologische Untersuchungen) Empfehlungen im Ausland gibt (siehe Mosimann & Ebner, 2008). Die Arbeit von Kool, Meichtry, Schaffert und Rüesch (2008, BSV Bericht Nr. 4/08) bildet hier einen ersten Anhaltspunkt für die weitergehende Bearbeitung dieses Themas.

Vor diesem Hintergrund hat das BSV im Rahmen seines Forschungsprogramms IV (FOP-IV) das Projekt zur Durchführung einer „Literaturstudie als Grundlage zur Entwicklung von evidenzbasierten Gütekriterien zur Beurteilung von psychischen Behinderungen“ ausgeschrieben.

Die vorliegende Arbeit ist das Ergebnis der Bearbeitung der vorgegebenen Fragestellungen dieser Ausschreibung, auf die im folgenden Abschnitt detailliert eingegangen wird.



## 2 Fragestellungen

Das generelle Ziel der vorliegenden Studie ist die Auswertung der aktuellen versicherungspsychiatrisch relevanten Literatur sowie deren Bewertung. Das Ergebnis der systematischen Literaturanalyse fließt in die Erstellung einer Referenzdatenbank ein, die die zum jetzigen Zeitpunkt zugängliche Literatur mit der besten verfügbaren Evidenz auf dem Gebiet der versicherungspsychiatrischen Begutachtung zusammenfasst. Der vorliegende Bericht sowie die zugehörige Referenzdatenbank bilden die Grundlage für die weiteren Arbeitsschritte zur Entwicklung störungsspezifischer Leitlinien.

Folgende Fragestellungen werden in dieser Arbeit spezifisch untersucht:

1. Welches sind die gängigen Qualitäts- respektive Evidenz-Kriterien für die Beurteilung von versicherungspsychiatrisch relevanten Gesundheitsstörungen hinsichtlich
  - des Schweregrades
  - des Krankheitsverlaufs
  - des Behandlungserfolgs und
  - der Prognose?

Die Bearbeitung dieser Fragestellung zielt darauf ab, einen fundierten und umfassenden Überblick zur Qualität vorhandener Beurteilungskriterien zu geben und dadurch mögliche Schwachstellen aufzuzeigen. Dabei erfolgt eine Fokussierung auf eine Auswahl besonders relevanter Gesundheitsstörungen auf der Basis des vorliegenden Literaturstands und entsprechend des Bedarfs des Auftraggebers (z.B. in erster Linie affektive Störungen und F4-Diagnosen nach ICD-10). Bei den Kriterien zu Zumutbarkeit und Prognose werden insbesondere die Kriterien zur Einschränkung der zumutbaren Willensanspannung untersucht (BGE 130 V 352), (Foerster, 1999, 2004).

2. Gibt es wissenschaftlich anerkannte Kriterien für die Zuordnung einer psychiatrischen Gesundheitsstörung zu unterschiedlichen Graden der Leistungsbeeinträchtigung bzw. der Arbeitsfähigkeit?<sup>1</sup>

Alle identifizierten Beurteilungskriterien werden dahingehend überprüft, inwiefern diese eine Zuordnung psychischer Gesundheitsstörung zum Grad der Leistungsbeeinträchtigung vornehmen. Insbesondere wird dabei die Frage der Evidenzbasierung einer solchen Zuordnung behandelt, wobei besonders auf gängige operationalisierte Kriterienkataloge wie das ICF (z.B. Linden & Baron, 2005) eingegangen wird.

---

<sup>1</sup> Im ursprünglichen Arbeitsplan des Auftrags war vorgesehen, lediglich die für Fragestellung 1 als relevant identifizierte Literatur bzgl. dieser 2. Fragestellung zu analysieren. Um tatsächlich alle verfügbare Literatur zu dieser relevanten Thematik zu erfassen, wurde eine vollständig neue Recherche, unabhängig von den Treffern zu Fragestellung 1 durchgeführt (s.a. Abschnitt 3.1.1).

3. Gibt es neben versicherungsjuristischen auch medizinisch empirische Begründungen für die Annahme eines Kausalzusammenhanges zwischen traumatisierenden Ereignissen (somatischen und psychischen) und versicherungspsychiatrisch relevanten Gesundheitsstörungen?

Die Untersuchung von Kausalzusammenhängen im Bereich versicherungspsychiatrisch relevanter Gesundheitsstörungen stellt ein extrem komplexes und umfassendes Thema dar, deren intensive und detaillierte Bearbeitung den vorgegebenen Zeit- und Kostenrahmen der vorliegenden Arbeit bei Weitem überschreiten würde. Eine seriöse Bearbeitung dieser Fragestellung fokussiert deshalb sinnvoller Weise auf die Recherche spezifischer, in diesem Zusammenhang relevanten Kausalanalysen. Insbesondere werden die in den ersten Arbeitsschritten identifizierten Beurteilungskriterien bezüglich der Angabe von Kausalzusammenhängen (und deren entsprechenden evidenzbasierten Begründung) überprüft.

4. Welche psychiatrisch/psychologischen Untersuchungsmethoden zur Beurteilung versicherungsrelevanter Gesundheitsstörungen sind hinsichtlich der üblichen Gütekriterien (Objektivität, Reliabilität, Validität) ausreichend untersucht und mit dieser Indikation einsetzbar?

Seit der Ausschreibung der vorliegenden Literaturanalyse wurde speziell zu dieser vierten Fragestellung ein ebenfalls vom BSV beauftragtes Projekt abgeschlossen und dessen Ergebnisse als BSV-Forschungsbericht Nr. 4/08 vorgelegt (Kool, Meichtry, Schaffert, & Rüesch, 2008). In Absprache mit dem BSV wurde deshalb auf die erneute Bearbeitung dieses Themas verzichtet. Vielmehr werden die wesentlichen Ergebnisse dieser Arbeit zusammenfassend in Abschnitt 4.4 dargestellt. Ergänzend werden eine (methoden-) kritische Würdigung dieser Arbeit sowie eine Darstellung der Implikationen für weitere Arbeitsschritte zu diesem Thema vorgenommen.

Neben der zusammenfassenden Bewertung der Ergebnisse zu allen Fragestellungen, der Benennung offener Fragen und der Diskussion zukünftigen Forschungsbedarfes verfolgt die vorliegende Arbeit insbesondere das Ziel, eine elektronische Referenzbibliothek für Gutachter, Auftraggeber und Gerichte bereit zu stellen. Die aktuell verfügbare relevante Literatur wird dabei in Form eines elektronischen Literaturverzeichnisses mit Hyperlinks zu den Originalpublikationen aufbereitet (siehe die alphabetische Referenzliste im Anhang).

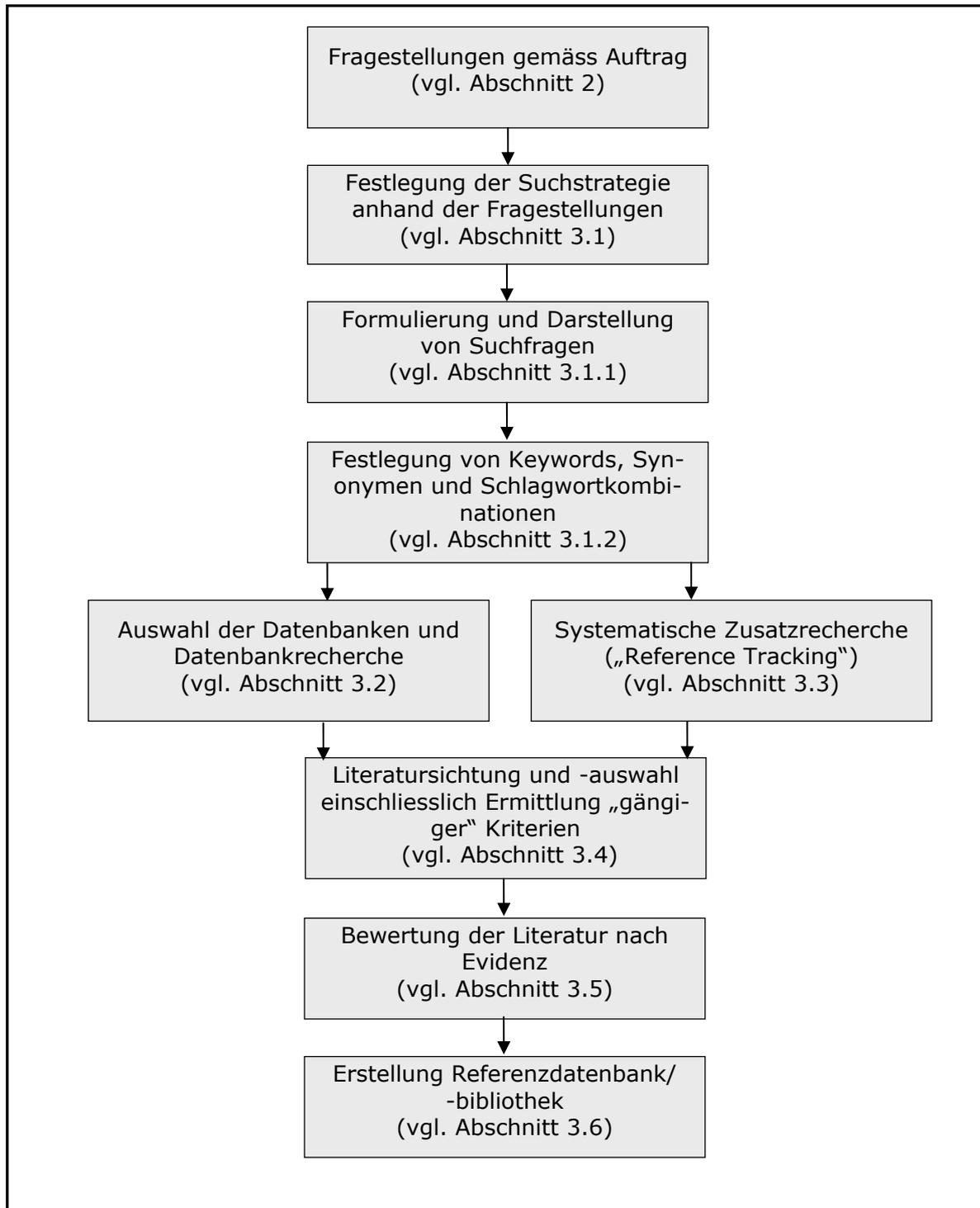
### 3 Methode

Zur Beantwortung der Fragestellungen wurde eine systematische Literaturrecherche durchgeführt mit dem Ziel, anhand der verfügbaren und identifizierten Literatur eine Referenzdatenbank zu erstellen. Hierzu wurden die vorhandenen Quellen zum aktuellen Zeitpunkt sowohl schweizweit als auch aus dem internationalen Raum zusammengetragen.

Der Ablauf der systematischen Literaturrecherche gliedert sich in folgende Arbeitsschritte:

1. Bildung einer Suchstrategie einschliesslich der Formulierung von differenzierten Unterfragestellungen und Festlegung von Keywords (Suchbegriffe, Schlüsselwörter).
2. Die eigentliche Literatursuche erfolgt dabei über zwei Zugänge:
  - a.) Systematische Recherche in ausgewählten Datenbanken;
  - b.) Zusatzrecherche per Hand über die Durchsicht der Referenzlisten bereits gefundener Artikel nach neuen Literaturquellen („Reference Tracking“) sowie ergänzende Recherche in spezifischen, bei der systematischen Recherche nicht berücksichtigten Datenbanken.
3. Sichtung der Literatur und Auswahl der relevanten Literaturreferenzen mit Hilfe definierter Ein- und Ausschlusskriterien.
4. Bewertung der Literatur nach Evidenz.
5. Dokumentation der Ergebnisse und Erstellung einer Referenzdatenbank.

Die nachfolgende Abbildung zeigt schematisch den Prozess und die Vorgehensweise der Datensammlung und -auswertung.



**Abbildung 1. Übersichtsschema zum Prozess der Datensammlung und -auswertung**

Entsprechend der oben dargestellten Abbildung 1 wird nachfolgend der Prozess der Datensammlung und -auswertung näher erläutert.

### 3.1 Festlegung der Suchstrategie

Grundlage für die systematische Literatursuche bildet eine auf die Fragestellungen zugeschnittene Suchstrategie. Dies erfolgt nach einem iterativen Prozess. Dabei werden zunächst für jede einzelne Fragestellung zusätzliche Unterfragestellungen (Suchfragen) formuliert.

Begleitend werden zu jeder Suchfrage die jeweiligen Schlagworte (Keywords) für die Recherche in den Datenbanken festgelegt. In den folgenden Abschnitten werden die Suchfragen der entsprechenden Fragestellungen sowie die zugehörigen Keywords dargestellt.

#### 3.1.1 Formulierung und Darstellung der Suchfragen

##### Fragestellung 1

**Welches sind die gängigen Qualitäts- respektive Evidenz-Kriterien für die Beurteilung von versicherungspsychiatrisch relevanten Gesundheitsstörungen hinsichtlich Schweregrad, Krankheitsverlauf, Behandlungserfolg und Prognose?**

Folgende detaillierte Suchfragen wurden festgelegt:

##### **Suchfragen**

- 1.1 Wie werden psychische Störungen beurteilt/ begutachtet?
- 1.2 Welche Kriterien gibt es für die Beurteilung von psychischen Störungen?
- 1.3 Welche Kriterien gibt es zur Beurteilung von psychischen Störungen hinsichtlich
  - 1.3a des Schweregrades?
  - 1.3b des Krankheitsverlaufs?
  - 1.3c des Behandlungserfolgs?
  - 1.3d der Prognose?

## **Fragestellung 2**

**Gibt es wissenschaftlich anerkannte Kriterien für die Zuordnung einer psychiatrischen Gesundheitsstörung zu unterschiedlichen Graden der Leistungsbeeinträchtigung bzw. Arbeitsfähigkeit?**

Die systematische Recherche wurde entsprechend folgender Suchfragen durchgeführt:

### **Suchfragen**

- 2.1 Wie werden die unterschiedlichen Grade der Leistungsbeeinträchtigung bzw. Arbeitsfähigkeit beschrieben?
- 2.2 Wie erfolgt die Zuordnung zwischen Gesundheitsstörungen und graduellen Leistungsbeeinträchtigungen bzw. gradueller Arbeitsfähigkeit?

Abweichend vom ursprünglichen Arbeitsplan der vorliegenden Literaturanalyse wurde nicht nur die für Fragestellung 1 als relevant identifizierte Literatur bzgl. dieser zweiten Fragestellung analysiert. Vielmehr wurde eine vollständig neue Recherche, unabhängig von den Treffern zu Fragestellung 1, durchgeführt, um die aktuell verfügbare Literatur zu dieser relevanten Thematik vollständig zu erfassen.

## **Fragestellung 3**

**Gibt es neben versicherungsjuristischen auch medizinisch-empirische Begründungen für die Annahme eines Kausalzusammenhanges zwischen traumatisierenden Ereignissen (somatischen und psychischen) und versicherungspsychiatrisch relevanten Gesundheitsstörungen?**

Für die Bearbeitung der Fragestellung 3 wurde keine separate Suche vorgenommen. Vielmehr wurden die aus der Sichtung und Auswahl der zu Fragestellung 1 und 2 identifizierten relevanten Publikationen bezüglich der Angabe von Kausalzusammenhängen überprüft und die Begründung hinsichtlich ihrer Evidenzbasierung untersucht.

## **Fragestellung 4**

**Welche psychiatrischen/psychologischen Untersuchungsmethoden zur Beurteilung versicherungsrelevanter Gesundheitsstörungen sind hinsichtlich der üblichen Gütekriterien ausreichend untersucht und mit dieser Indikation einsetzbar?**

Die Beantwortung dieser Fragestellung erfolgt in Anlehnung an den Forschungsbericht „Der Einsatz von Beschwerdevalidierungstests in der IV-Abklärung“ (Kool, Meichtry, Schaffert, & Rüesch, 2008, BSV- Bericht Nr. 4/08). Die wesentlichen Ergebnisse dieser Arbeit, deren (methoden-) kritische Bewertung sowie die daraus abzuleitenden Implikationen für weitere Arbeitsschritte zu diesem Thema sind zusammenfassend in den Abschnitten 4.4 und 5.4 dargestellt.

