

Kriterien bei der Begutachtung der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS)

VNR 2760602016064370005

Harald Dreßing

Einleitung

Die weltweit zu beobachtende Flucht von Menschen vor Krieg, Gewalt, Verfolgung und Hunger stellt auch für die medizinischen Versorgungssysteme in Deutschland eine große Herausforderung dar. Neben der Versorgung somatischer Krankheiten kommt der Diagnostik und Therapie psychischer Erkrankungen eine hohe Bedeutung zu. In einer in einer bayrischen zentralen Aufnahmeeinrichtung für Flüchtlinge durchgeführten Studie wurden bei 63,6 Prozent der Flüchtlinge eine oder mehrere psychiatrische Diagnosen gestellt, wobei die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) mit 32,2 Prozent am häufigsten vorkam [1]. Die Angaben zur Prävalenz der PTBS in weniger belasteten Stichproben haben eine weite Bandbreite, die durch unterschiedliche Studiendesigns und durch unterschiedliche diagnostische Kriterien in der ICD 10 und dem DSM 5 bedingt sind. In den USA findet sich in der Allgemeinbevölkerung eine hochgerechnete Lebenszeitprävalenzrate von etwa 8 Prozent [2]. In Europa liegen die Schätzungen mit 0,5–1 Prozent deutlich niedriger [3]. Für Deutschland werden 1-Monatsprävalenzraten von 1–3 Prozent berichtet [4].

Ergebnisse aus wissenschaftlichen epidemiologischen Untersuchungen können jedoch nicht unkritisch auf die individuelle Begutachtungssituation in der täglichen Praxis übertragen werden. Für den begutachtenden Arzt ist es notwendig, dass er sich hierbei weder von den Interessen und Wünschen des zu begutachtenden Probanden noch von möglichen Intentionen des Gutachtauftraggebers beeinflussen lässt, sondern sich strikt an die professionellen Regeln der Diagnostik und Begutachtung hält. Aufgrund der zunehmenden Häufigkeit der PTBS-Diagnose ist eine intensive Auseinandersetzung mit der The-

matik wichtig. Einerseits müssen tatsächlich an einer PTBS leidende Patienten korrekt diagnostiziert werden, und es muss ihnen die erforderliche Hilfe und die ihnen möglicherweise zustehende finanzielle Kompensation schnell gewährt werden. Langwierige gerichtliche Auseinandersetzungen können eine tatsächlich vorhandene PTBS Symptomatik nämlich weiter verstärken. Dies darf aber nicht zu einem leichtfertigen Umgang mit dieser Diagnose und einer unkritischen Ausweitung von Traumafolgestörungen führen. Ärztinnen und Ärzte kommt bei der Begutachtung der PTBS insoweit eine hohe Verantwortung zu [5].

Ein wesentlicher Leitfaden für einen professionellen Umgang mit der Thematik, sind die in den Diagnosemanualen ICD 10 und DSM 5 operationalisierten Diagnosekriterien. Diese diagnostischen Kriterien werden deshalb in dieser Arbeit dargestellt und erklärt.

Besondere Situation bei der Begutachtung von Asylbewerbern

Begutachtungen in Asylverfahren können den Gutachter vor besondere ethische, professionelle und menschliche Probleme stellen. Die folgenden Grundsätze sollten deshalb in dieser Situation besonders beachtet werden [6].

- Gutachten mit aus ärztlicher Sicht ethisch nicht vertretbaren, verkürzten Fragestellungen sollten abgelehnt werden.
- Bei Gutachten mit asyl- und ausländerrechtlichen Fragestellungen handelt es sich in der Regel um sehr zeitaufwendige Aufgaben. Anfragen, solche Gutachten im Rahmen pauschal vergüteter „Kurzgutachten“ zu bearbeiten, sollten abgelehnt werden.
- Die klinisch-psychiatrische Begutachtung kann das Vorliegen einer statt-

gehabten Traumatisierung im Heimatland des Probanden weder beweisen noch widerlegen.

- Der Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie ist aufgrund seiner Weiterbildung der kompetente Ansprechpartner für diese Gutachtenfragen. Ärzte anderer Fachrichtungen sollten aber über Grundkenntnisse der PTBS Symptomatik verfügen.

Diagnostische Kriterien der PTBS

Die diagnostischen Kriterien der PTBS nach ICD 10 und DSM 5 unterscheiden sich nicht unerheblich. Auch wenn im deutschen Rechtssystem Diagnosen nach ICD 10 zu stellen sind, ist es insbesondere bei schwierigen Fällen sinnvoll, auch die Kriterien des DSM 5 zu prüfen, da diese wesentlich stärker operationalisiert sind und die Diagnose deshalb besser nachvollziehbar ist. Die diagnostischen Kriterien der ICD 10 und des DSM 5 für die PTBS sind in Tabelle 1 und 2 dargestellt. Es ist darauf zu achten, dass diese Kriterien alle sorgfältig geprüft werden. Um die Diagnose einer PTBS zu stellen, müssen alle Kriterien in der erforderlichen Ausprägung vorhanden sein.

Der Einsatz von Selbstbeurteilungsskalen ist für eine gutachtliche Einschätzung nicht hilfreich, da diese lediglich die subjektive Wirklichkeit des Probanden abbilden. Auf Selbstbeurteilungsskalen kann im Gutachten deshalb entweder komplett verzichtet werden, oder sie können genutzt werden, um in der klinischen Untersuchung evident werdende Diskrepanzen zwischen subjektiver Selbsteinschätzung und psychopathologischem Befund zu untermauern [7].

Das Vorhandensein einzelner Kriterien reicht für die Diagnose einer PTBS nicht aus. Es ist auch darauf hinzuweisen, dass alle Kriterien der PTBS grundsätzlich völlig unspezifisch sind. Nur in Verbindung mit ei-

Tabelle 1: Diagnostische Kriterien der PTBS in ICD 10

A.	Die Betroffenen sind einem kurz- oder langhaltenden Ereignis oder Geschehen von außergewöhnlicher Bedrohung oder mit katastrophalem Ausmaß ausgesetzt, das nahezu bei jedem tiefgreifende Verzweiflung auslösen würde.
B.	Anhaltende Erinnerungen oder Wiedererleben der Belastung durch aufdringliche Nachhallerinnerungen (Flashbacks), lebendige Erinnerungen, sich wiederholende Träume oder durch innere Bedrängnis in Situationen, die der Belastung ähneln oder mit ihr in Zusammenhang stehen.
C.	Umstände, die der Belastung ähneln oder mit ihr im Zusammenhang stehen, werden tatsächlich oder möglichst vermieden. Dieses Verhalten bestand nicht vor dem belastenden Erlebnis.
D.	Entweder 1. oder 2. 1. Teilweise oder vollständige Unfähigkeit, einige wichtige Aspekte der Belastung zu erinnern. 2. Anhaltende Symptome einer erhöhten psychischen Sensitivität und Erregung (nicht vorhanden vor der Belastung) mit zwei der folgenden Merkmale: a) Ein- und Durchschlafstörungen b) Reizbarkeit oder Wutausbrüche c) Konzentrationsschwierigkeiten d) Hypervigilanz e) erhöhte Schreckhaftigkeit.
E.	Die Kriterien B., C. und D. treten innerhalb von sechs Monaten nach dem Belastungsereignis oder nach Ende einer Belastungsperiode auf. (In einigen speziellen Fällen kann ein späterer Beginn berücksichtigt werden, dies sollte aber gesondert angegeben werden).

nem Trauma ergibt sich das typische Syndrom der PTBS [8, 9].

Wenn die diagnostischen Kriterien der PTBS nicht vollumfänglich erfüllt sind, werden in der Praxis häufiger die Begriffe einer „komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung bzw. der einer „komplexen Traumafolgestörung“ verwendet. Diese Begriffe sollten in Gutachten nicht verwendet werden, da sie zumindest bisher in keinem der einschlägigen psychiatrischen Diagnosemanuale aufgeführt sind. Auch die in manchen psychotherapeutischen Berichten aufgeführte Diagnose einer „subsyndromalen PTBS“ ist weder eine ICD-10 noch eine DSM 5 Diagnose und für die gutachtliche Beurteilung deshalb nicht zielführend.