### 3.1.2 Festlegung von Keywords, Synonymen und Schlagwortkombinationen

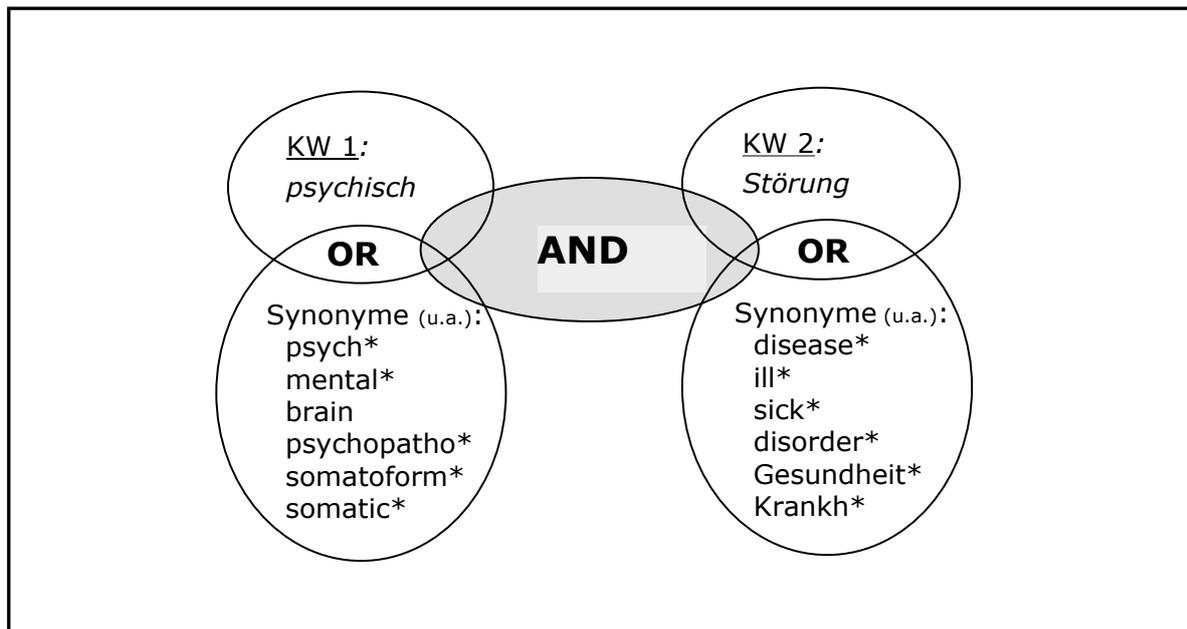
Den Fragestellungen entsprechend wurden für die einzelnen Suchfragen Keywords abgeleitet. Zudem wurden themenrelevante Artikel nach Schlagwörtern durchsucht und zur Vervollständigung in die Erarbeitung der Keywords einbezogen. Diese wurden in deutscher, französischer und englischer Sprache formuliert. Die Übersetzung und Rückübersetzung der Keywords in die englische Sprache erfolgte durch einen wissenschaftlich ausgewiesenen Native Speaker und zusätzlich mit Hilfe des elektronischen Wörterbuchs LEO (Deutsch- Englisch Wörterbuch, 2008, <http://dict.leo.org>). Ebenso wurde bei der Suche nach Synonymen für die Keywords vorgegangen.

Die Suchabfrage erfolgte datenbankspezifisch: die einzelnen Datenbanken bieten neben „Limits“ (Einschränkungen) auch diverse Suchfilter an, mit deren Hilfe z.B. zeitliche und sprachliche Merkmale eingestellt werden können und je nach Datenbank unterschiedlich eingestellt werden müssen. Die Datenbanken wurden, abhängig von den Vorgaben und Möglichkeiten der jeweiligen Datenbank, wenn möglich nach Titel, Abstract und Keywords durchsucht. Neben der Eingabe von Boole'schen Mengenoperatoren, um Schlagwörter miteinander zu verknüpfen (AND) oder die Suchmenge zu erweitern (OR), wurden Trunkierungen verwendet („to truncate“, engl.: abschneiden, kürzen). Bei der Datenbankrecherche wird dieses Verfahren zur erweiterten Suche verwendet, um z. B. nach Zusammensetzungen von Wörtern zu recherchieren. Trunkierungen werden mit Sonderzeichen wie z.B. „ \* “ dargestellt, je nach Vorgaben der jeweiligen Datenbank. Neben Schlagwörtern (vgl. Tabelle 1) wurden zusätzlich auch Schlagwortkombinationen verwendet. Für die Suchstrategie der vorliegenden Literaturstudie wurden folgende Keywords (KW) definiert, die entsprechenden Synonyme und Schlagwortkombinationen sind im Anhang in Tabelle 15 dargestellt:

**Tabelle 1. Übersicht über Keywords für die Datenbankrecherche**

|            |                   |
|------------|-------------------|
| Keyword 1  | psychisch         |
| Keyword 2  | Störung           |
| Keyword 3  | Begutachtung      |
| Keyword 4  | Leitlinien        |
| Keyword 5  | Versicherung      |
| Keyword 6  | Schweregrad       |
| Keyword 7  | Krankheitsverlauf |
| Keyword 8  | Behandlungserfolg |
| Keyword 9  | Prognose          |
| Keyword 10 | Beeinträchtigung  |

Am Beispiel der Begriffe *psychisch* und *Störung* wird in Abbildung 2 exemplarisch der Aufbau der Suchstrategie veranschaulicht. Durch die AND-Verknüpfung der beiden Keywords werden die Datenbanken nach der Kombination dieser zwei Begriffe durchsucht. Die Synonyme für die Keywords sind notwendig, um eine umfassende Recherche zu garantieren. Diese sind durch eine OR-Verknüpfung mit dem ursprünglichen Keyword dargestellt.



**Abbildung 2. Darstellung der Kombination von Keywords und deren Synonymen**

Die detaillierte Darstellung der Verknüpfung der in Abschnitt 3.1.1 formulierten Suchfragen zu den einzelnen Fragestellungen mit den zugehörigen Keywords kann dem Anhang, Tabelle 15 entnommen werden.

### 3.2 Auswahl der Datenbanken und Datenbankrecherche

Die Auswahl adäquater Datenbanken erfolgte nach eingangs definierten Kriterien. Für die vorliegende Studie waren ausschlaggebend das Fachgebiet, Evidenzgrad und Verfügbarkeit bzw. Kosten. Gemäss der Leitfrage, möglichst evidenzbasierte Kriterien zu identifizieren, erfolgte die Suche nach relevanten Studien zunächst in der Datenbank Cochrane Library, in der Studien mit dem höchsten Evidenzniveau erfasst sind. Um andere Publikationen mit niedrigerem Evidenzniveau ebenfalls zu erfassen, erfolgten weitere Recherchen in den Meta-Datenbanken DIMDI (vgl. 3.2.2) und PubMed der American National Library of Medicine. Datenbankübergreifende Meta-Datenbanken führen eine systematische Abfrage von eingeschlossenen Primärdatenbanken durch. Insbeson-

dere bei DIMDI erfolgte dies in allen relevanten biomedizinischen Datenbanken. Generell wurde bei der Suche nach Literatur keine zeitliche Einschränkung (Jahr) vorgenommen, um auch alle älteren, etablierten Kriterien zu erfassen. Weiterhin wurden Publikationen aus dem englisch-, französisch- und deutschsprachigen Raum einbezogen.

Nachfolgend werden die wichtigsten berücksichtigten Datenbanken beschrieben. Eine ausführliche Darstellung dieser Datenbanken mit dazugehörigen Unterdatenbanken findet sich im Anhang in Tabelle 17.

### **3.2.1 Cochrane Library**

Die Cochrane Library ist eine Datenbank der Cochrane Collaboration, einem internationalen Netzwerk von Wissenschaftlern für Wissenschaftler und Ärzte, in der systematische Übersichtsarbeiten erstellt und für den Anwender zur Verfügung gestellt werden. Es handelt sich um eine wissenschaftlich fundierte Informationsgrundlage, die es ermöglicht, den aktuellen Stand der klinischen Forschung in kurzer Zeit objektiv beurteilen zu können, da Cochrane Library hinsichtlich der Evidenzbasiertheit von Daten diejenigen Literaturreferenzen zusammenfasst, die das höchste Evidenzniveau aufweisen. Diese spiegeln sich beispielsweise in Meta-Analysen oder Reviews wider.

„Neben den Übersichtsarbeiten in der "Cochrane Database of Systematic Reviews" enthält die Cochrane Library auch weitere Datenbanken u. a. ein Studienregister, Informationen zu Health Technology Assessment (HTA), methodische Aspekte etc. Die Cochrane Library stellt damit eine ganz wesentliche Quelle für die systematische und umfassende Literatursuche in der evidenzbasierten Medizin dar und ist z.B. für die Erstellung von Leitlinien und HTA-Berichten unverzichtbar“ (The Cochrane Collaboration, 2008).

### **3.2.2 DIMDI**

Das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) betreibt eine Meta-Literaturdatenbank, die ein umfassendes Datenbankangebot mit rund 70 international führenden medizinischen Datenbanken und spezifischen Informationssystemen für und aus dem medizinischen Bereich zur Verfügung stellt.

Neben grossen internationalen Datenbanken wie Medline, SciSearch und EMBASE bietet DIMDI auch Zugriff auf die Cochrane Library. Die Datenbankauswahl kann manuell vorgenommen werden (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, 2008).

### **3.2.3 PubMed**

PubMed ist eine Meta-Datenbank und bibliografische Referenzdatenbank hauptsächlich im englisch-sprachigen Bereich. Es werden internationale medizinische Fachartikel, ins-

besondere aus den Vereinigten Staaten (National Library of Medicine, NLM) dokumentiert. PubMed bietet einen kostenfreien Zugang zu den Datenbanken Medline, OldMedline (vor 1966) sowie PubMed Central (U.S. National Library of Medicine and the National Institutes of Health, 2008).

### 3.3 Systematische Zusatzrecherche per Hand

Neben der systematischen Datenbankrecherche wurde zusätzlich eine Handrecherche vorgenommen. Hierfür wurde bei der Suche nach weiteren Referenzen systematisch in den Literaturlisten der bisher gefundenen Artikel recherchiert („Reference Tracking“). Ergänzend wurden weitere für die Fragestellungen relevante Datenbanken (z.B. Leitli- niendatenbanken [vgl. Anhang, Tabelle 18], die Datenbank der Schweizerischen Ärzte- zeitung [2008], die französischsprachige Datenbank Banque de Données Santé Publi- que [BDSP, 2008]), die nicht in den Meta-Datenbanken enthalten sind, nach spezifi- schen Literaturangaben durchsucht, um den Überblick über den aktuellen Stand der Thematik zu vervollständigen.

### 3.4 Sichtung und Auswahl der Literatur

Die aufgrund der Datenbankrecherche und zusätzlichen systematischen Handrecherche gefundenen Publikationen wurden von zwei Reviewern gesichtet. Die Auswahl relevan- ter Publikationen erfolgte mit Hilfe der in Tabelle 2 dargestellten, den Fragestellungen angepassten Ein- und Ausschlusskriterien<sup>2</sup>. Bei der Auswahl ging es vorrangig um die Beantwortung der Fragestellung respektive der jeweiligen Suchfragen. Thematisch irre- levante Publikationen oder Studien ohne Projektrelevanz wurden ausgeschlossen. Alle Publikationen, die nach diesem Prozedere als relevant beurteilt werden konnten, wur- den im Literaturverwaltungsprogramm Endnote dokumentiert. Für die zusammen- fassende Darstellung wurden folgende Parameter tabellarisch festgehalten:

- Allgemeine Angaben: Autor, Jahr, Titel
- Beurteilungskriterien (wenn vorhanden): Autor, Jahr, Zweck, Benennung des Krite- riums
- Informationen zu Schweregrad, Krankheitsverlauf, Behandlungserfolg, Prognose, Leistungsbeeinträchtigung, Kausalität, Informationen zu zumutbarer Willensanspan- nung, Aggravation und Simulation

---

<sup>2</sup> Generell ist bei der Literatursichtung zwischen der eigentlichen *Datenbankrecherche* und der *Sichtung* der gefundenen Literaturangaben zu unterscheiden. Bei der Datenbankrecherche wurden grundsätzlich keinerlei Eingrenzungen (ausser bzgl. Sprachen Englisch, Deutsch, Französisch) vorgenommen. Erst bei der Sichtung der Resultate, also der eigentlichen Beurteilung, ob die gefundenen Resultate überhaupt im Zusammenhang mit den Fragestellungen relevant sind, wurde dann Literatur den Kriterien entsprechend ausgeschlossen.

Diese Literaturverwaltung und Dokumentation der Publikationen dient als Basis für die Erstellung der gemäss Auftrag geforderten Referenzdatenbank (vgl. Abschnitt 3.6).

Nachfolgend werden die Kriterien für die Auswahl der Literatur zusammenfassend dargestellt (vgl. Tabelle 2).

**Tabelle 2. Ein- und Ausschlusskriterien für die Auswahl von Literaturquellen**

| Einschlusskriterien  | Ausschlusskriterien  |
|--|--|
| - F3 und F4-Diagnosen gemäss ICD-10 (einschliesslich Fibromyalgie, Rückenschmerzen, HWS-Syndrom) | - Therapievergleichsstudien <sup>3</sup>                         |
| - Für die Fragestellung relevante Aussagen   | - Differentialdiagnostische Fragestellungen                      |
| - Englisch-, deutsch- und französischsprachige Literatur   | - Mangelnder Informationsgehalt (Leserbriefe, zu allgemein etc.) |
| - Keine Begrenzung bezüglich der Jahreszahl  |  |

Die Sichtung und Auswahl der Publikationen richtet sich nach den Fragestellungen der vorliegenden Studie.

Die Beantwortung der Fragestellungen 1 und 2 erfolgte grundsätzlich wie oben beschrieben anhand der Analyse der gefundenen Publikationen aus Datenbankrecherche und Zusatzrecherche (vgl. Abschnitt 3.1).

Zur Ermittlung der in Fragestellung 1 formulierten „gängigen“ Kriterien wurde eine weitere Methodik gewählt: Die durch Datenbankrecherche und zusätzliche Handrecherche ermittelten Publikationen wurden einer ergänzenden inhaltlichen Sichtung unterzogen. Dabei wurde eine quantitative Auszählung (Häufigkeiten der Nennung) der Kriterien vorgenommen. Die Kriterien selbst wurden hinsichtlich ihrer Evidenzbasiertheit beur-

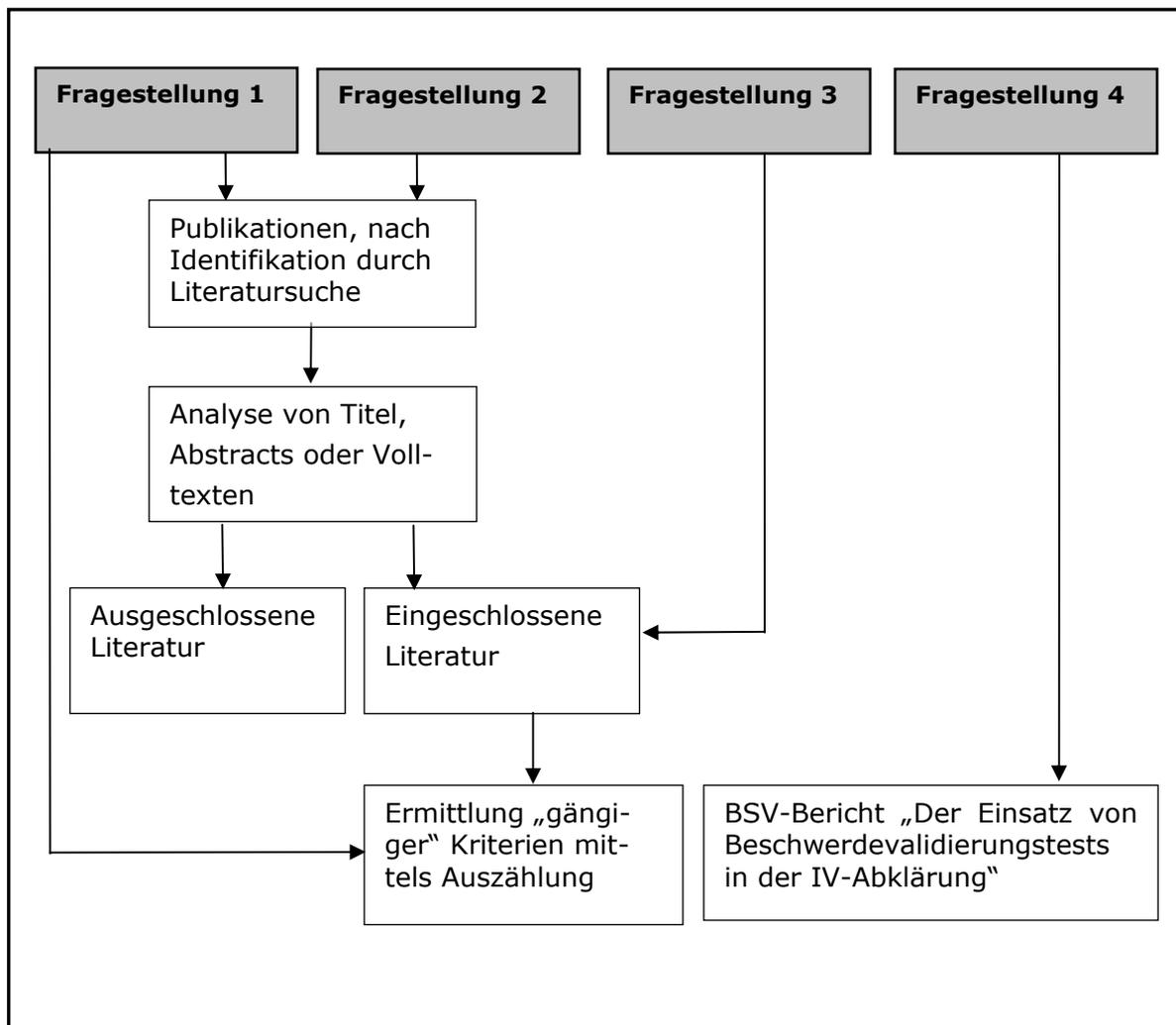
---

<sup>3</sup> Der Ausschluss von Therapie(vergleichs-)studien hat rein pragmatische Gründe. Die Recherche ergab eine hohe Zahl an Therapiestudien bzw. Therapievergleichsstudien (Cochrane 467, PubMed 9, DIMDI 101, insgesamt 577 Publikationen). Bei keiner dieser Arbeiten konnte anhand der Titel ein direkter Zusammenhang zu den Fragestellungen (beispielsweise zu Kriterien zur Beurteilung des Behandlungserfolgs oder zur Prognose) hergestellt werden – in diesem Falle wäre die Arbeit in die Sichtung eingeschlossen worden. Um jede Veröffentlichung bzgl. Angaben zur Prognose zu prüfen, müsste eine detaillierte inhaltliche Analyse der Volltexte dieser Arbeiten erfolgen, was angesichts der grossen Zahl zu prüfender Arbeiten im vorgegebenen Zeitrahmen nicht möglich war.

teilt. Durch diese zusätzliche Erfassung wurde es möglich, einen Überblick über die in der Praxis häufig verwendeten (im Sinne von häufig zitierten und in der Literatur häufig dargestellten) Kriterien zu erhalten.

Alle als relevant identifizierten Publikationen wurden gesichtet und es wurden diejenigen Kriterien, Indikatoren und Merkmale identifiziert, die vom jeweiligen Autor als wichtig erachtet und/oder adaptiert bzw. selbst entwickelt wurden. Blosser Nennungen ohne Bezug auf dessen Kriterien, Merkmale oder Indikatoren wurden nicht in die Zählung aufgenommen.

Wie bereits in Abschnitt 3.1.1 beschrieben, wurden als Grundlage zur Beantwortung der Fragestellung 3 alle in die Beantwortung von Fragestellung 1 und 2 eingeschlossenen Publikationen herangezogen, während Fragestellung 4 auf Grundlage des BSV-Berichts „Der Einsatz von Beschwerdevalidierungstests in der IV-Abklärung“ (Kool, Meichtry, Schaffert, & Ruesch, 2008) behandelt wurde (vgl. Abbildung 3).



**Abbildung 3. Übersicht über den Auswahlprozess der Literatur**

### 3.5 Bewertung der Literatur nach Evidenz

Die Bewertung der eingeschlossenen Literatur sowie der extrahierten „gängigen“ Kriterien erfolgte nach dem Schema der *Agency for Health Care Policy and Research* (AHCPR, 1999). Diese Einteilung der Evidenzniveaus liegt den derzeit massgeblichen Empfehlungen der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften AWMF (2008) zugrunde. Diese ist in nachfolgender Tabelle 3 dargestellt.

**Tabelle 3. Evidenzhierarchie zur Bewertung von Studien\***

| Evidenzniveau | Art der Evidenz  |
|---------------|--|
| Ia            | Evidenz aufgrund von Meta-Analysen von randomisierten, kontrollierten Studien  |
| Ib            | Evidenz aufgrund von mindestens einer randomisierten, kontrollierten Studie  |
| IIa           | Evidenz aufgrund von mindestens einer gut angelegten kontrollierten Studie ohne Randomisierung   |
| IIb           | Evidenz aufgrund mindestens einer anderen Art von gut angelegter, quasi-experimentellen Studie   |
| III           | Evidenz aufgrund gut angelegter, nicht –experimenteller, deskriptiver Studien, wie z.B. Vergleichsstudien, Korrelationsstudien und Fall-Kontroll-Studien |
| IV            | Evidenz aufgrund von Berichten der Expertenausschüsse oder Expertenmeinungen und/ oder klinischer Erfahrungen anerkannter Autoritäten                    |

\*Nach *Agency for Health Care Policy and Research* (AHCPR, 1999)

### 3.6 Erstellung der Referenzdatenbank

Ein grundlegendes Ziel der vorliegenden Literaturstudie ist die Erstellung einer Referenzbibliothek für Gutachter, Richter und Versicherungen und als Grundlage für die weiteren Arbeitsschritte bei der Entwicklung von Leitlinien. Die Erstellung der Referenzbibliothek erfolgte auf der Grundlage der systematischen Literaturrecherche in den Datenbanken sowie der systematischen Zusatzrecherche per Hand. Die in der Referenzdatenbank enthaltene Referenzliste - in alphabetischer Reihenfolge - kann dem Anhang entnommen werden.



## 4 Ergebnisse

Im folgenden Abschnitt werden die Ergebnisse der systematischen Datenbankrecherche (durchgeführt im Zeitraum zwischen 22.9.2008 und 17.10.2008), der systematischen Zusatzrecherche per Hand und der weiteren, fragestellungsspezifischen Auswertungen dargestellt.

Ziel der vorliegenden Literaturstudie ist es, die relevante Literatur nach

- „gängigen“ Kriterien für die Beurteilung von versicherungspsychiatrisch relevanten Gesundheitsstörungen zu sichten und hinsichtlich Evidenzniveau zu beurteilen (Fragestellung 1)
- wissenschaftlich anerkannten Kriterien für die Zuordnung einer psychiatrischen Gesundheitsstörung zu unterschiedlichen Graden der Leistungsbeeinträchtigung bzw. der Arbeitsfähigkeit zu sichten und hinsichtlich des Evidenzniveaus zu bewerten (Fragestellung 2)
- medizinisch empirischen Begründungen für die Annahme eines Kausalzusammenhangs zwischen traumatisierenden Ereignissen (somatischen und psychischen) und versicherungspsychiatrisch relevanten Gesundheitsstörungen zu sichten und nach Evidenzniveau zu bewerten (Fragestellung 3).

Zusätzlich ist in Anlehnung an den BSV-Bericht „Der Einsatz von Beschwerdevalidierungstests in der IV-Abklärung“ (Kool, Meichtry, Schaffert, & Rüesch, 2008) Fragestellung 4 zu beantworten: Welche psychiatrischen/ psychologischen Untersuchungsmethoden zur Beurteilung versicherungsrelevanter Gesundheitsstörungen sind hinsichtlich der üblichen Gütekriterien ausreichend untersucht und mit dieser Indikation einsetzbar?

Die Ergebnisse der systematischen Analyse der relevanten Literatur werden abschliessend zusammenfassend bewertet und in einer elektronischen Referenzbibliothek für Gutachter, Auftraggeber und Gerichte angelegt.

Im Folgenden werden die Ergebnisse in Form von Resultaten und Treffern dargestellt und aufgezeigt. *Resultate* sind diejenigen Publikationen, die als Ergebnis aus der Datenbankrecherche und der systematischen Zusatzrecherche per Hand hervorgegangen sind. *Treffer* sind definiert als die Anzahl der aufgrund der Sichtung als relevant für diese Studie beurteilten Publikationen. Die Treffer stellen also eine Untergruppierung der Resultate dar.

Die Darstellung der Ergebnisse gliedert sich nach den Fragestellungen. Zu jeder Fragestellung werden jeweils die Hauptergebnisse zusammenfassend dargestellt. Anschlies-

send werden die einzelnen Resultate der Recherche in den verschiedenen Datenbanken aus Gründen der Nachvollziehbarkeit, Überprüfbarkeit und Übersichtlichkeit nacheinander aufgeführt.

## **4.1 Ergebnisse zu Fragestellung 1**

**Welches sind die gängigen Qualitäts- respektive Evidenz-Kriterien für die Beurteilung von versicherungspsychiatrisch relevanten Gesundheitsstörungen hinsichtlich Schweregrad, Krankheitsverlauf, Behandlungserfolg und Prognose?**

### **4.1.1 Zusammenfassende Ergebnisdarstellung**

Aufgrund der systematischen Datenbankrecherche und der systematischen Zusatzrecherche per Hand konnten zusammenfassend **70 relevante Publikationen (also Treffer)** von insgesamt 1.459 Resultaten, die in Zusammenhang mit Fragestellung 1 stehen, ermittelt werden. Keine dieser Publikationen weist ein Evidenzniveau von I (z. B. Meta-Analysen) auf. Einzelne Publikationen mit Evidenzniveau II bis III wurden identifiziert. Es handelt sich dabei um Arbeiten, die einzelne Aspekte von Fragestellung 1, jedoch keine Beurteilungskriterien im Sinne der Fragestellung empirisch behandeln. Beispiel: In der Studie von Häuser (2007) wird der Zusammenhang zwischen Rentenbegehren und selbsteingeschätzter Schmerzintensität nachgegangen, indem Probanden mit der Diagnose Fibromyalgiesyndrom (FMS) und Rentenbegehren mit Probanden mit der selben Diagnose, aber ohne Rentenbegehren, hinsichtlich der wahrgenommenen Schmerzintensität verglichen werden.

Die Mehrzahl der ermittelten Veröffentlichungen stellen Arbeiten auf dem Niveau von Expertenmeinungen und klinischen Erfahrungen anerkannter Autoritäten dar (Evidenzlevel IV). Insofern konnten keinen „gängigen“ Qualitäts- respektive Evidenzkriterien für die Beurteilung von versicherungspsychiatrisch relevanten Gesundheitsstörungen hinsichtlich Schweregrad, Prognose etc. extrahiert werden. Um dennoch die für die klinische Praxis als „gängig“ genannten Kriterien zu identifizieren, wurde zusätzlich eine inhaltliche Auszählung der am häufigsten zitierten Kriterien vorgenommen. Innerhalb dieser gesichteten Literatur konnten drei „gängige“ Kriterien- bzw. Indizienlisten als am häufigsten genannten Kriterien ermittelt werden. Hierbei handelt es sich um die Foersterschen Kriterien (1992, 1999, 2000, 2004, vgl. auch Schneider, Henningsen, & Rüger, 2001), die Indizien von Winckler und Foerster (1996, vgl. Schneider, Henningsen, & Rüger, 2001) und die Indizienliste von Widder und Aschoff (1995, vgl. Schneider, Henningsen, & Rüger, 2001). Diese als „gängig“ erfassten Kriterien weisen das Evidenzniveau IV auf. Eine Untersuchung dieser Kriterien (im Rahmen von z.B. kontrollierten Studien oder Vergleichsstudien) ist bis anhin nicht erfolgt.

#### 4.1.2 Ergebnisse der systematischen Datenbankrecherche

Die Datenbankrecherche zu Fragestellung 1 mit Hilfe von Cochrane Library ergab 668 Resultate, davon 1 Treffer. Die Mehrzahl der Resultate (664) sind englischsprachige Artikel, drei entstammen dem deutschen und eine Angabe dem französischsprachigen Sprachraum. Die Recherche in den Literaturdatenbanken der DIMDI-Meta-Datenbank erzielte insgesamt 635 Resultate und davon 21 Treffer. Hiervon wurden zwei doppelt aufgeführte Literaturangaben ausgeschlossen, so dass eine Trefferzahl von 19 verblieb. Die Recherche in PubMed ergab 86 Resultate und davon 1 Treffer.

Insgesamt ergab die systematische Literaturrecherche in den drei Datenbanken zur ersten Fragestellung **21 relevante Artikel**.

Die Resultate und Trefferanzahlen der beschriebenen Literatursuche sind in den Tabellen 4 bis 6 dargestellt. Relevante Publikationen mit einem Evidenzniveau < IV sind in Tabelle 7 separat aufgelistet.

**Tabelle 4. Übersicht über die Treffer aus der Datenbank Cochrane Library**

| <b>Cochrane Library</b>   | <b>Resultate</b> | <b>Treffer</b> |
|---------------------------|------------------|----------------|
| Cochrane Reviews (CDSR)   | 34               | 0              |
| Other Reviews (DARE)      | 1                | 0              |
| Clinical Trials (CENTRAL) | 614              | <b>1</b>       |
| Method Studies            | 19               | 0              |
| Technology Assessment     | 0                | 0              |
| Economic Evaluations      | 0                | 0              |
| Cochrane Groups           | 0                | 0              |
| <b>Total</b>              | <b>668</b>       | <b>1</b>       |

**Tabelle 5. Übersicht über die Treffer aus der Meta-Datenbank DIMDI**

| <b>DIMDI</b>         | <b>Resultate</b> | <b>Treffer</b>                                  |
|----------------------|------------------|---|
| Deutsches Ärzteblatt | 79               | 0   |
| DAHTA-Datenbank      | 37               | 0   |
| EMBASE               | 5                | 0   |
| gms                  | 10               | 0   |
| Hogrefe              | 5                | 0   |
| Medline (00, 60)     | 441              | <b>13*</b>                                      |
| Psychinfo            | 3                | 0   |
| Psyndex              | 45               | <b>9*</b>                                       |
| Springer             | 4                | 0   |
| Thieme               | 6                | 0   |
| <b>Total</b>         | <b>635</b>       | 21<br>(abzgl. zwei<br>Doppelungen)<br><b>19</b> |

\* In diesen Datenbanken ist jeweils eine Doppelung vorhanden

**Tabelle 6. Übersicht über die Meta-Datenbank PubMed**

| <b>PubMed</b>  | <b>Resultate</b>               | <b>Treffer</b> |
|----------------|--------------------------------|----------------|
| Medline        | 80                             | <b>1</b>       |
| Old Medline    | 0                              | 0              |
| Pubmed Central | 6                              | 0              |
| <b>Total</b>   | <b>86</b> (incl. 9<br>Reviews) | <b>1</b>       |

**Tabelle 7. Darstellung der Referenzen mit Evidenzniveau < IV**

| Autor  | Jahr   | Datenbank        | Evidenz    |
|--|--------|------------------|------------|
| Hesse, B., Gebauer, E. & Heuft, G.                         | (2007) | DIMDI            | Iib – III* |
| Nussbaum, C., Riecher- Rössler, A., Gritze, L. & Apfel, T. | (2007) | DIMDI            | III        |
| Svitak, M., Müller- Svitak, S. & Rauh, E.                  | (2006) | DIMDI            | III        |
| Rucker, K. S., Metzler, H. M. & Kregel, J.                 | (1996) | Cochrane Library | Ib         |

\* Aufgrund der vorliegenden Angaben kann diese Arbeit hinsichtlich ihres Evidenzniveaus nicht eindeutig zugeordnet werden.

#### 4.1.3 Ergebnisse der systematischen Zusatzrecherche

Als Ergänzung zur Literatursuche in den Datenbanken wurde eine Recherche per Hand vorgenommen. Wie bereits in Kapitel 3.3 dargestellt, wurde für diese Zwecke nochmals in Referenzlisten bereits gefundener Literaturquellen und in weiteren Datenbanken nach potenziellen Quellen gesucht. Die Handsuche ergab nach Korrektur der bereits in der systematischen Datenbankrecherche ermittelten Treffer insgesamt eine Anzahl **49 weiteren Treffern**. Hierbei handelt es sich um Literaturquellen mit einem Evidenzniveau von maximal Iib bzw. III.

**Tabelle 8. Darstellung der Referenzen mit Evidenzniveau < IV**

| Autor  | Jahr   | Datenbank | Evidenz    |
|--|--------|-----------|------------|
| Schumacher, H. – L. & Baumann, N.                  | (2003) | ZR        | III        |
| Häuser, W.   | (2007) | ZR        | III        |
| Bonsack, C., Borgeat, F. & Lesage, A.              | (2002) | BDSP      | III        |
| Walk, H.- H. & Wehking, E.                         | (2005) | ZR        | III        |
| Merten, T., Friedel, E., Mehren, G. & Stevens, A.  | (2007) | ZR        | Iib – III* |
| Leitner, A., Kaluscha, R. & Jacobi, E.             | (2008) | ZR        | III        |
| Birke, K., Schneider, W., Klauer, T. & Dobreff, U. | (2001) | ZR        | III        |

\* Aufgrund der vorliegenden Angaben kann diese Arbeit hinsichtlich ihres Evidenzniveaus nicht eindeutig zugeordnet werden.

#### 4.1.4 Ermittlung „gängiger“ Kriterien anhand inhaltlicher Sichtung und quantitativer Auswertung

Fragestellung 1 zielt auf die Identifikation und Bewertung „gängiger“ Beurteilungskriterien ab. Die bisher dargestellten Ergebnisse fokussieren auf die Bewertung der Publikationen nach Evidenzniveau. Wie gezeigt wurde, konnten einzelne Studien ermittelt werden, die verschiedene Teilaspekte der Fragestellung auf einem Evidenzniveau < IV behandeln. Damit ist allerdings noch keine Aussage darüber möglich, ob sich diese Veröffentlichungen auf „gängige“, im Sinne von häufig beschriebenen und zitierten Beurteilungskriterien, beziehen. Aus diesem Grund wurden alle relevanten Treffer nach Angaben zu Kriterien, Indikatoren und Merkmalen gesichtet, quantitativ ausgewertet und in Form von Häufigkeiten dargestellt. Die Differenzierung für die Beurteilungsbereiche (Schweregrad, Krankheitsverlauf, Behandlungserfolg und Prognose) erfolgte dabei auf Grundlage der Angaben der Autoren in der gesichteten Literatur.

Um eine verlässliche Aussage zur Frage nach „gängigen“ Kriterien treffen zu können, wurden neben den Treffern aufgrund der Recherche zu Fragestellung 1 auch alle Treffer zur zweiten Fragestellung, die im nächsten Abschnitt dargestellt werden, analysiert.

Insgesamt wurden dadurch **104** verschiedene relevante Publikationen in die Analyse einbezogen.

Zusammenfassend konnten durch dieses Vorgehen drei „gängige“ Kriterien in den gefundenen Arbeiten zur Beurteilung versicherungsrelevanter Gesundheitsstörungen identifiziert werden. Neben diesen aus der Recherche extrahierten „gängigen“ Kriterien und Indizien wurde eine Vielzahl von Arbeiten (73) identifiziert, in denen die Autoren eigene Kriterien zur Beurteilung verschiedener Bereiche wie Schweregrad und Prognose angeben. Insgesamt handelt es sich bei allen Arbeiten, einschliesslich der Arbeiten zu den als „gängig“ identifizierten Kriterien und Indizien, um Untersuchungen auf einem Evidenzniveau von IV, das heisst dass bis zum jetzigen Zeitpunkt keine Validierung der Kriterien erfolgte.