Grundsätzliche Voraussetzung zur Diagnose einer PTBS sowohl nach ICD 10 als auch nach DSM 5 ist ein traumatisches Ereignis. An dieser Stelle soll explizit darauf hingewiesen werden, dass es nicht die Aufgabe des Gutachters ist, festzustellen, ob eine traumatische Situation tatsächlich

vorgelegen hat oder nicht. Solche Anknüpfungstatsachen müssen der Ärztin bzw. dem Arzt vom Auftraggeber mitgeteilt werden. Sofern dies aus dem Gutachtenauftrag nicht hervorgeht, sollte man sich vorab mit dem Auftraggeber in Verbindung setzen und in Erfahrung bringen, von welchen Anknüpfungstatsachen auszugehen ist.

In der täglichen Praxis hat sich allerdings ein Vorgehen eingeschlichen, das von diesem Grundsatz eklatant abweicht. So wird zum Beispiel von Rechtsanwälten oder der Ausländerbehörde ein Gutachten in Auftrag gegeben, mit der Intention, über die Symptome einer PTBS das authentische Vorliegen einer stattgehabten Traumatisierung belegen oder ausschließen zu wollen. Dies kann eine gutachtliche Untersuchung aber nicht leisten, denn die Symptome der PTBS sind völlig unspezifisch und können grundsätzlich von Probanden auch vorgetäuscht werden. Es ist deshalb ausdrücklich vor solchen unklaren Gutachtenaufträgen zu warnen. Ärztinnen

und Ärzte dürfen sich für solche Aufgaben nicht instrumentalisieren lassen.

Ärztliche Aufgabe ist es aber zu prüfen, ob die vom Auftraggeber als Tatbestand vorgegebene Situation die Traumakriterien der ICD 10 und/oder des DSM 5 erfüllt (so genanntes A-Kriterium). Dabei ist zu beachten, dass sich die Traumakriterien in ICD 10 und DSM 5 unterscheiden (siehe Tab. 1 und 2). Bagatellereignisse können nicht als traumatisches Erlebnis angesehen werden. Zu Beginn der Untersuchung sollten die in Rede stehenden traumatischen Erlebnisse nicht direkt angesprochen werden. Vielmehr sollte zunächst ein tragfähiger Gesprächskontakt hergestellt werden. Im weiteren Verlauf der Exploration sind dann das Vorhandensein und der Ausprägungsgrad der einzelnen Kriterien (siehe Tab. 1 und 2) zu beurteilen. Bei der Exploration der traumatischen Erlebnisse ist auch auf die Reaktion und das Verhalten des Probanden zu achten, da eine affektive Reaktion beim Bericht des traumatischen Erlebnisses in der Regel zu erwarten ist und insoweit ein diagnostisches Kriterium darstellt (Kriterium B 4 und B 5 in Tab. 2).

Auch wenn das klinische Bild der PTBS vielgestaltig sein kann, müssen auf der Befundebene sowohl typische Symptome des Wiedererlebens (Intrusionen; B Kriterien der Tab. 1 und 2) als auch eines Vermeidungsverhaltens traumaassoziierter Situationen (C Kriterien der Tab. 1 und 2) nachweisbar sein.

Die B-Kriterien, von denen nach DSM 5 mindestens eines festgestellt werden muss, umfassen das Cluster der Intrusionen mit wiederkehrenden, unwillkürlichen, belastenden Erinnerungen, wiederkehrenden und belastenden Alpträumen, dissoziativen Reaktionen (z. B. Flashbacks), intensiver und anhaltender psychischer Belastung bei der Konfrontation mit inneren oder äußeren Hinweisreizen, intensive emotionale Reaktionen oder erhöhte physiologische Reagibilität bei Traumaerinnerungen mit äußeren oder inneren Hinweisreizen.

Für die Befunderhebung ist es wichtig zu beachten, dass der Begriff der Intrusion nicht die bloße Erinnerung an das traumatische Erleben beinhaltet. Es wäre völlig abwegig davon auszugehen, dass sich ein Mensch, der ein traumatisches Erlebnis

Tabelle 2: Diagnostische Kriterien der PTBS nach DSM 5

A.	Bedrohung mit Tod, ernsthafter Verletzung oder sexueller Gewalt in einer oder mehreren der folgenden Formen:	D. Negative Veränderungen der Kognitionen und der Stimmung nach dem Trauma. Mindestens zwei der folgenden Symptome liegen vor:
	1. Direktes Erleben eines der traumatischen Ereignisse	1. Unfähigkeit sich an wichtige Aspekte des Traumas zu erinnern (als Folge einer dissoziativen Amnesie und nicht durch andere Faktoren wie z. B. eine Hirnverletzung, Alkohol oder Drogen bedingt).
	2. Persönliches Miterleben eines dieser traumatischen Ereignisse bei anderen Personen	2. Persistierende und übersteigerte negative Kognitionen oder Erwartungen in Bezug auf sich selbst, andere oder die Welt (z. B. „ich bin schlecht“, „Man kann niemandem trauen“, „die gesamte Welt ist gefährlich“, „mein gesamtes Nervensystem ist für immer zerstört“).
	3. Mitteilung, dass eines der traumatischen Ereignisse einem engen Familienmitglied oder einem Freund widerfahren ist. Im Falle eines Todesfalles (drohenden Todes) muss dieser durch einen Unfall oder eine Gewalthandlung eingetreten sein.	3. Andauernde kognitive Verzerrungen in Hinblick auf die Ursachen oder die Folgen der traumatischen Situation, die dazu führen, dass die Person sich selbst oder anderen Vorwürfe macht.
	4. Wiederholte Konfrontation mit aversiven Details einer traumatischen Situation (z. B. Notfallhelfer, die Leichenteile einsammeln müssen, Polizeibeamte, die wiederholt mit Details kindlicher Missbrauchsgeschichten konfrontiert sind). (Das A 4 Kriterium trifft nicht auf die Exposition durch elektronische Medien, Fernsehen, Film oder Bilder zu, es sei denn die Exposition ist beruflich bedingt.)	4. Anhaltende negative Emotionen (z. B. Angst, Furcht, Ärger, Schuld, Scham)
B.	Eines oder mehrere der folgenden Intrusionssymptome, die mit dem Trauma assoziiert sind und nach dem Trauma auftreten:	5. Deutlich vermindertes Interesse an wichtigen Aktivitäten
	1. Wiederholte eindringliche belastende Erinnerungen an das traumatische Erlebnis. (Bei Kindern > 6 Jahre kann das traumatische Erleben in wiederholten Spielszenen ausgedrückt werden, in denen Aspekte des Traumas dargestellt werden.)	6. Gefühl der Entfremdung von anderen Personen
	2. Wiederholte und belastende Träume, in denen der Inhalt und/oder der Affekt des Traums in Beziehung zum Trauma stehen. (Bei Kindern können Angstträume ohne erkennbaren Inhalt vorkommen)	7. Anhaltende Unfähigkeit, positive Emotionen zu empfinden (z. B. Fröhlichkeit, Zufriedenheit, Liebe)
	3. Dissoziative Symptome (z. B. Flashbacks), in denen die Person fühlt oder handelt, als ob sich die traumatische Situation gerade wiederholt. (Die Reaktionen können in einem Kontinuum vorkommen, wobei bei einer maximalen Ausprägung ein völliger Verlust der Wahrnehmung der aktuellen Umgebung auftreten kann.)	E. Anhaltende Symptome erhöhten Arousal und übersteigerte Reaktionen. Mindestens zwei der folgenden Symptome liegen vor:
	4. Intensive oder anhaltende psychische Belastung bei Konfrontation mit internen oder externen Reizen, die die traumatische Situation symbolisieren oder an einen Aspekt des Traumas erinnern.	1. Irritabilität und aggressive Ausbrüche (ohne oder nach geringer Provokation), die sich in verbalen oder körperlichen Aggressionen gegen andere Personen oder Objekten manifestieren.
	5. Deutliche körperliche Reaktionen bei Konfrontation mit internen oder externen Reizen, die die traumatische Situation symbolisieren oder an einen Aspekt des Traumas erinnern.	2. Rücksichtslosigkeit und selbstzerstörerisches Verhalten
C.	Anhaltende Vermeidung von Reizen, die mit dem Trauma verbunden sind, auf mindestens eine der folgenden Weisen:	3. Gesteigerte Wachsamkeit
	1. Vermeidung belastender Erinnerungen, Gedanken oder Gefühlen, die mit dem Trauma in Verbindung stehen.	4. Übertriebene Schreckreaktionen
	2. Vermeidung externer Reize, die an das Trauma erinnern (Personen, Plätze, Unterhaltungen, Aktivitäten, Situationen)	5. Konzentrationsschwierigkeiten
		6. Schlafstörungen (Ein- oder Durchschlafstörungen, unruhiger Schlaf)
		F. Das Störungsbild (Kriterien B, C, D und E) dauert länger als ein Monat.
		G. Das Störungsbild verursacht klinisch bedeutsames Leiden oder eine Beeinträchtigung der sozialen, beruflichen oder anderer bedeutsamer Fähigkeiten.
		H. Das Störungsbild ist nicht auf physiologische Effekte von Substanzen (z. B. Medikamente, Alkohol) oder eine andere körperliche Erkrankung zurückzuführen.
		Spezifikation: PTBS mit verzögertem Beginn, wenn die diagnostischen Kriterien vollständig erst 6 Monate nach dem Trauma erfüllt sind (einige der Symptome können schon unmittelbar nach dem Trauma auftreten).