Bei den „gängigen“ Kriterienlisten oder Indizienlisten handelt es sich zum einen um die Kriterien nach Foerster (z.B. aus den Jahren 1992, 1999, 2000, 2004, vgl. auch Schneider, Henningsen, & Rüger, 2001), die beispielsweise zur Beurteilung von Prognose, Schweregrad oder Kausalität herangezogen werden.

Als weitere häufig genannte Kriterien werden Indizien zur Beurteilung von Schweregrad und Prognose psychischer und psychosomatischer Störungen aufgeführt, wie sie bei der Beantwortung der Frage nach der zumutbaren Willensanspannung nach Winckler und Foerster (1996, vgl. Schneider, Henningsen, & Rüger, 2001) aufgeführt sind. Als drittes gängiges Kriterium konnte die Indizienliste von Widder und Aschoff (1995, vgl. Schneider, Henningsen, & Rüger, 2001) identifiziert werden. Die inhaltliche Sichtung der Literatur ergab die Anwendung dieser Kriterien, Indizien oder Indizienlisten für folgende Beurteilungsbereiche (Tabelle 9):

**Tabelle 9. Übersicht über „gängige“ Kriterien nach Häufigkeiten**

| Kriterium  | Häufigkeit | Beurteilungsbereiche |    |    |     |     |    |   | Evidenz* |
|--|------------|----------------------|----|----|-----|-----|----|---|----------|
|  |            | SG                   | KV | PR | A/S | Z/W | LF | K |          |
| Foerstorsche-Kriterien (z.B. 1992, 1999, 2000, 2004) | 28         | X                    | X  | X  | X   | X   | X  | X | IV       |
| Indizien Winckler & Foerster (1996)                  | 12         | X                    |    | X  | X   | X   |    |   | IV       |
| Indizienliste Widder & Aschoff (1995)                | 11         | X                    | X  | X  | X   |     | X  |   | IV       |

Anmerkung: Alle Angaben in der gesichteten Literatur  $\leq 4$  wurden für diese Darstellung nicht berücksichtigt, da sie nach Übereinstimmung der Autoren (Reviewer) nicht als „gängig“ verstanden werden können;

SG= Schweregrad, KV= Krankheitsverlauf, PR= Prognose, A/S= Aggravation/ Simulation, Z/W= Zumutbarkeit/ Willensanspannung, LF= Leistungsfähigkeit, K= Kausalität

\* Die Einteilung des Evidenzniveaus erfolgt nach Klassifizierung der *Agency for Health Care Policy and Research* (AHCPR, 1999) (siehe Abschnitt 3.5)

Nachfolgend werden die drei aus der Literatursichtung extrahierten „gängigen“ Kriterien bzw. Indizien exemplarisch für einzelne Beurteilungsbereiche kurz erläutert. Alle Angaben wurden Schneider, Henningsen und Rüger (2001) entnommen.

### 1. Foerstorsche Kriterien

Nach Foerster kommen verschiedene Kriterien zur Beurteilung von Schweregrad, Prognose, Aggravation und Simulation, Kausalität etc. in Frage.

Als Beispiel seien an dieser Stelle vier Kriterien genannt, die nach Foerster (1997) zu überprüfen sind, um die Wahrscheinlichkeit eines Kausalzusammenhangs zwischen einem schädigendem Ereignis und der Entwicklung einer psychischen/ psychosomatischen Störung zu beurteilen.

- Objektiver Schweregrad des schädigenden Ereignisses
- Überindividueller Schweregrad des subjektiven Erlebens des schädigenden Ereignisses (traumatischer Charakter im engeren Sinn)

- Individuell bedingter Schweregrad des subjektiven Erlebens des schädigenden Ereignisses
- Mögliche sekundäre Motive, also z.B. sog. Begehrenshaltungen.

**2. Die Indikatoren nach Winckler und Foerster (1996)** für Schweregrad und Prognose psychischer und psychosomatischer Störungen dienen als Grundlage für die Beantwortung der Frage nach der zumutbaren Willensanspannung.

Beispiele von Indikatoren sind hierzu unter anderem:

- Art der psychischen Störung
- Psychische und körperliche Komorbidität
- Vorliegen einer vulnerablen Persönlichkeitsstruktur
- Psychosoziale Auswirkungen der Störung
- Primäre Chronifizierung im bisherigen Verlauf, keine Remissionen
- Erfolgreiche aber konsequent durchgeführte Therapien

**3. Die Indizienliste zur Beurteilung der Leistungsfähigkeit nach Widder & Aschoff (1995)** basiert unter anderem auf der Erfassung des Tagesablaufs. Als Schwerpunkte dieser Indizienliste gelten z.B.

- Allgemeine Indizien (Gesichtspunkte der Motorik, Handverschwielung)
- Indizien anhand des Tagesablaufs (z.B. soziale Aktivitäten, Tätigkeiten im Haushalt, Behandlungen etc.)
- Indizien anhand der Schmerzschilderung (Lokalisation, Häufigkeit, Intensität, Schmerzmitteleinnahme etc.)
- Indizien zum Ausschluss einer hirnrorganischen Störung (z.B. Konzentrationsfähigkeit etc.).

## 4.2 Ergebnisse zu Fragestellung 2

### **Gibt es wissenschaftlich anerkannte Kriterien für die Zuordnung einer psychiatrischen Gesundheitsstörung zu unterschiedlichen Graden der Leistungsbeeinträchtigung bzw. Arbeitsfähigkeit?**

#### 4.2.1 Zusammenfassende Ergebnisdarstellung

Entsprechend der systematischen Literaturrecherche in den verschiedenen Datenbanken und der systematischen Zusatzrecherche konnten **insgesamt 60 relevante Publikationen** (von insgesamt 176 Resultaten) ermittelt werden. Wie auch die Ergebnisse der Fragestellung 1 bereits zeigten, wurden bei Fragestellung 2 nur vereinzelt Publikationen mit höherem Evidenzniveau (II bis III) gefunden, jedoch keine mit Evidenzlevel I. Als besonders bedeutsam bei der Recherche erwiesen sich Publikationen zur Validierung der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der WHO (2005), welche als Modell zur sozialmedizinischen Beurteilung der Leistungsfähigkeit herangezogen wird (vgl. Timmer, 2008).

Momentan werden eine Vielzahl von Studien zur Validierung der ICF Core-Sets mittels verschiedener methodischer Ansätze und Zugänge durchgeführt (vgl. Kirchberger & Alarcos, o.J.). Auf erste Ergebnisse aus Sicht der Health Professionals und aus Patientenperspektive verwiesen oder sind z. T. bereits publiziert (z.B. Coenen et al., 2006). Daneben wurde ein anwenderfreundliches Kurzinstrument auf Basis der ICF zur Beurteilung von Fähigkeitsstörungen bei psychischen Erkrankungen (Mini-ICF-P) entwickelt (Linden & Baron, 2005).

Auf Grundlage der ICF wurde ebenfalls eine Arbeitshilfe zur systematischen Beurteilung von Reintegrationsprognose und Rehabilitationsbedürftigkeit in der psychiatrischen Rentenbegutachtung entwickelt. Es handelt sich hierbei um die IREPRO-Indikatorenliste (Hesse, Gebauer, & Heuft, 2007). Erste Daten zur Interraterreliabilität liegen bereits vor und zeigen Werte zwischen .30 und .72 je nach Kontextfeld. Die Autoren verweisen auf aktuell laufende Untersuchungen zur Verbesserung der Interraterreliabilität. Die bisher berichteten Gütekriterien sind noch verbesserungswürdig, jedoch scheint die Indikatorenliste bereits heute eine gute Strukturierungshilfe für den gutachterlichen Entscheidungsprozess zu sein.

#### 4.2.2 Ergebnisse der systematischen Datenbankrecherche

Die Literaturrecherche zu Fragestellung 2 mit Hilfe von Cochrane Library ergab 21 Resultate, davon keinen Treffer. Die Systematische Recherche des DIMDI erzielte insgesamt 84 Resultate, davon konnten 13 Treffer identifiziert werden, wobei ein Treffer als Doppelung ausgeschlossen wurde, so dass insgesamt 12 Treffer verblieben. Von diesen 12 Treffern wurden 10 Treffer bereits bei Fragestellung 1 identifiziert. Die Recherche in

PubMed ergab 1 Resultat, das auch als Treffer identifiziert werden konnte. Dieser konnte bereits als Treffer in der PubMed- Suche unter Fragestellung 1 festgehalten werden.

Insgesamt ergab die systematische Datenbankrecherche für die zweite Fragestellung **13 relevante Artikel**.

Die Resultate und Trefferanzahlen werden in nachfolgenden Tabellen 10 bis 12 aufgeführt. Relevante Publikationen mit einem Evidenzlevel < IV sind in Tabelle 13 aufgelistet.

**Tabelle 10. Übersicht über die Treffer aus der Datenbank Cochrane Library**

| <b>Cochrane Library</b>   | <b>Resultate</b> | <b>Treffer</b> |
|---------------------------|------------------|----------------|
| Cochrane Reviews (CDSR)   | 1                | 0              |
| Other Reviews (DARE)      | 0                | 0              |
| Clinical Trials (CENTRAL) | 20               | 0              |
| Method Studies            | 0                | 0              |
| Technology Assessment     | 0                | 0              |
| Economic Evaluations      | 0                | 0              |
| Cochrane Groups           | 0                | 0              |
| <b>Total</b>              | <b>21</b>        | <b>0</b>       |

**Tabelle 11. Übersicht über die Treffer aus der Meta-Datenbank DIMDI**

| <b>DIMDI</b>         | <b>Resultate</b> | <b>Treffer</b> |
|----------------------|------------------|----------------|
| Deutsches Ärzteblatt | 26               | 0              |
| DAHTA-Datenbank      | 35               | 0              |
| gms                  | 3                | <b>1</b>       |
| Medline (00, 60)     | 13               | <b>8*</b>      |

|              |           |                                      |
|--------------|-----------|--------------------------------------|
| Psyndex      | 6         | <b>4*</b>                            |
| Thieme       | 1         | 0                                    |
| <b>Total</b> | <b>84</b> | 13 (abzgl. 1 Doppelung)<br><b>12</b> |

\* In diesen Datenbanken ist jeweils eine Doppelung vorhanden

**Tabelle 12. Übersicht über die Treffer aus der Meta- Datenbank PubMed**

| PubMed       | Resultate | Treffer  |
|--------------|-----------|----------|
| Medline      | 1         | 1        |
| <b>Total</b> | <b>1</b>  | <b>1</b> |

**Tabelle 13. Darstellung der Referenzen mit Evidenzniveau < IV**

| Autor  | Jahr   | Datenbank | Evidenz    |
|--|--------|-----------|------------|
| Linden, M. & Baron, S.   | (2005) | DIMDI     | III        |
| Hesse, B., Gebauer, E. & Heuft, G.                             | (2007) | DIMDI     | IIb – III* |
| Watzke, B., Büscher, C., Koch, U., & Schulz, H.                | (2005) | DIMDI     | III        |
| Wormgoor, M. E., Indahl, A., van Tulder, M. W. & Kemper, H. C. | (2006) | PubMed    | IIb        |
| Svitak, M., Müller- Svitak, S. & Rauh, E.                      | (2006) | DIMDI     | III        |

\* Aufgrund der vorliegenden Angaben kann diese Arbeit hinsichtlich ihres Evidenzniveaus nicht eindeutig zugeordnet werden.

#### 4.2.3 Ergebnisse der systematischen Zusatzrecherche

Als Ergänzung zur Literatursuche in den Datenbanken wurde analog der Bearbeitung der ersten Fragestellung eine systematische Zusatzrecherche per Hand vorgenommen. Wie bereits in Abschnitt 3.3 dargestellt wurde für diese Zwecke nochmals in Referenz-

listen bereits gefundener Literaturquellen und in weiteren Datenbanken nach potenziellen Quellen gesucht. Die Handsuche ergab insgesamt eine Trefferanzahl von **47**.

Hierbei handelt es sich um Literaturquellen mit einem Evidenzniveau von maximal III, siehe auch Tabelle 14.

**Tabelle 14. Darstellung der Referenzen mit Evidenzniveau < IV**

| <b>Autor</b>  | <b>Jahr</b> | <b>Datenbank</b> | <b>Evidenz</b> |
|---|-------------|------------------|----------------|
| Schumacher, H. – L. & Baumann, N.   | (2003)      | ZR               | III            |
| Leitner, Kaluscha & Jacobi  | (2008)      | ZR               | III            |
| Gloor- Jutzi, Huber & Grill   | (2008)      | ZR               | III            |
| Coenen, M., Alarcos, C., Stamm, A. T.,<br>Amann, E., Kollerits, B. & Stucki, G. | (2006)      | ZR               | I Ib – III*    |
| Timner, K.  | (2008)      | ZR               | III            |

\* Aufgrund der vorliegenden Angaben kann diese Arbeit hinsichtlich ihres Evidenzniveaus nicht eindeutig zugeordnet werden.

### 4.3 Ergebnisse zu Fragestellung 3

#### **Gibt es neben versicherungsjuristischen auch medizinisch-empirische Begründungen für die Annahme eines Kausalzusammenhanges zwischen traumatisierenden Ereignissen (somatischen und psychischen) und versicherungspsychiatrisch relevanten Gesundheitsstörungen?**

Die aufgrund der systematischen Datenbank- und Zusatzrecherche bei der Bearbeitung der ersten beiden Fragestellungen identifizierten Treffer wurden zur Untersuchung der Fragestellung 3 bezüglich der Angabe von Kausalzusammenhängen (und deren evidenzbasierten Begründungen) gesichtet. Die Analyse der relevanten Publikationen (130 Treffer) ergab **insgesamt 16 Arbeiten**. In keiner dieser Arbeiten konnten medizinisch-empirische Begründungen für die Annahme eines Kausalzusammenhangs gefunden werden. Von verschiedenen Autoren werden allgemeine Angaben und Kriterien zur Beurteilung von Kausalität dargestellt. Bei allen Angaben zum Thema Kausalität handelt es sich um Expertenmeinungen (Evidenzniveau IV). Als Beispiele können Widder & Gaidzik (2007, vgl. Widder, Dertwinkel, Egle, Foerster & Schiltenswolf, 2007), Foerster (1992, vgl. Widder, 2001) und Foerster (1997, vgl. Schneider, Henningsen, & Rüger, 2001) genannt werden.

## 4.4 Ergebnisse zu Fragestellung 4

### **Welche psychiatrischen/psychologischen Untersuchungsmethoden zur Beurteilung versicherungsrelevanter Gesundheitsstörungen sind hinsichtlich der üblichen Gütekriterien ausreichend untersucht und mit dieser Indikation einsetzbar?**

Gemäss des Auftrags der vorliegenden Literaturstudie wird bei dieser Frage speziell auf den Bericht „Der Einsatz von Beschwerdevalidierungstests in der IV-Abklärung“ (Kool, Meichtry, Schaffert, & Rüesch, 2008) Bezug genommen.

In diesem Bericht wurde der aktuelle Stand der wissenschaftlichen Entwicklung von Beschwerdevalidierungstests (BVT) recherchiert und der Umgang mit diesen in der medizinischen und neuropsychologischen berufsbezogenen Abklärungspraxis untersucht. Die Tests sollten einer kritischen Bewertung und Analyse unterzogen und hinsichtlich ihrer Anwendungsmöglichkeiten beurteilt werden mit dem Ziel, diese BVTs gegebenenfalls (je nach Validierung) in den Abklärungs- und Gutachterstellen der Sozialversicherung zu implementieren.

Die Autoren zeigen, dass es ein breites Spektrum von Tests für die Abklärung von vermuteter Aggravation oder Simulation zu geben scheint, dass jedoch alle Tests jeweils spezifische Einschränkungen in Bezug auf ihre Anwendungsfelder haben und zudem eine nicht zu vernachlässigende Rate von falsch positiven Ergebnissen liefern. Dennoch empfehlen die Autoren bei einem gezielten Einsatz und bei umsichtiger Interpretation der Testergebnisse die Anwendung dieser Testverfahren unter der Voraussetzung einer fachgerechten Anwendung und Interpretation. Zwei Tests wurden im Laufe der Arbeit einer genauen Analyse unterzogen. Hierbei handelt es sich um den *Amsterdamer Short-Term Memory Test* (dt. AKGT, engl. ASMT) (Herzberg & Frey, 2007; Schagen, Schmand, de Sterke, & Lindeboom, 1997) und dem *Strukturierten Fragebogen simulierter Symptome* (dt. SFSS, engl. SIMS) (Cima et al., 2003; Merckelbach & Smith, 2003).

Analogstudien (d.h. Studien an anderen als den interessierenden Zielgruppen) für den AKGT und Validierungsstudien bezüglich des SFSS zeigten, dass die Tests zwar gut mit gesunden Probanden und Patientengruppen sowie mit experimentell simulierenden Personen überprüft worden sind, jedoch besteht Forschungsbedarf bei der Überprüfung der Tests mit aggravierenden oder simulierenden Patientengruppen. Nach Empfehlung der Autoren kann der Einsatz des SFSS/ SIMS in der gutachterlichen Praxis noch nicht eindeutig empfohlen werden. Der AKGT kann im Vergleich zu anderen Tests prinzipiell, aber unter strengen Anwendungsbedingungen (z.B. einem Einsatz nur bei Testpersonen ohne klinisch offenkundigen Störungen) empfohlen werden.