erlitten hat, sich nicht wiederholt daran erinnert. Dies ist aber noch keine intrusive Erinnerung. Intrusionen umfassen vielmehr Wahrnehmungen auf mehreren Sinneskanälen und begleitende starke emotionale und physiologische Reaktionen. Beim Flashback verhält sich die betroffene Person als ob sich das Ereignis gerade wiederholt. So kann es beispielsweise vorkommen, dass Menschen, die den Flugzeugabsturz in Ramstein miterleben mussten und an einer PTBS leiden, sich auf den Boden werfen, wenn ein Flugzeug über sie fliegt.

Die C-Kriterien umfassen das Cluster der Vermeidung, von denen mindestens eines nachgewiesen sein muss. Dazu gehört: Vermeidung von traumabezogenen Erinnerungen oder Situationen in der Umwelt, die sich auf das Ereignis beziehen oder daran erinnern. Ein Beispiel für ein solches Vermeidungsverhalten kann darin bestehen, dass Personen, die bei einem Banküberfall von einem Räuber mit einer Waffe bedroht wurden, keine Bankfiliale mehr aufsuchen können.

Im Zusammenhang mit einem nachgewiesenen Trauma ergeben die Intrusionsymptome und das traumaspezifische Vermeidungsverhalten ein recht typisches Syndrom. Die weiteren diagnostischen Kriterien z. B. im Sinne einer erhöhten Schreckhaftigkeit oder einer Veränderung von Emotionen und Kognitionen sind eher unspezifisch, müssen aber auf der Befundebene auch festgestellt werden.

Auch der übliche zeitliche Verlauf ist bei der PTBS-Diagnostik zu beachten. Typischerweise treten die PTBS Symptome innerhalb der ersten drei Monate nach dem Trauma auf und bei der Mehrzahl der Betroffenen remittiert die Symptomatik auch nach weiteren drei Monaten. Bei zeitlich mit starker Verzögerung nach dem Trauma auftretenden posttraumatischen Symptomen als auch bei posttraumatischen Beschwerden, die über Jahre andauern muss sich der Gutachter deshalb auch begründet damit auseinandersetzen, warum im individuellen Fall ein besonderer Verlauf anzunehmen ist.

Grundsätzlich ist zu beachten, dass der subjektive Beschwerdevortrag des Probanden nicht mit den psychopathologischen Symptomen bzw. Befunden gleichzusetzen ist. In der Explorationssituation

ist es Aufgabe des Gutachters, sich zunächst die vom Probanden vorgetragenen Beschwerden ohne Bewertung oder Kommentierung anzuhören und diese auch umfangreich zu dokumentieren. Dieser subjektive Beschwerdevortrag ist im Gutachten aber formal vom psychopathologischen Befund zu trennen.

Die wesentliche Aufgabe des Gutachters ist es dann, die subjektiv vorgebrachten Beschwerden in Hinblick auf das Vorhandensein psychopathologischer Symptome zu analysieren. Hierzu muss der Gutachter eine gezielte Exploration durchführen und dabei auch die objektiv zu beobachtenden psychopathologischen Ausdruckssymptome erfassen (z. B. vegetative Symptome beim Bericht über das Trauma). Im Gutachten muss dazu Stellung genommen werden, ob die in der ICD 10 bzw. im DSM 5 aufgeführten diagnostischen Kriterien der PTBS auf der Befundebene erfüllt sind. Dabei kann es durchaus zu divergierenden Einschätzungen zwischen dem Probanden und dem Gutachter in Hinblick auf das Vorliegen und den Ausprägungsgrad bestimmter psychopathologischer Symptome kommen. Diese Divergenzen sind im Gutachten dann zu diskutieren, insbesondere auch im Hinblick auf mehr oder weniger bewusstseinsnahe Verdeutlichungshaltungen des Probanden oder im Hinblick auf Aggravation und Simulation.

Verdeutlichung, Aggravation und Simulation

Psychiatrische Begutachtungen müssen immer auch dazu Stellung nehmen, ob die Untersuchung Hinweise für eine ausgeprägte Verdeutlichungshaltung des Probanden oder sogar für Aggravation oder Simulation ergeben hat. Es gibt aber zumindest bislang keine empirischen Belege dafür, dass Simulation und Aggravation bei der Begutachtung einer PTBS häufiger auftreten als bei anderen psychischen Störungen. Da solche Aspekte aber grundsätzlich in jeder Begutachtungssituation zu bedenken sind, gelten für die Diagnostik einer PTBS die gleichen Standards wie bei anderen psychischen Störungen. Die folgenden Aspekte erwecken den Verdacht, dass ein Proband PTBS Symptome verdeutlicht oder gar simuliert [5]: Die Beschwerden einer PTBS werden spontan

und früh vom Probanden selbst thematisiert. Dies ist für eine PTBS ein untypisches Verhalten, da das Vermeiden von Erinnerungen und die Auseinandersetzung mit dem Trauma ja ein typisches Symptom sind. Üblicherweise fallen Berichte über das Trauma in einer Gutachtensituation auch knapp aus. Berichtet der Proband übertrieben und ausführlich kann dies auch ein Hinweis für Aggravation sein. Auch das Fehlen einer affektiven und physiologischen Reaktion beim Bericht über die traumatische Situation kann für eine Aggravation sprechen. Untypisch für eine valide PTBS Symptomatik ist auch die Angabe von Alpträumen mit immer dem gleichen Inhalt und der gleichen Frequenz. Das gleiche gilt für eine Symptomschilderung, die im Zeitverlauf als völlig stabil und unveränderlich dargestellt wird. Skeptisch sollte einen auch die Tatsache stimmen, wenn eine Behandlung in unmittelbarem Zusammenhang mit einer juristischen Auseinandersetzung begonnen wird und die erste Aktivität des Therapeuten in der Ausstellung eines Attestes für eine juristische Auseinandersetzung besteht.