## 5 Diskussion der Ergebnisse

### 5.1 Fragestellung 1

Die vorliegende Literaturstudie konnten weder Meta- Analysen noch Reviews zu Kriterien zur Beurteilung von versicherungsrelevanten Gesundheitsstörungen ermitteln. In der überwiegenden Mehrheit handelt es sich bei der gefundenen Literatur um die Darstellung von Expertenmeinungen (Evidenzniveau IV); nur wenige Publikationen weisen bezüglich der zu untersuchenden Fragestellungen ein höheres Evidenzniveau auf.

Es konnten drei „gängige“ im Sinne von häufig in der Literatur beschriebenen bzw. zitierten Beurteilungskriterien identifiziert werden: 1. die Kriterien nach Foerster (z.B. 1992, 1999, 2000, 2004, vgl. auch Schneider, Henningsen, & Rüger, 2001), 2. die Indikatoren nach Winckler und Foerster (1996, vgl. Schneider, Henningsen, & Rüger, 2001), 3. die Indizienliste von Widder und Aschoff (1995, vgl. Schneider, Henningsen, & Rüger, 2001). Diese gängigen Kriterien stellen Expertenmeinungen bzw. klinische Erfahrungen ausgewiesener Autoritäten dar, sind demzufolge dem Evidenzniveau IV zuzuordnen. Validierungsstudien zu diesen Kriterien liegen nicht vor.

Ein Grossteil (73) der ermittelten Arbeiten mit Bezug zur Fragestellung geht auf Autoren zurück, die eigene Kriterien, Indizien und Merkmale etc. neben den „gängigen“ Kriterien publiziert haben. Dies kann als Ausdruck eines hohen Bedarfs nach - je nach Kontext unterschiedlichen - Kriterien für die klinische Praxis interpretiert werden. Dieser Bedarf wird auch explizit in mehreren Arbeiten formuliert, in denen auf das Bestehen unterschiedlicher Kriterien und Indizien für verschiedene Versicherungsträger hingewiesen und die Entwicklung versicherungsträgerübergreifender Kriterien als sinnvoll erachtet wird.

Die Analyse der relevanten Literatur zeigt weiter, dass die meisten der Kriterien für unterschiedliche Bereiche benutzt werden, beispielsweise zur Schweregradbeurteilung, zur Prognosebeurteilung oder zu Kausalitätsbeurteilungen. Auch dieses Ergebnis belegt den offensichtlichen Bedarf nach Kriterien in der Praxis. Gleichzeitig dürfte damit eine „Verwaschung“ der Kriterien, Indikatoren und Merkmale einhergehen, welche ursprünglich für die Beurteilung eines bestimmten Bereichs konzipiert wurden und nun zur Begutachtung in anderen Bereichen herangezogen werden.

Die in dem vorgegebenen Zeit- und Ressourcenrahmen mögliche inhaltliche Sichtung der Literatur zeigt, dass die Kriterien, Indizien und Merkmale zur Beurteilung der Fragestellungen 1 bis 3 nur in geringem Masse psychologische Aspekte berücksichtigen (z.B. bei der ärztlichen Beurteilung der Leistungsbeeinträchtigung im IV-Verfahren). Damit

werden zentrale Aspekte vernachlässigt, die aktuell (z.B. im biopsychosozialen Krankheitsfolgenmodell der WHO) als wesentlich für die Einschätzung von Krankheitsfolgen in Beruf und Alltag angesehen werden.

Einschränkend muss darauf hingewiesen werden, dass bei der Identifikation relevanter Literatur reine Therapievergleichsstudien von der Analyse ausgeschlossen wurden, um das Feld auf den versicherungspsychiatrisch relevanten Kontext zu fokussieren. Möglicherweise wurden dadurch Informationen bezüglich des Behandlungserfolgs, die wiederum für z.B. die prognostische Beurteilung relevant sind, nicht umfassend berücksichtigt. Für das weitere Vorgehen bei der Entwicklung von Beurteilungsleitlinien sollten daher auch Therapievergleichsstudien auf gutem Evidenzniveau analysiert werden.

## **5.2 Fragestellung 2**

Bei der Beurteilung der Leistungsfähigkeit bzw. der Zuordnung von psychischen Störungen zu verschiedenen Graden der Leistungsbeeinträchtigung zeigt sich in der aktuell verfügbaren Literatur eine ähnliche Situation wie bereits bei Fragestellung 1 beschrieben wurde: Es mangelt an Studien mit gutem Evidenzniveau, welche die vorliegenden Kriterien und Instrumente untersuchen.

Eine Ausnahme stellen hier die aktuellen Aktivitäten und Arbeiten in Richtung Validierung des ICF dar. Neben diesem viel versprechenden Ansatz könnten für diese Fragestellung auch weitere Instrumente bzw. Indikatoren interessant sein, z.B. die IREPRO-Indikatorenliste (Hesse, Gebauer, & Heuft, 2007).

Generell sollten bei der weiteren Leitlinienentwicklung Ansätze aus dem Rehabilitationsbereich insbesondere aus Deutschland hinsichtlich ihrer Übertragbarkeit auf den schweizerischen versicherungspsychiatrischen Kontext geprüft werden. Erstaunlicherweise konnten über die systematische Literaturrecherche nur vereinzelte Arbeiten aus diesem Bereich ermittelt werden, obwohl in Deutschland durch die Förderung der rehabilitationswissenschaftlichen Forschung bereits seit 10 Jahren relevante Projekte durchgeführt und Arbeiten veröffentlicht wurden. Dies legt nahe, künftig „breiter“ und inhaltlich offener nach relevanten Ansätzen zu suchen, die nicht direkt aus und für den versicherungspsychiatrischen Bereich entwickelt wurden, aber dennoch aufgrund der inhaltlichen Nähe potenziell übertragbar sind.

## **5.3 Fragestellung 3**

Anhand der systematischen Literaturrecherche zu den Fragestellungen 1 und 2 wurden 16 Treffer auf Evidenzniveau IV gefunden, welche die Frage des Kausalzusammenhangs berühren. Dies ist eine vergleichsweise geringe Anzahl Publikationen zum Thema Kausalität. Dieses Ergebnis hängt einerseits sicherlich mit der gewählten Vorgehensweise

(keine separate systematische Recherche zu Kausalität) zusammen, mit der gezielt allgemeine Arbeiten zum Thema ohne versicherungsmedizinischen Bezug ausgeschlossen wurden. Andererseits zeigt sich dadurch der in der aktuellen Beurteilungspraxis bestehende Mangel an entsprechendem, empirisch abgesichertem, Wissen.

Die Thematik der Kausalität bei (psychischen) Störungen ist extrem komplex. Der Wunsch nach einfachen Erklärungsmodellen z.B. zum Zusammenhang zwischen traumatisierendem Ereignis und daraus resultierenden Gesundheitsstörungen ist durchaus verständlich. Der Vergleich mit komplexeren Krankheitsfolgenmodellen wie das bereits erwähnte der WHO macht jedoch deutlich, dass vereinfachende Ansätze deutlich zu kurz greifen: Das Vorliegen eines bestimmten Ereignisses wird bereits auf der Ebene der daraus resultierenden somatophysischen Schädigungen zu interindividuell unterschiedlichen Auswirkungen führen. Spätestens bei den Konsequenzen auf der funktionalen Ebene und noch stärker auf der psychosozialen Ebene bezüglich Aktivität und Teilhabe spielen Kontext- und Personenfaktoren eine zunehmende Rolle. Die bereits erwähnten Arbeiten im Kontext der ICF-Entwicklung und -Validierung versprechen hier weiteren Wissenszuwachs.

Insgesamt wären in versicherungsmedizinisch relevanten Bereichen genauere Analysen der kausalen Zusammenhänge im Rahmen von Längsschnittstudien, Pfadanalysen und methodisch anspruchsvolleren Untersuchungen z.B. mittels linearen Strukturgleichungsmodellen wünschenswert.

#### **5.4 Fragestellung 4**

Der BSV-Bericht Nr. 4/08 zum Einsatz von Beschwerdevalidierungstests in der IV-Abklärung, auf den zur Beantwortung der vierten Fragestellung in der vorliegende Literaturstudie Bezug genommen wurde, gibt erste Anhaltspunkte zur gängigen Beurteilungspraxis und liefert Vorschläge zum weiteren Forschungsbedarf. Ein wesentliches Ergebnis der Studie ist, dass keine hinsichtlich ihrer Validität zufrieden stellenden Beschwerdevalidierungstests gefunden wurden. In der gutachterlichen Praxis wird im Wesentlichen auf nicht-standardisierte Tests zurückgegriffen, wodurch zusammen mit der unbefriedigenden Ausbildung ärztlicher KollegInnen hinsichtlich Testmethodik und -interpretation eine insgesamt ungenügende Situation festgestellt werden muss.

Aus methodischer Sicht ist bezüglich der Bewertung dieser Ergebnisse Folgendes anzumerken:

1. In der Studie wurden insgesamt 13 Personen interviewt und 30 Fragebögen aus der Gutachtenpraxis ausgewertet. Diese geringen Zahlen legen nahe, dass die Ergebnisse nicht im Sinne einer repräsentativen Bestandsaufnahme, sondern eher als selektive Auswahl – mit möglichen Selektionseffekten – zu interpretieren sind.
2. Im Rahmen der theoretischen Auseinandersetzung mit vorliegenden Instrumenten wurde Literatur aus dem deutschen Sprachraum und mit engerem Bezug zur IV ausgewertet. Dadurch konnten weder mögliche gut etablierte Instrumente

aus dem nicht deutschen Sprachraum noch deutschsprachige Instrumente aus anderen Kontexten (z.B. medizinische Rehabilitation) Eingang finden und wurden hinsichtlich einer möglichen Implementierung in der Schweiz nicht geprüft. Weiter wurden zu berücksichtigende Veröffentlichungen auf den Publikationszeitraum zwischen 2005-2007 limitiert; der Hauptfokus wurde insbesondere auf die Übersichtsstudie von Blaskewitz & Merten (2007) gelegt. Somit wurden möglicherweise in der Praxis seit längerem eingeführte und bewährte Testverfahren nicht ausreichend berücksichtigt.

3. Nach der Reduktion der Treffer in der Literaturrecherche auf Schweizer Landessprachen wurden 30 Tests gefunden, von denen zwei einer genaueren Analyse unterzogen wurden. Da beide Tests nicht uneingeschränkt für die Praxis empfohlen werden können, sind in diesem Bereich zwingend weitere Analysen erforderlich.

Schlussfolgernd kann festgehalten werden, dass die aktuelle Qualität der Gutachten bezüglich der Beschwerdevalidierung aufgrund der dargestellten Einschränkungen nicht abschliessend beurteilt werden kann. Weitere vertiefende Analysen zur aktuellen Praxis sowie die Entwicklung spezifischer Aus- und Weiterbildungsangebote im Bereich der Versicherungsmedizin bezüglich der Anwendung von Beschwerdevalidierungstests wären wünschenswerte Massnahmen zur Verbesserung der Qualität in diesem Feld.

## 6 Schlussfolgerungen und Empfehlungen

Die Ergebnisse der vorliegenden Literaturstudie belegen den unbefriedigenden Ist-Stand sowie den hohen Bedarf bezüglich evidenzbasierten, validierten Kriterien zur Beurteilung von versicherungspsychiatrisch relevanten Gesundheitsstörungen, sowohl seitens der Auftraggeber als auch seitens der Praktiker und Gutachter.

Für die Entwicklung von Leitlinien in diesem Bereich – und hierfür stellt die vorliegende Studie den bestehenden Wissensstand zusammen – zeigen die Ergebnisse eindeutig, dass nicht auf Kriterien zurückgegriffen werden kann, die bereits im Rahmen von Untersuchungen mit ausreichendem Evidenzlevel validiert wurden. Daraus ergeben sich aus unserer Sicht hinsichtlich des Forschungsbedarfs und des weiteren Vorgehens bei der Leitlinienentwicklung folgende Konsequenzen. Aus Gründen der Übersichtlichkeit werden diese beiden Bereiche getrennt voneinander behandelt, in der Praxis sollten Forschungsanstrengungen und Leitlinienentwicklung sinnvoller Weise möglichst aufeinander abgestimmt erfolgen.

### 6.1 Forschungsbedarf

1. Die inhaltliche Analyse sämtlicher identifizierten Kriterien ergibt einen immensen Forschungsbedarf bezüglich der Entwicklung und Validierung von Kriterien, Indikatoren und Merkmalen für die Beschreibung von Gesundheitsstörungen in der Versicherungsmedizin. Das unbefriedigende Evidenzniveau der verfügbaren Arbeiten weist in Richtung Weiterentwicklung durch Validierung bestehender Kriterien und Leitlinien. Wie gezeigt wurde, besteht eine „Verwaschung“ von Kriterien: Kriterien (die wohlgeartet empirisch noch nicht ausreichend validiert sind) eines spezifischen Beurteilungsbereichs wie Prognose, Aggravation etc. werden für die Beurteilung anderer Bereiche herangezogen. Dies belegt die Notwendigkeit von Validierungsstudien, die zunächst die Beurteilungskriterien für denjenigen Beurteilungsbereich prüfen, für den sie auch tatsächlich entwickelt wurden (z.B. Prognose). In einem weiteren Schritt wäre dann empirisch zu untersuchen, inwieweit auf diese Weise validierte Kriterien auch zur Beurteilung anderer Bereiche wie z.B. Schweregrad, zumutbare Willensanspannung etc. herangezogen werden können.
2. Bezüglich des aktuellen Wissensstands zu kausalen Zusammenhängen zwischen traumatisierenden Ereignissen und versicherungspsychiatrisch relevanten Gesundheitsstörungen, wären sowohl im Hinblick auf das Design (Längsschnittstudien) als auch auf die Auswertungsmethodik (Pfadanalysen, Strukturgleichungsmodelle) anspruchsvolle Untersuchungen weiterführend. Ein erster Schritt könnte hier die Analyse bereits vorliegender Untersuchungen mit hohem Evidenzniveau aus anderen Bereichen darstellen. Weiterführend wäre dann auch die im IVG relevante Kausalität zwischen Störung und Einschränkung der Arbeitsfähigkeit detaillierter zu untersuchen.

3. Hinsichtlich der Frage nach validierten Beschwerdevalidierungstests bzw. generell psychiatrischen/psychologischen Untersuchungsmethoden zur Beurteilung versicherungsrelevanter Gesundheitsstörungen legt der aktuelle Literaturstand nahe, dass künftig sowohl Verfahren ausserhalb des deutschen Sprachraums als auch Verfahren aus anderen Kontexten mit inhaltlichen Überschneidungen (wie der medizinischen Rehabilitation) zu untersuchen und hinsichtlich ihrer Anwendbarkeit zu analysieren sind. Wissensbedarf besteht in diesem Zusammenhang hinsichtlich der Kenntnis der Prävalenz von Aggravation und Simulation als Grundlage für die Beschwerdevalidierung, die empirisch überprüft werden sollte.

## 6.2 Leitlinienentwicklung

1. Da die vorliegende Studie keine Beurteilungskriterien identifizieren konnte, die auf einem zufrieden stellenden Evidenzniveau hinreichend validiert sind, sollte bei der Leitlinienentwicklung quasi ein Schritt zurück gegangen werden: Anstelle der Suche nach evidenzbasierten Begutachtungskriterien wäre es nunmehr zielführend, die einzelnen Arbeitsschritte der Begutachtung, wie sie einleitend in Abschnitt 1 dargestellt wurden, systematisch hinsichtlich verfügbarer Evidenz zu prüfen. Das würde bedeuten, beispielsweise die Wissensbasis bezüglich der *Diagnosestellung* zusammenzustellen. Hierbei kommen, neben einer Vielzahl psychologischer Untersuchungsverfahren, insbesondere internationale Arbeiten und Untersuchungen aus dem rehabilitationswissenschaftlichen Kontext in Frage, in dem in den letzten Jahren, zumindest im deutschsprachigen Raum, ganz wesentliche Forschungsbemühungen unternommen wurden und Erfolg versprechende Instrumente (z.B. im Zusammenhang mit dem ICF) untersucht wurden. Die durch eine systematische Recherche identifizierten rehabilitationsspezifischen Studien, Publikationen oder Instrumente müssten dann hinsichtlich ihrer Übertragbarkeit und Anwendbarkeit im versicherungspsychiatrischen Bereich in der Schweiz geprüft werden.
2. Zur Identifikation des verfügbaren Wissensstands bezüglich der *Prognosestellung* und der Bewertung des Krankheitsverlaufs mit und ohne Therapie müssten systematisch bereits vorliegende Therapievergleichsstudien analysiert werden. Hierbei empfiehlt sich aufgrund der grossen Zahl von Untersuchungen die Beschränkung auf Studien auf hohem Evidenzniveau.
3. Um den Ist-Zustand der inhaltlichen Qualität der Gutachten festzustellen und Anhaltspunkte für Bereiche mit grösstem Verbesserungspotenzial zu erhalten, wäre eine qualitative Analyse von Gutachten sinnvoll.
4. Bei der weiteren Konzeption und Entwicklung von Leitlinien sollten bestehende Checklisten, wie sie beispielsweise vom ÄZQ im Rahmen des Leitlinienscreeningverfahrens entwickelt wurden, berücksichtigt werden. Dadurch wird eine hohe Qualität der späteren Leitlinie sichergestellt.

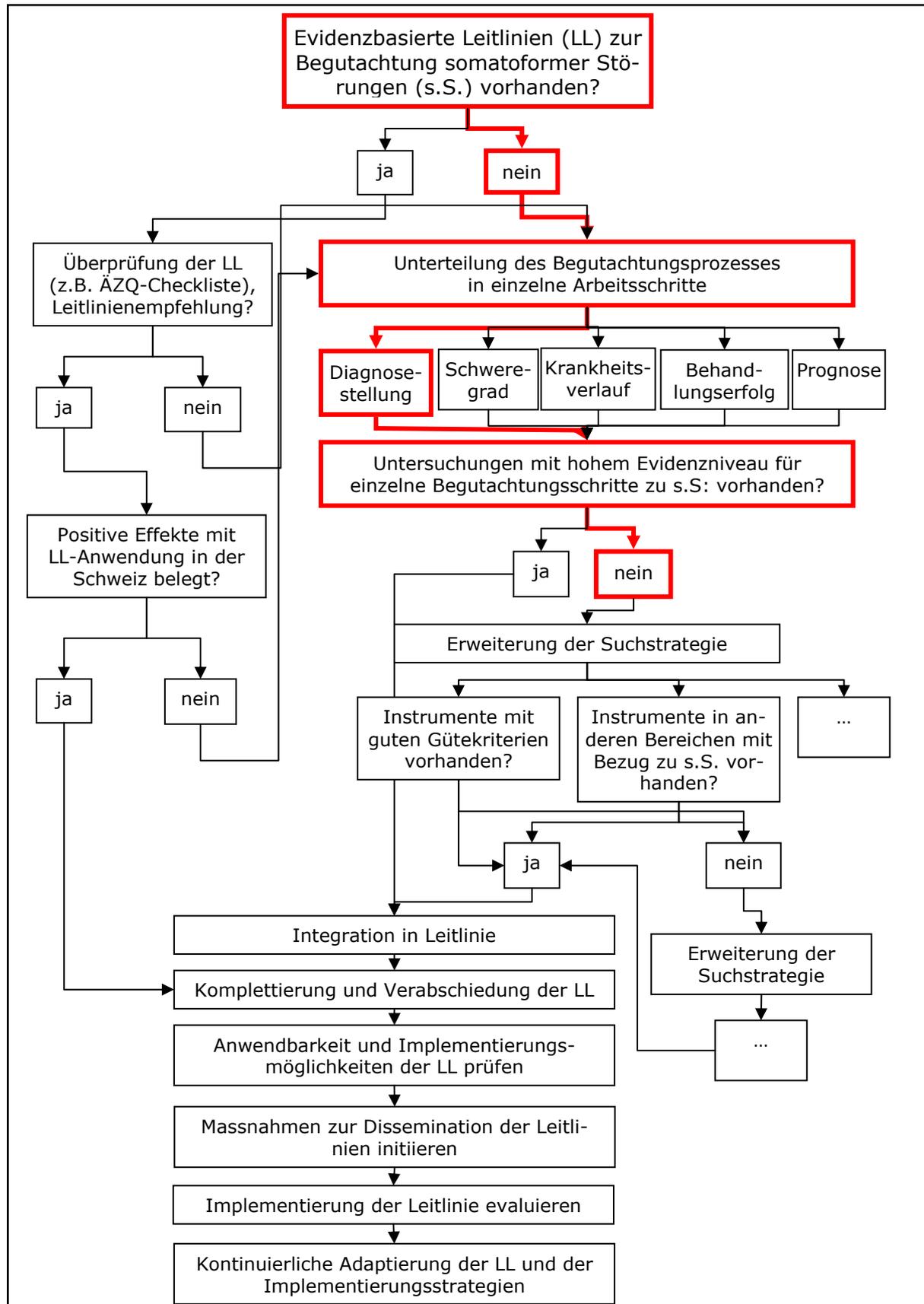
5. Schliesslich sind speziell für die praktische Umsetzung und Implementierung von Leitlinien spezifische Massnahmen erforderlich, die sinnvoller Weise bereits bei der Leitlinienentwicklung mit behandelt werden. Hier sind, neben einer Begleitevaluation, beispielsweise die Schulung von Gutachtern in der Anwendung von psychologischen Testverfahren, generell Massnahmen der Fort- und Weiterbildung, aber auch Konzepte aus dem Bereich des Wissensmanagements zur Umsetzung von Forschungsergebnissen in die Praxis der Gesundheitsversorgung (z.B. Herdt, 2008) zu nennen.

### **6.3 Exemplarische Darstellung des weiteren Vorgehens bei der Leitlinienentwicklung**

Um die aus unserer Sicht sinnvollen nächsten Arbeitsschritte bei der Entwicklung von Leitlinien aufzuzeigen, wird im Folgenden exemplarisch das mögliche Vorgehen anhand der somatoformen Störungen skizziert.

Wie Abbildung 4 schematisch darstellt, wird die Suche und Überprüfung systematisch erweitert, sofern keine Leitlinien bzw. Kriterien mit ausreichendem Evidenzniveau identifiziert werden. Wie oben ausgeführt, wird es durch die Unterteilung des gesamten Begutachtungsprozesses in einzelne Begutachtungsschritte möglich, diese einzelnen Teilaspekte (beispielsweise Diagnosestellung) systematisch hinsichtlich der vorliegenden Evidenz zu prüfen. Sollten hier ebenfalls keine Publikationen mit ausreichendem Evidenzniveau gefunden werden, wird die Strategie wiederum erweitert. Am Beispiel der Diagnosestellung bedeutet dies die Recherche psychologischer Instrumente und Untersuchungsverfahren mit angemessenen Gütekriterien, die Suche nach Arbeiten aus z.B. dem rehabilitationswissenschaftlichen Kontext, usw.

Auf diese Weise können systematisch die bestehenden Wissenslücken durch die Identifikation von Verfahren mit der aktuell besten verfügbaren Evidenz geschlossen werden. Diese Erkenntnisse werden dann in die Leitlinienentwicklung integriert. Nach der Leitlinienerstellung sind insbesondere die Implementierungsmöglichkeiten zu prüfen und entsprechende Massnahmen und Strategien zur praktischen Einführung und flächendeckenden Umsetzung zu entwickeln. Wesentlich für die erfolgreiche praktische Umsetzung der Leitlinie ist eine möglichst von Beginn an erfolgende begleitende Bewertung (im Sinne einer formativen Evaluation), um gegebenenfalls sowohl die Leitlinie selbst als auch die Implementierungsstrategien anpassen zu können.



**Abbildung 4. Exemplarische Darstellung der Leitlinienentwicklung am Beispiel somatoformer Störungen**

Wir haben im Rahmen der vorliegenden Arbeit zusätzlich zur dargestellten Literaturstudie die ersten Schritte dieses Vorgehens exemplarisch am Beispiel der somatoformen Störungen weiterverfolgt (in der Abbildung rot markierte Arbeitsschritte). Dieses Vorgehen führte zu folgenden Ergebnissen:

1. Wie im Ergebnisteil bereits dargestellt, konnten keine Leitlinien zur Begutachtung versicherungspsychiatrisch relevanter Gesundheitsstörungen – einschliesslich somatoformer Störungen – ermittelt werden.
2. Dem dargestellten Schema folgend wurde als Nächstes der Begutachtungsprozess in die einzelnen Arbeitsschritte aufgeteilt. Exemplarisch für alle weiteren Begutachtungsbereiche wurde eine systematische Literaturrecherche in der Cochrane-Datenbank zur *Diagnostik* von somatoformen Störungen vorgenommen. Diese Recherche ergab, dass *keine Veröffentlichungen und Untersuchungen* zu validierten Diagnostik-Methoden oder Instrumenten vorliegen, zumindest nicht auf einem hohen Evidenzniveau (Meta-Analysen, Review).
3. Der enge zeitliche Rahmen der vorliegenden Studie erlaubte nicht, auch noch die weiteren Arbeitsschritte zu verfolgen. Die weitere Strategie sollte jedoch deutlich geworden sein: Nachdem auch bezüglich der Diagnostik somatoformer Störungen keine Verfahren, zumindest keine durch Studien auf hohem Evidenzniveau abgesicherten, identifiziert wurden, ist im nächsten Schritt die Suchstrategie wieder zu erweitern, z.B. durch den Einbezug und die Analyse von Studien mit geringerem Evidenzlevel, wie auch von Arbeiten zu spezifischen Erhebungsinstrumenten (beispielsweise psychologische oder rehabilitationsspezifische Verfahren). Dadurch können diejenigen Instrumente mit guten Gütekriterien identifiziert und hinsichtlich ihrer Anwendungsmöglichkeiten bei der Diagnostik somatoformer Störungen geprüft werden. Die Ergebnisse fliessen dann in die Leitlinienentwicklung, in diesem Beispiel als Empfehlung diagnostischer Verfahren, ein. Analog zur Diagnostik sind alle weiteren Begutachtungsschritte (Schweregradbeurteilung, Prognosestellung etc.) hinsichtlich der besten verfügbaren Evidenz systematisch zu untersuchen.

## 6.4 Abschliessende Empfehlungen

Neben den oben aufgeführten Schlussfolgerungen und Konsequenzen bezüglich Leitlinienentwicklung und unterstützenden Forschungsaktivitäten wäre es aus unserer Sicht zielführend, für das weitere Vorgehen folgende Aspekte zu berücksichtigen:

- Die Leitlinienentwicklung im Bereich der Begutachtung versicherungspsychiatrisch relevanter Erkrankungen stellt aufgrund der dargestellten unbefriedigenden Ausgangslage ein anspruchsvolles und aufwändiges Unterfangen dar. Sinnvollerweise sollte die Leitlinienentwicklung zunächst auf wenige, besonders relevante Krankheitsbilder fokussieren. Hier wären insbesondere F4-Diagnosen zu nennen, beispielsweise Somatoforme Störungen (F45), Somatisierungsstörungen („funktionelle Störungen“ F44), Posttraumatische Belastungsstörungen (F43.1), Anpassungsstörungen (F43.2), allenfalls auch Persönlichkeitsstörungen (F6) oder akzentuierte Per-

sönlichkeitszügen (Z-Diagnose), da diese im Rahmen der Anwendung der „Foerster-Kriterien“ eine grosse Bedeutung bei der Beurteilung der Zumutbaren Willenanstrengung erlangt haben. Das Vorgehen bei der Entwicklung von Leitlinien zur Begutachtung dieser Störungen sollte dann entsprechend des skizzierten Vorgehens erfolgen.

- Die ungenügende Datenbasis im versicherungspsychiatrischen Bereich macht erforderlich, die Recherchestrategien auszuweiten. Wie dargestellt empfehlen wir die systematische Recherche vorhandener testpsychologischer Verfahren sowie von Verfahren und Instrumenten aus dem rehabilitationsmedizinischen Bereich. Daneben sollten auch Therapievergleichsstudien mit hohem Evidenzniveau, die im Rahmen der vorliegenden Studie aus Zeitgründen nicht berücksichtigt werden konnten, einbezogen werden. Diese Erweiterung der Suchstrategie wird zu einer sehr umfassenden Datenmenge an Publikationen und Instrumenten führen, deren fundierte Analyse (und Prüfung der Übertragbarkeit) mit einem relativ hohen Aufwand verbunden sein wird. Durch dieses strukturierte Vorgehen ist zu erwarten, dass zu allen wesentlichen Begutachtungsbereichen (Diagnostik, Prognosestellung mit/ohne Therapie etc.) Verfahren und Kriterien auf ausreichend hohem Evidenzlevel identifiziert und für die praktische Anwendung empfohlen werden können.
- Für die Qualität der versicherungspsychiatrischen Begutachtung wird die Güte der Umsetzung von Leitlinien in der Praxis eine wesentliche Rolle spielen. Sowohl zur Erhebung des späteren Implementierungsgrads der zu entwickelnden Leitlinien als auch zur Bestimmung der Effekte der Leitlinienanwendung ist eine begleitende Evaluation zwingend. Diese erfordert die Definition von Qualitätskriterien von Gutachten und eine entsprechende Bestimmung des aktuellen Ist-Stands hinsichtlich der Qualität der Gutachten (inklusive der Zufriedenheitsmessung bei Auftraggebern). Auf dieser Vergleichsbasis (Baseline) kann dann die nach Einführung der Leitlinien zu messende Gutachtenqualität sinnvoll beurteilt werden und gegebenenfalls Adaptationen sowohl der Leitlinien als auch der Implementierungsstrategien und -massnahmen vorgenommen werden.

## 7 Literaturverzeichnis

- Agency for Health Care Policy and Research. (1999). *The National Guideline Clearinghouse*. [Webpräsenz]: <http://www.guidelines.gov>, Zugriff am 09.10.2008.
- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften. (2008). *AWMF Online*. [Webpräsenz]: <http://www.awmf.org/>, Zugriff am 03.10.2008.
- Banque de Données Santé Publique. (2008). *Banque de Données Santé Publique*. [Webpräsenz]: <http://www.bdsp.ehesp.fr/>, Zugriff am 10.10.2008.
- Blaskewitz, N., & Merten, T. (2007). Diagnostik der Beschwerdenuvalidität - Diagnostik bei Simulationsverdacht: ein Update 2002 bis 2005. *Fortschr Neurol Psychiatr*, 75(3), 140-154.
- Cima, M., Hollnack, S., Kremer, K., Knauer, E., Schellbach-Matties, R., Klein, B., et al. (2003). "Strukturierter Fragebogen Simulierter Symptome": Die deutsche Version des "Structured Inventory of Malingered Symptomatology: SIMS". *Nervenarzt*, 74(11), 977-986.
- Coenen, M., Cieza, A., Stamm, T. A., Amann, E., Kollerits, B., & Stucki, G. (2006). Validation of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) Core Set for rheumatoid arthritis from the patient perspective using focus groups. *Arthritis Res Ther*, 8(4), R84.
- Deutsch- Englisch Wörterbuch. (2008). *LEO*. [Webpräsenz]: <http://dict.leo.org/>, Zugriff am 17.09.2008.
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information. (2008). *DIMDI. Datenbankrecherche*. [Webpräsenz]: <http://www.dimdi.de/static/de/db/index.htm>, Zugriff am 30.09.2008.
- Dittmann, V. (2005). Qualitätskriterien psychiatrischer Gutachten. Was darf der Jurist vom psychiatrischen Gutachter erwarten? In G. Ebner, V. Dittmann, B. Gravier, K. Hoffmann & R. Raggenbass (Eds.), *Psychiatrie und Recht* (pp. 126-140). Zürich: Schulthess.
- Foerster, K. (1992). Psychiatrische Begutachtung im Sozialrecht. *Nervenarzt*, 63, 129-136.
- Foerster, K. (1999). Begutachtung der Erwerbsfähigkeit bei Patienten mit psychogenen Störungen. *SZS/RSAS*, 43, 486-502.
- Foerster, K. (2000). Psychiatrische Begutachtung im Sozialrecht. In U. Venzlaff & K. Foerster (Eds.), *Psychiatrische Begutachtung* (Vol. 3, pp. 505-520). München: Urban und Fischer.
- Foerster, K. (2004). Begutachtung bei sozial- und versicherungsmedizinischen Fragen. In U. Venzlaff & K. Foerster (Eds.), *Psychiatrische Begutachtung. Ein praktisches Handbuch für Ärzte und Juristen* (Vol. 4., pp. 643-669). München: Elsevier.

- Häuser, W. (2007). Rentenbegehren, selbst eingeschätzte Schmerzintensität und Behinderung von Probanden mit Fibromyalgiesyndrom. *Schmerz*, 21, 539-544.
- Herdt, J. (2008). *Umsetzung von Forschungsergebnissen durch Wissensmanagement Ein Handlungsmodell für die medizinische Rehabilitation*. Saarbrücken: VDM.
- Herzberg, P. Y., & Frey, A. (2007). Testinformation: Amsterdamer Kurzzeitgedächtnistest (AKGT). *Diagnostica*, 53(4), 226-228.
- Hesse, B., Gebauer, E., & Heuft, G. (2007). Die IREPRO-Indikatorenliste - eine Arbeitshilfe zur systematischen Beurteilung von Reintegrations-Prognose und Rehabilitationsbedürftigkeit in der psychiatrischen Rentenbegutachtung [The IREPRO List of Indicators - a tool for systematic evaluation of the prognosis for reintegration and the need for rehabilitation in the course of psychiatric disability pension assessment]. *Rehabilitation (Stuttg)*, 46(1), 24-32.
- Kirchberger, I., & Alarcos, C. (o.J.). *ICF Core Sets: ein Update*. Online- Dokument: [http://www.herzogsaegmuehle.de/fileadmin/PDF/webherzogsaegmuehle/7\\_Core\\_Sets\\_Entwicklung\\_Dr.\\_Kirchberger.pdf](http://www.herzogsaegmuehle.de/fileadmin/PDF/webherzogsaegmuehle/7_Core_Sets_Entwicklung_Dr._Kirchberger.pdf), Zugriff am 30.10.2008.
- Kool, J., Meichtry, A., Schaffert, R., & Rüesch, P. (2008). *Der Einsatz von Beschwerdevalidierungstests in der IV- Abklärung. Bericht im Rahmen des mehrjährigen Forschungsprogramms zu Invalidität und Forschungsbericht Nr. 4/08*. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen.
- Linden, M., & Baron, S. (2005). Das "Mini-ICF-Rating für psychische Störungen (Mini-ICF-P)". Ein Kurzinstrument zur Beurteilung von Fähigkeitsstörungen bei psychischen Erkrankungen [The "Mini-ICF-Rating for Mental Disorders (Mini-ICF-P)". A short instrument for the assessment of disabilities in mental disorders]. *Rehabilitation (Stuttg)*, 44(3), 144-151.
- Merckelbach, H., & Smith, G. P. (2003). Diagnostic accuracy of the Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS) in detecting instructed malingering. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 18(2), 145-152.
- Mosimann, H. J., & Ebner, G. (2008). "Objektiv nicht überwindbare" Erwerbsunfähigkeit. In Vorbereitung für Publikation SZS Ende 2008.
- Rajower, I. (2007). 5. IV-Revision: Welche Rolle spielen die Ärzte? *Schweizerische Ärztezeitung*, 88(23), 1004-1006.
- Schagen, S., Schmand, B., de Sterke, S., & Lindeboom, J. (1997). Amsterdam Short-Term Memory test: a new procedure for the detection of feigned memory deficits. *J Clin Exp Neuropsychol*, 19(1), 43-51.
- Schneider, W., Henningsen, P., & Rüger, U. (2001). *Sozialmedizinische Begutachtung in Psychosomatik und Psychotherapie. Autorisierte Leitlinien, Quellentexte und Kommentar*. Bern: Hans Huber.
- Schweizerische Ärztezeitung. (2008). *SÄZ BMS*. [Webpräsenz]: <http://www.saez.ch/d/index.html>, Zugriff am 16.10.2008.