Alle diese Hinweise sind aber immer in einem klinischen Gesamtzusammenhang zu bewerten und dürfen nicht dazu führen, dass ein Proband vorschnell als Simulant abgestempelt wird.

Resümee

1. Bei der Diagnostik und Begutachtung der PTBS müssen die diagnostischen Kriterien der ICD 10 und des DSM 5 sorgfältig geprüft werden.
2. Dabei müssen die subjektive Beschwerdeschilderung von Probanden und der von der Ärztin bzw. dem Arzt erhobene psychopathologische Befund strikt voneinander getrennt werden. Nur der ärztlich erhobene Befund rechtfertigt die Diagnose einer PTBS. Selbstbeurteilungsskalen geben nur die subjektive Sicht von Probanden wieder.
3. Es gibt keine empirischen Belege dafür, dass die Symptomatik einer PTBS häufiger simuliert wird, als andere psychische Störungen. Dennoch muss man natürlich auch bei der Diagnostik der PTBS die Möglichkeit von Aggravation und Simulation grundsätzlich im-

mer in Erwägung ziehen. Eine sorgfältige und an den diagnostischen Kriterien orientierte Befunderhebung ist die beste Basis für valide Diagnosen.

**Prof. Dr. med.
Harald Dreßing**

Zentralinstitut für
seelische Gesundheit
Medizinische
Fakultät Mannheim;
Universität
Heidelberg



Foto: projekt

J 5, 68159 Mannheim

Fon: 0621/17032941

E-Mail: harald.dressing@zi-mannheim.de

Die Literaturhinweise finden Sie auf unserer Website www.laekh.de unter der Rubrik „Hessisches Ärzteblatt“.

Multiple Choice-Fragen

Die Multiple Choice-Fragen zu dem Artikel „**Kriterien bei der Begutachtung der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS)**“ finden Sie im Mitglieder-Portal der Landesärztekammer (https://portal.laekh.de) sowie auf den Online-Seiten des Hessischen Ärzteblattes (www.laekh.de). Die Teilnah-

me zur Erlangung von Fortbildungspunkten ist ausschließlich online über das Mitglieder-Portal (<https://portal.laekh.de>) vom **25.04.2016 bis 24.04.2017** möglich.

Mit Absenden des Fragebogens bestätige ich, dass ich dieses CME-Modul nicht bereits an anderer Stelle absolviert habe.

CME-Beitrag aus Ausgabe 04/2015: Richtige Antworten

Zu den Multiple Choice-Fragen „Gemeinsam gegen Parkinson“ von Prof. Dr. med. habil. Alexandra E. Henneberg im Hessischen Ärzteblatt 04/2015, Seite 190 ff:

Frage 1	4	Frage 6	3
Frage 2	2	Frage 7	1
Frage 3	2	Frage 8	2
Frage 4	1	Frage 9	3
Frage 5	5	Frage 10	5



© M.studio - Fotolia.com



Landesärztekammer Hessen
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Die Landesärztekammer Hessen (LÄKH)
lädt ein zum

Hessischen Ärztetag „60 Jahre Landesärztekammer Hessen“

**am 03. September 2016 von 10-15:30 Uhr
in den Mainarcaden Frankfurt**

Kurt-Schumacher-Str. 10, 60311 Frankfurt
(im Haus der Stadtwerke Frankfurt,
Nähe Konstablerwache)

Multiple Choice-Fragen:

Kriterien bei der Begutachtung der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS)

VNR: 2760602016064370005

(nur eine Antwort ist richtig)

1. Bitte kreuzen sie die jeweils richtige Antwort an.

- 1) Die Prävalenz der PTBS liegt in Deutschland bei etwa bei 8 Prozent.
- 2) Die Ein- Monatsprävalenz der PTBS liegt in Deutschland bei 0,1 Prozent.
- 3) Die Prävalenz der PTBS in den USA ist niedriger als in Europa.
- 4) Prävalenzzahlen aus epidemiologischen Studien sind für die individuelle Begutachtung von untergeordneter Bedeutung.
- 5) In einer Stichprobe von Flüchtlingen ist die Diagnose einer Depression am häufigsten.