- The Cochrane Collaboration. (2008). *The Cochrane Library*. [Webpräsenz]: <http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/mrwhome/106568753/HOME?CRETRY=1&SRETRY=0>, Zugriff am 17.10.2008.
- Timner, K. (2008). Die Bedeutung der ICF für die sozialmedizinische Beurteilung in der gesetzlichen Rentenversicherung. *Med Sach*, 104(1), 15-17.
- U.S. National Library of Medicine and the National Institutes of Health. (2008). *PubMed*. [Webpräsenz]: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>, Zugriff am 25.09.2008.
- Widder, B. (2001). Bewertung von Schmerzsyndromen aus der Sicht des Neurologen und Psychiaters.
- World Health Organization. (2005). *Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit*. Genf: Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information.



## 8 Anhang

**Tabelle 15. Keywords, Synonyme und Schlagwortkombinationen**

| <b>Keywords, Alternative Verschlagwortung und Schlagwortkombinationen</b>  |  |
|--|--|
| <b>Keyword 1: psychisch</b>  | <b>Keyword 2: Störung</b>  |
| psych*<br>mental*<br>brain<br>psychopatho*<br>somatoform*<br>somatic*  | disease*<br>ill*<br>sick*<br>complaint*<br>disorder*<br>Krankh*<br>Beschwerd*<br>ICD*<br>Diagnos*<br>Gesundheit*<br>Störung*<br>„troubl* psychique“<br>„troubl* psychiatriques“  |
| <b>Keyword 3: Begutachtung</b>   | <b>Keyword 4: Leitlinien</b>   |
| appraisal*<br>examination*<br>„medical* assess*“<br>opinion<br>judgement*<br>*gutacht*<br>Einschätz*<br>Beurteil*<br>„psychiatric expertises“<br>„psychiatric expert opinion“<br>expertise | standards*<br>recommend*<br>guideline*<br>criteri*<br>directive*<br>Kriteri*<br>Richtlinie*<br>Leitl*<br>*kriteri*<br>*validi*<br>CPG<br>*ICF*<br>„International Classification of Functioning“<br>reliabl*<br>„critères factuels“ |
| <b>Keyword 5: Versicherung</b>   | <b>Keyword 6: Schweregrad</b>  |
| insuranc*<br>Versicherung*<br>Sozialmedizin*   | severity*<br>gravit*<br>difficult*   |

|  |   |
|--|---|
| „concerning pensions grants“<br>„early retirement“<br>Rehabilit*<br>assurance  | Schweregrad*<br>Belastung*<br>„degree of disabilit*“<br>„gravité de souffrance psychique“   |
| <b>Keyword 7: Krankheitsverlauf</b>  | <b>Keyword 8: Behandlungserfolg</b>   |
| development<br>progress<br>course<br>Krankheitsverl*<br>Erkrankungsverl*<br>Störungsverl*<br>„Psychopath* Verl*“<br>„évolution de la maladie“        | attend*<br>Care<br>therap*<br>treatment*<br>„success of therapy“<br>„therap* respons*“<br>„therap* result*“<br>outcome<br>Therapieerfolg*<br>Behandlungserfolg*<br>wirksam*<br>„succès de traitement“                   |
| <b>Keyword 9: Prognose</b>   | <b>Keyword 10: Beeinträchtigung</b>   |
| prognos*<br>forecast*<br>outlook*<br>predictio*<br>projection*<br>prospect*<br>future*<br>Prognos*<br>Voraus*<br>Vorhersa*<br>Langzeit*<br>pronostic | „sick leave“<br>handicap*<br>damage*<br>impair*<br>invalid*<br>Beeinträcht*<br>Einschränk*<br>Arbeits*<br>Erwerbs*<br>Leistung*<br>Funktion*<br>Behinderung*<br>Fähig*<br>Aktivi*<br>Teilhab*<br>disabilit*<br>atteinte |

Anmerkung: Schlagwortkombinationen sind in Anführungsstrichen dargestellt; Trunkierungen dargestellt durch „\*“, dienen der Suche nach Wortstamm zugehörigen Begriffen

**Tabelle 16. Verknüpfung der Suchfragen mit den dazugehörigen Keywords****Fragestellung 1**

**Welches sind die gängigen Qualitäts- respektive Evidenz-Kriterien für die Beurteilung von versicherungspsychiatrisch relevanten Gesundheitsstörungen hinsichtlich Schweregrad, Krankheitsverlauf, Behandlungserfolg und Prognose?**

**Suchfrage 1.1**

Wie werden psychische Störungen beurteilt/ begutachtet?

**Keywords:** psychisch AND Störung AND Begutachtung

**Suchfrage 1.2**

Welche Kriterien gibt es für die Beurteilung von psychischen Störungen?

**Keywords:** psychische AND Störung AND Begutachtung AND Leitlinien (AND Versicherung)

**Suchfrage 1.3**

Welche Kriterien gibt es zur Beurteilung von psychischen Störungen hinsichtlich der/ des

1.3a Schweregrades?

**Keywords:** psychisch AND Störung AND Begutachtung AND Leitlinien AND Versicherung AND Schweregrad

1.3b Krankheitsverlauf?

**Keywords:** psychisch AND Störung AND Begutachtung AND Leitlinien AND Versicherung AND Krankheitsverlauf

1.3c Behandlungserfolg?

**Keywords:** psychisch AND Störung AND Begutachtung AND Leitlinien AND Versicherung AND Behandlungserfolg

1.3d Prognose?

**Keywords:** psychisch AND Störung AND Begutachtung AND Leitlinien AND Versicherung AND Prognose

1.3e Schweregrad und Krankheitsverlauf und Behandlungserfolg und Prognose

**Keywords:** psychisch AND Störung AND Begutachtung AND Leitlinien AND Versicherung AND Schweregrad AND Krankheitsverlauf AND Behandlungserfolg AND Prognose

1.3f Schweregrad oder Krankheitsverlauf oder Behandlungserfolg oder Prognose

**Keywords:** psychisch AND Störung AND Begutachtung AND Leitlinien AND Versicherung AND Schweregrad OR Krankheitsverlauf OR Behandlungserfolg OR Prognose

**Fragestellung 2**

**Gibt es wissenschaftlich anerkannte Kriterien für die Zuordnung einer psychiatrischen Gesundheitsstörung zu unterschiedlichen Graden der Leistungsbeeinträchtigung bzw. Arbeitsfähigkeit?**

**Suchfrage 1**

Gibt es eine Zuordnung zwischen Störungen und graduellen Leistungsbeeinträchtigungen bzw. gradueller Arbeitsfähigkeit?

**Keywords:** psychisch AND Störung AND Begutachtung AND Leitlinien AND Versicherung AND Beeinträchtigung

**Tabelle 17. Berücksichtigte Quellen und Datenbanken**

| Art der Datenbank            | Quelle                                  | Enthaltene Datenbanken                      | URL   |
|------------------------------|---|---|---|
| Literaturdatenbank           | Cochrane Library                        | Cochrane Reviews (CDSR)                     | <a href="http://www.cochrane.org/">http://www.cochrane.org/</a>                                   |
|                              |   | Methodologisch hochwertige Reviews (DARE)   |   |
|                              |   | Randomisierte Studien (Central)             |   |
|                              |   | Cochrane Methology Register (CMR)           |   |
|                              |   | Health Technology Assessment Database (HTA) |   |
|                              |   | The NHS Economic Evaluation Database        |   |
| Literaturdatenbank           | DIMDI                                   | Cochrane Library (NHS CRD-DARE)             | <a href="http://www.dimdi.de/dynamic/de/index.html">http://www.dimdi.de/dynamic/de/index.html</a> |
|                              |   | Cochrane Library (CDSR)                     |   |
|                              |   | DAHTA-Datenbank                             |   |
|                              |   | Deutsches Ärzteblatt                        |   |
|                              |   | DIQ-Literatur                               |   |
|                              |   | EMBASE                                      |   |
|                              |   | gms   |   |
|                              |   | HECLINET                                    |   |
|                              |   | Hogrefe- Verlagsdatenbank und Volltexte     |   |
|                              |   | Karger- Verlagsdatenbank                    |   |
|                              |   | Kluwer-Verlagsdatenbank                     |   |
|                              |   | Krause- & Pachernegg Verlagsdatenbank       |   |
|                              |   | Medikat                                     |   |
|                              |   | Medline                                     |   |
|                              |   | NHS-CRD-DARE                                |   |
|                              |   | NHS-CRD-HTA                                 |   |
|                              |   | NHS Economic Evaluation Database (NHS EED)  |   |
|                              |   | Psychinfo                                   |   |
|                              |   | Psyndex                                     |   |
|                              |   | SciSearch                                   |   |
|                              |   | SOMED                                       |   |
|                              |   | Springer- Verlagsdatenbank                  |   |
|                              |   | Springer PrePrint                           |   |
|                              |   | Thieme- Verlagsdatenbank                    |   |
|                              |   | Thieme PrePrint                             |   |
| Biomedizinische Datenbank    | PubMed                                  | Medline                                     | <a href="http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/">http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/</a>             |
|                              |   | OldMedline                                  |   |
|                              |   | PubMed Central (PMC)                        |   |
| Französische Datenbank       | Banque de données santé publique (BDSP) |   | <a href="http://www.bdsp.ehesp.fr/">http://www.bdsp.ehesp.fr/</a>                                 |
| Medizinische Fachzeitschrift | Schweizerische Ärztezeitung             |   | <a href="http://www.saez.ch/d/index.html">http://www.saez.ch/d/index.html</a>                     |

**Tabelle 18. Leitlinienanbieter und deren Internetadressen**

| <b>Internetadresse</b>                                     | <b>Leitlinienanbieter</b>  |
|--|--|
| <a href="http://www.awmf-online.de">www.awmf-online.de</a> | AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften)                       |
| <a href="http://www.leitlinien.de">www.leitlinien.de</a>   | Leitlinien-, Informations- und Recherchedienst des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin (ÄZQ) |
| <a href="http://www.guidelines.gov">www.guidelines.gov</a> | National Guideline Clearinghouse   |
| <a href="http://www.apa.org">www.apa.org</a>               | American Psychological Association   |

## Referenzliste

- Altshuler, L. L., Cohen, L. S., Moline, M. L., Kahn, D. A., Carpenter, D., & Docherty, J. P. (2001). The Expert Consensus Guideline Series. Treatment of depression in women. *Postgrad Med(Spec No)*, 1-107.
- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften. (2008). Begutachtung - Überarbeitete Leitlinie der AWMF zur Begutachtung von Schmerzen. *Z Orthop Ihre Grenzgeb*, 146, 151-161.
- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften. (2008). Definition, Pathophysiologie, Diagnostik und Therapie des Fibromyalgiesyndroms - Methodische Grundlagen für die Entwicklung der Leitlinienempfehlungen (Methodenreport). [Webpräsenz]: <http://leitlinien.net/>, Zugriff am 18.11.2008.
- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften. (2008). Definition, Pathophysiologie, Diagnostik und Therapie des Fibromyalgiesyndroms- Kurzfassung. [Webpräsenz]: <http://leitlinien.net/>, Zugriff am 18.11.2008.
- Birke, K., Schneider, W., Klauer, T., & Dobreff, U. (2001). Wie beeinträchtigt in psychosomatisch relevanten Dimensionen sind Gutachtenprobanden wirklich? Ein Vergleich zwischen stationären Psychotherapiepatienten und Probanden im Sozialgerichtsverfahren. In W. Schneider, P. Henningsen & U. Rüger (Eds.), *Sozialmedizinische Begutachtung in Psychosomatik und Psychotherapie* (pp. 194-223). Bern: Hans Huber.
- Bonsack, C., Borgeat, F., & Lesage, A. (2002). Mesurer la sévérité des problèmes des patients et leur évolution dans un secteur psychiatrique: une étude sur le terrain du Health of Nation Outcome Scales en français (HoNOS-F) [Measuring patients problems severity and outcomes in a psychiatric sector: a field study with the French version of the Health of Nation Outcome Scales HoNOS-F]. *Annales médico-psychologiques*, 160(7), 499-526.
- Brunner, A., & Birkhäuser, N. (2007). Somatoforme Schmerzstörung - Gedanken zur Rechtssprechung und deren Folgen für die Praxis, insbesondere mit Blick auf die Rentenrevision. *Basler Juristische Mitteilungen*, 4, 169-206.
- Bückers, R., Kriebel, R., & Paar, G. H. (2001). Der "geschickte" Patient in der psychosomatischen Rehabilitation - Leitlinien für die sozialmedizinische Beurteilung und Behandlung von fremdmotivierten Patienten. *Rehabilitation*, 40, 65-71.
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation. (2008). *ICF - Praxisleitfaden 2. Trägerübergreifende Informationen und Anregungen für die praktische Nutzung der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) in medizinischen Rehabilitationseinrichtungen*. Frankfurt am Main: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR).
- Büscher, C., Watzke, B., Koch, U., & Schulz, H. (2004). Leitlinienentwicklung für die Behandlung von Patienten mit psychischen Störungen unter besonderer Berücksichtigung

- sichtigung rehabilitativer Aspekte. *Psycho-Social-Medicine*, 1, 1-13.
- Coenen, M., Cieza, A., Stamm, T. A., Amann, E., Kollerits, B., & Stucki, G. (2006). Validation of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) Core Set for rheumatoid arthritis from the patient perspective using focus groups. *Arthritis Res Ther*, 8(4), R84.
- Dertwinkel, R., Graf-Baumann, T., & Zenz, M. (1999). Die Begutachtung in der Schmerztherapie. *Schmerz*, 13, 283-291.
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information. (2008). ICF-Projekte im deutschsprachigen Raum. [Webpräsenz]: <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icf/icf-projekte.html>, Zugriff am 17.10.2008.
- Dickmann, J. R., & Broocks, A. (2007). Das psychiatrische Gutachten im Rentenverfahren - wie reliabel? [Psychiatric expert opinion in case of early retirement - how reliable?]. *Fortschr Neurol Psychiatr*, 75(7), 397-401.
- Dittmann, V. (2004). Forensische Psychiatrie in der Schweiz. In U. Venzlaff & K. Foerster (Eds.), *Psychiatrische Begutachtung. Ein praktisches Handbuch für Ärzte und Juristen*. (Vol. 4. Auflage, pp. 801-816). München: Elsevier.
- Dohrenbusch, R. (2007). *Begutachtung somatoformer Störungen und chronifizierter Schmerzen. Konzepte - Methoden - Beispiele*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Ewert, T., Freudenstein, R., & Stucki, G. (2008). Die ICF in der Sozialmedizin [ICF in social medicine]. *Gesundheitswesen*, 70(10), 600-612; quiz 613-606.
- Fabra, M. (2005). So genannte komplexe Ich-Funktionen, psychischer Querschnittsbefund und Einschätzung des Leistungsvermögens in der Begutachtung psychogener Erkrankungen [So-called complex ego-functions, psychic cross findings and valuation of efficiency in medical expert assessment of psychogenic diseases (I)]. *Versicherungsmedizin*, 57(3), 133-136.
- Fabra, M. (2005). So genannte komplexe Ich-Funktionen, psychischer Querschnittsbefund und Einschätzung des Leistungsvermögens in der Begutachtung psychogener Erkrankungen [So-called complex ego-functions, psychic cross findings and valuation of efficiency in medical expert assessment of psychogenic diseases (II)]. *Versicherungsmedizin*, 57(4), 178-181.
- Foerster, K. (1999). Begutachtung der Erwerbsfähigkeit bei Patienten mit psychogenen Störungen. *SZS/RSAS*, 43, 486-502.
- Foerster, K. (2001). Stellenwert psychischer Störungen in der Begutachtung - Grundlagen der Begutachtung. *Med Sach*, 97(2), 33-35.
- Foerster, K. (2004). Begutachtung bei sozial- und versicherungsmedizinischen Fragen. In U. Venzlaff & K. Foerster (Eds.), *Psychiatrische Begutachtung. Ein praktisches Handbuch für Ärzte und Juristen* (Vol. 4. Auflage, pp. 643-669). München: Elsevier.
- Gloor-Juzi, T., Huber, E. O., & Grill, E. (2008). Operationalisierung von ICF-Kategorien

- für physiotherapeutische Interventionen im Akutkrankenhaus [Operationalisation of ICF Categories for Physiotherapeutic Interventions in Emergency Hospitals]. *physioscience*, 4, 7-16.
- Grosch, E. V., Fischer, K., Irle, H., Kruse, C., & Legner, R. (2006). *Leitlinien für die sozialmedizinische Beurteilung von Menschen mit psychischen Störungen. DRV-Schriften Band 68*: Deutsche Rentenversicherung Bund.
- Härter, M., Klesse, C., Bermejo, I., Lelgemann, M., Weinbrenner, S., Ollenschläger, G., et al. (2008). Entwicklung der S3- und Nationalen Versorgungs- Leitlinie Depression. *Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz*, 51, 451-457.
- Hasenbein, U., & Wallesch, C. W. (2005). Situations- und Kontextangemessenheit von Leitlinien Argumente für eine psychologische und soziologische Perspektive [Situation and context appropriateness of guidelines]. *Fortschr Neurol Psychiatr*, 73(5), 245-248.
- Häuser, W. (2007). Rentenbegehren, selbst eingeschätzte Schmerzintensität und Behinderung von Probanden mit Fibromyalginsyndrom. *Schmerz*, 21, 539-544.
- Hausotter, W. (2002). *Begutachtung somatoformer und funktioneller Störungen*. München: Urban & Fischer.
- Hausotter, W. (2006). Aktuelle Aspekte der Fibromyalgie in der Begutachtung. *Med Sach*, 102(5), 164-170.
- Hausotter, W. (2006). *Neurologische Begutachtung. Einführung und praktischer Leitfa-den*. Stuttgart: Schattauer.
- Henningens, P. (2005). Zur Begutachtung somatoformer Störungen. Referat. *Praxis*, 94(2007-2010).
- Hesse, B., Gebauer, E., & Heuft, G. (2007). Die IREPRO-Indikatorenliste - eine Arbeits-hilfe zur systematischen Beurteilung von Reintegrations-Prognose und Rehabili-tationsbedürftigkeit in der psychiatrischen Rentenbegutachtung [The IREPRO List of Indicators - a tool for systematic evaluation of the prognosis for rein-tegration and the need for rehabilitation in the course of psychiatric disability pension assessment]. *Rehabilitation (Stuttg)*, 46(1), 24-32.
- Hoffmann-Richter, U. (2005). *Die psychiatrische Begutachtung*. Stuttgart: Thieme.
- Hoffmann-Richter, U., & Mosimann, H. J. (2005). Zur Beurteilung von Kausalität, Arbeitsfähigkeit und Zumutbarkeit. Begriffsbestimmung, offene Fragen und prakti-sche Hinweise. In G. Ebner, V. Dittmann, B. Gravier, K. Hoffmann & R. Raggen-bass (Eds.), *Psychiatrie und Recht* (pp. 16-50). Zürich: Schulthess.
- Jeger, J. (2006). Somatoforme Schmerzstörung und Arbeitsunfähigkeit: Differenzen oder Konsens zwischen Medizin und Rechtssprechung? In R. Schaffhauser & F. Schlauri (Eds.), *Medizin und Sozialversicherung im Gespräch. Schriftenreihe des Instituts für Rechtswissenschaft und Rechtspraxis* (Vol. 35, pp. 155-202). St. Gallen: Ehrenzeller, B., Schaffhauser, R., Schwander, I.

- Kapfhammer, H. P. (2007). Somatoforme Störungen. Konzept, Klinik, Ätiopathogenese und Therapie. *Nervenarzt*, 79, 99-117.
- Klipstein, A. (2007). Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit und Zumutbarkeit aus ärztlicher Sicht.
- Koch, U., & Schulz, H. (2003). Voraussetzungen und Strategien zur Entwicklung von Leitlinien in der Rehabilitation von Patienten mit psychischen/ psychosomatischen Störungen [Conditions and strategies for the development of guidelines for the rehabilitation of patients with psychiatric and psychosomatic disorders]. *Rehabilitation (Stuttg)*, 42(2), 118-123.
- Kohl, F. (2001). Somatoforme Schmerzstörung und Fibromyalgie Zur Problematik ihrer gutachterlichen Bewertung im Rahmen des Schwerbehindertengesetzes (SchwbG). *Schmerz*, 14, 192-196.
- Kopp, H. G. (2006). Die psychiatrische Begutachtung von Schmerzstörungen. Eine interdisziplinäre Aufgabe mit (oft entscheidender) psychiatrischer Beteiligung. *Schweizer Zeitschrift für Psychiatrie und Neurologie*, 4, 9-14.
- Körner, M. (2005). ICF und sozialmedizinische Beurteilung der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben: Alles klar? - Ein Diskussionsbeitrag. *Rehabilitation*, 44, 229-236.
- Kriebel, R., Paar, G., Bückers, R., & Bergmann, C. (2001). Entwicklung einer Checkliste zur sozialmedizinischen Beurteilung von Patienten in der psychosomatischen Rehabilitation. In W. Schneider, P. Henningsen & U. Rüger (Eds.), *Sozialmedizinische Begutachtung in Psychosomatik und Psychotherapie. Autorisierte Leitlinien, Quellentexte und Kommentar* (pp. 243-270). Bern: Hans Huber.
- Lang, C. J. G., Badke, A., Grifka, J., Köllner, V., Marx, P., Stoll, W., et al. (2008). Leitlinie: Begutachtung der Halswirbelsäulendistorsion (ICD-10: S13.4 "Verstauchung und Zerrung der Halswirbelsäule"). *Akt Neurol*, 35, 131-137.
- Leitner, A., Kaluscha, R., & Jacobi, E. (2008). Praktische Nutzung der ICF: Erprobung eines neuen Ansatzes in vier Kliniken [The ICF in Use: Testing of a New Concept in Four Clinics]. *Rehabilitation*, 47, 226-235.
- Linden, M. (2007). Das psychiatrische Gutachten im Rentenverfahren - wie reliabel? *Fortschritte Neurologische Psychiatrie*, 75, 379-381.
- Linden, M., & Baron, S. (2005). Das "Mini-ICF-Rating für psychische Störungen (Mini-ICF-P)". Ein Kurzinstrument zur Beurteilung von Fähigkeitsstörungen bei psychischen Erkrankungen [The "Mini-ICF-Rating for Mental Disorders (Mini-ICF-P)". A short instrument for the assessment of disabilities in mental disorders]. *Rehabilitation (Stuttg)*, 44(3), 144-151.
- Linden, M., & Weidner, C. (2005). Arbeitsunfähigkeit bei psychischen Störungen. *Nervenarzt*, 76, 1421-1431.
- Marelli, R. (2004). Schmerz und Arbeitsunfähigkeit. *Schweizerische Zeitschrift für Psychiatrie und Neurologie*, 2, 26-29.

- Marelli, R. (2004). Zur Entstehung der Leitlinien im deutschsprachigen Raum und speziell in der Schweiz Leitlinien der Schweizerischen Gesellschaft für Versicherungspsychiatrie für die Begutachtung psychischer Störungen. *Schweizerische Ärztezeitung*, 85(20), 1045-1047.
- Marelli, R. (2005). Schmerz und Arbeitsunfähigkeit. In G. Ebner, V. Dittmann, B. Gravier, K. Hoffmann & R. Raggenbass (Eds.), *Psychiatrie und Recht* (Vol. 10, pp. 79-89). Zürich: Schulthess Juristische Medien.
- Marelli, R. (2007). Nicht können oder nicht wollen? Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei somatoformen Störungen, typische Schwierigkeiten und ihre Überwindung. *SZS/RSAS*, 51, 326-340.
- Marelli, R. (2008). Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit im Grenzbereich von Psyche und Soma. *Schweizerische Ärztezeitung*, 89(25), 1140-1143.
- Marx, P., Gaidzik, P. W., Hausotter, W., Lösche, W., Tegenthoff, M., Widder, B., et al. (2004). Allgemeine Grundlagen der neurologischen Begutachtung. *Akt Neurol*, 31, 1-9.
- Mazotti, I., & Schiltenswolf, M. (2008). Leitlinien für die ärztliche Begutachtung von Schmerzen. In I. Mazotti & M. Schiltenswolf (Eds.), *Begutachtung von Schmerzen* (pp. 253-271). Berlin: Springer.
- Merten, T., Friedel, E., Mehren, G., & Stevens, A. (2007). Über die Validität von Persönlichkeitsprofilen in der nervenärztlichen Begutachtung. *Nervenarzt*, 78, 511-520.
- Merten, T. (2006). Neue Aspekte in der Beurteilung psychoreaktiver und neuropsychologischer Störungen als Leistungsgrund – Nicht-authentische Beschwerden: vorgetäuschte neuropsychologische Störungen. *Med Sach*, 102(2), 58-62.<sup>4</sup>
- Mosimann, H. J., & Ebner, G. (2008). "Objektiv nicht überwindbare" Erwerbsunfähigkeit. *SZS 6/2008*, 1-27.
- Murer, E. (2005). Die rechtlichen Anforderungen an sozialmedizinische Begutachtungen im Bereich zwischen Psyche und Soma. In G. Ebner, V. Dittmann, B. Gravier, K. Hoffmann & R. Raggenbass (Eds.), *Psychiatrie und Recht* (Vol. 10, pp. 91-124). Zürich: Schulthess.
- Nüchtern, E., & Mohrmann, M. (2006). Wozu braucht evidenzbasierte Medizin die ICF, die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit? *Medizinische Klinik*, 101, 9-14.
- Nussbaum, C., Riecher-Rossler, A., Grize, L., & Apfel, T. (2008). Nützen Behandlungsempfehlungen in psychiatrischen versicherungsrechtlichen Gutachten? [Treatment recommendations in psychiatric disability insurance expertises: are they helpful]. *Fortschr Neurol Psychiatr*, 76(3), 160-165.

---

<sup>4</sup> Diese Arbeit wurde den AutorInnen erst nach der Berichtstellung zugänglich (Fernleihe) und deshalb in der Ergebnisdarstellung nicht berücksichtigt.

- Oliveri, M. (2003). Was sollen wir messen. Schmerz oder Funktion? Die Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit als Mittel für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit. In R. Schaffhauser & F. Schlauri (Eds.), *Schmerz und Arbeitsunfähigkeit. Schriftenreihe des Instituts für Rechtswissenschaft und Rechtspraxis* (Vol. 23, pp. 389-407). St. Gallen: Ehrenzeller, B., Schaffhauser, R., Schwander, I.
- Oliveri, M., Kopp, H. G., Stutz, K., Klipstein, A., & Zollikofer, J. (2006). Grundsätze der ärztlichen Beurteilung der Zumutbarkeit und Arbeitsfähigkeit. Teil 1. *Schweizerisches Medizinisches Forum*, 6.
- Oliveri, M., Kopp, H. G., Stutz, K., Klipstein, A., & Zollikofer, J. (2006). Grundsätze der ärztlichen Beurteilung der Zumutbarkeit und Arbeitsfähigkeit. Teil 2. *Schweizerisches Medizinisches Forum*, 6, 448-454.
- Pielsticker, A., & Dohrenbusch, R. (2004). Begutachtung von Schmerzen. In H.-D. Basler, Franz, B. Kröner-Herwig & H. P. Rehfisch (Eds.), *Psychologische Schmerztherapie* (Vol. 5, pp. 321-340). Berlin: Springer.
- Rosen, G. M. (2006). DSM's cautionary guideline to rule out malingering can protect the PTSD data base. *J Anxiety Disord*, 20(4), 530-535.
- Schiltenswolf, M. (2007). Begutachtung muskuloskelettaler Schmerzen. *Z Rheumatol*, 66, 473-483.
- Schliehe, F. (2006). Das Klassifikationssystem der ICF [The ICF classification system - a problem oriented inventory on behalf of the German Society of Rehabilitation Sciences]. *Rehabilitation (Stuttg)*, 45(5), 258-271.
- Schneider, W. (2007). Standards der sozialmedizinischen Leistungsbegutachtung in der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 52, 447-462.
- Schneider, W., Henningsen, P., & Rüger, U. (2001). *Sozialmedizinische Begutachtung in Psychosomatik und Psychotherapie. Autorisierte Leitlinien, Quellentexte und Kommentar*. Bern: Hans Huber.
- Schulz, H., Büscher, C., Koch, U., & Watzke, B. (2006). Leitlinien für die rehabilitative Behandlung von Patienten mit psychischen und psychosomatischen Störungen. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 1, 53-64.
- Schumacher, H. L., & Baumann, N. (2003). Arbeitsunfähigkeit bei jüngeren Dorso- pathie- Patienten und ihre Wechselwirkung mit Schmerzen, Funktionskapazität, sozialen Faktoren und Persönlichkeitsstilen [Temporary working disability among younger patients with back pain and its interaction with severity of pain, functional capacity, social factors and personality styles]. *Rehabilitation (Stuttg)*, 42(4), 245-252.
- Schweizerische Gesellschaft für Rheumatologie. (2007). Leitlinien für die Begutachtung rheumatologischer Krankheiten und Unfallfolgen. *Schweizerische Ärztezeitung*, 88, 17.
- Seger, W., Cibis, W., Hagen, T., Harai, G., Heipertz, W., Huller, E., et al. (2003). Trägerübergreifende Aspekte der Begutachtung nach dem SGB IX. Teil I: Grundla-

- gen [Aspects of expertising which are jointly valid for German sociomedicine and statutory health care]. *Gesundheitswesen*, 65(11), 603-611.
- Seitz, M. (2008). Über die Operationalisierbarkeit versicherter Seelen. Weiches Gemüt und harte Daten. *Schweizerische Ärztezeitung*, 89(42), 1812-1814.
- Späth, M., & Neeck, G. (2002). Zur Begutachtung der Fibromyalgie. *Z Rheumatol*, 61, 661-666.
- Stadtland, C., Gundel, H., Schutt, S., & Nedopil, N. (2003). Kriterien zur Beurteilung der quantitativen Leistungseinschränkung bei der Begutachtung funktioneller körperlicher Störungen [Criteria for assessing quantitative disability in expert determination of functional physical disorders. Review of the literature]. *Versicherungsmedizin*, 55(3), 111-117.
- Stuart, G. W., Rush, A. J., & Morris, J. A. (2002). Practice guidelines in mental health and addiction services: contributions from the American College of Mental Health Administration. *Adm Policy Ment Health*, 30(1), 21-33.
- Svitak, M., Müller-Svitak, S., & Rauh, E. (2007). Zur Anwendung von Glaubhaftigkeitskriterien in der Begutachtung somatoformer Störungen [The use of credibility criteria in the assessment of somatoform disorders]. *Versicherungsmedizin*, 59(4), 170-175.
- Svitak, M., Müller-Svitak, S., & Rauh, E. (2006). Begutachtung von psychosomatischen Erkrankungen in der Krankentagegeldversicherung: Vorteile eines multidimensionalen Begutachtungsleitfadens. *Versicherungsmedizin*, 2, 73-80.
- Timner, K. (2008). *ICF Anwendung in der Deutschen Rentenversicherung Bund. Pilotprojekt in der Deutschen Rentenversicherung Bund*. Paper presented at the 6. ICF- Anwenderkonferenz, Bremen.
- Viol, M., Grotkamp, S., & Seger, W. (2007). Personenbezogene Kontextfaktoren (Kurzversion), Teil II. *Gesundheitswesen*, 69(1), 34-37.
- Viol, M., Grotkamp, S., van Treeck, B., Nüchtern, E., Hagen, T., Manegold, B., et al. (2006). Personenbezogene Kontextfaktoren, Teil I. Ein erster Versuch zur systematischen, kommentierten Auflistung von geordneten Anhaltspunkten für die sozialmedizinische Begutachtung im deutschen Sprachraum. *Gesundheitswesen*, 68(12), 747-759.
- von Overbeck, J. (2005). Risiken und Grenzen der medizinischen Diagnose in der Erwerbsunfähigkeitsversicherung. Beilage der Schweizerischen Ärztezeitung. In S. V. (SVV) (Ed.), *Mitteilungen der Lebensversicherer an die Schweizer Ärzteschaft. Risiken und deren Wahrnehmung* (pp. 18-31): Schweizerischer Versicherungsverband (SVV).
- Walk, H.-H., & Wehking, E. (2005). Objektivierung von Schmerz unter besonderer Berücksichtigung der Medikamentenspiegel. *Med Sach*, 101(5), 166-168.
- Watzke, B., Büscher, C., Koch, U., & Schulz, H. (2005). Rehabilitative Elemente bei der Behandlung von Menschen mit psychischen Störungen: Werden sie bei der Ent-

wicklung von Leitlinien ausreichend berücksichtigt? [Rehabilitative elements for the treatment of patients with mental disorders: are they considered in the development of guidelines?]. *Psychiatr Prax*, 32(2), 79-86.

Widder, B. (2001). Bewertung von Schmerzsyndromen aus der Sicht des Neurologen und Psychiaters. In: Arbeitsgemeinschaft Neurologische Begutachtung (Hrsg.), *Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Neurologie Jahrestagung der Arbeitsgemeinschaft Neurologische Begutachtung der Deutschen Gesellschaft für Neurologie, Hannover, 18.-19. Mai 2001. Abstractband*. [Webpräsenz]: [http://www.anb-ev.de/publikationen/Widder\\_Abstract.doc](http://www.anb-ev.de/publikationen/Widder_Abstract.doc), Zugriff am 18.11.2008.

Widder, B., Dertwinkel, R., Egle, U. T., Foerster, K., & Schiltenswolf, M. (2007). Leitlinie für die Begutachtung von Schmerzen. *Psychotherapeut*, 52, 334-346.

Winckler, P., & Foerster, K. (1996). Zum Problem der «zumutbaren Willensanspannung» in der sozialmedizinischen Begutachtung. *Med Sach*, 92, 120-124.

Wormgoor, M. E., Indahl, A., van Tulder, M. W., & Kemper, H. C. (2006). Functioning description according to the icf model in chronic back pain: disablement appears even more complex with decreasing symptom-specificity. *J Rehabil Med*, 38(2), 93-99.