2. Bitte kreuzen sie die jeweils richtige Antwort an.

- 1) Die Traumakriterien in der ICD 10 und im DSM 5 sind identisch.
- 2) Aufgabe des Gutachters ist es, festzustellen, ob der Proband die traumatische Situation erlebt hat.
- 3) Im Gutachten sollte die traumatische Situation nicht genau exploriert werden, um eine Retraumatisierung zu vermeiden.
- 4) Betroffene können sich manchmal nicht vollständig an das traumatische Ereignis erinnern.
- 5) Das Ansehen schockierender Bilder im Fernsehen kann eine PTBS auslösen.

3. Bitte kreuzen sie die jeweils richtige Antwort an.

- 1) Im DSM 5 wird ein Trauma nur dann angenommen, wenn die Person mit dem Tod bedroht war.
- 2) Nach DSM 5 muss das Trauma von der Betroffenen Person unmittelbar selbst erlebt werden.
- 3) Ein obligates Diagnosekriterium nach DSM 5 sind negative Veränderungen der Kognition oder der Stimmung.

- 4) Nach DSM 5 müssen mindestens zwei Intrusionssymptome vorliegen, um eine PTBS diagnostizieren zu können.

- 5) Die Symptome eines erhöhten arousals sind für eine PTBS spezifisch.

4. Bitte kreuzen sie die jeweils richtige Antwort an.

- 1) Bei der Begutachtung einer PTBS Symptomatik müssen Selbstbeurteilungsskalen eingesetzt werden.

- 2) Bei der Begutachtung der PTBS muss in etwa 30 Prozent der Fälle mit Simulation gerechnet werden.

- 3) Zur Feststellung von Simulation bei PTBS gibt es spezielle Tests.

- 4) Die Beschwerdenschilderungen des Probanden sind zentraler Teil des Befundes im Gutachten.

- 5) Bei der Begutachtung der PTBS ist nicht häufiger mit Aggravation oder Simulation zu rechnen als bei anderen psychischen Störungen.

5. Das folgende Kriterium könnte dafür sprechen, dass eine PTBS Symptomatik aggraviert oder simuliert wird:

- 1) Der Proband vermeidet eher, über das Trauma zu sprechen.

- 2) Fehlen affektiver und physiologischer Reaktionen beim Bericht über das Trauma.

- 3) Der Proband macht sich starke Selbstvorwürfe.

- 4) Frühere Konflikte und Probleme werden als Ursache für die aktuelle Symptomatik erwogen.

- 5) Angabe einer fluktuierenden Symptomatik.

6. Begutachtungen von Asylbewerbern...

- 1) ...können im Rahmen von kurzen gutachtlichen Stellungnahmen bearbeitet werden.

- 2) ...sollten dann nicht durchgeführt werden, wenn der Auftraggeber die Anknüpfungstatbestände nicht umfassend mitteilt.

- 3) ...erlauben den Nachweis, dass im Herkunftsland eine Verfolgung des Asylbewerbers stattgefunden hat.

- 4) ...sind mit den gleichen ethischen, professionellen und menschlichen Konflikten verbunden wie alle anderen Begutachtungen.

- 5) ...sollten von Psychologen mit traumatherapeutischer Ausbildung vorgenommen werden.

7. Für die Begutachtung einer PTBS Symptomatik ist die folgende Aussage zutreffend:

- 1) In der ICD 10 und im DSM 5 finden sich operationalisierte Kriterien für die Diagnose einer subsyndromalen PTBS.

- 2) Die komplexe Traumafolgestörung ist eine Diagnose im ICD 10 und DSM 5.

- 3) Die Symptome einer PTBS sind grundsätzlich unspezifisch.

- 4) Bagateltraumen wie z. B. ein Auffahrunfall bei Schrittgeschwindigkeit können eine PTBS verursachen.

- 5) Eine valide Diagnose einer PTBS ist nicht möglich, da alle Symptome auch simuliert werden können.

8. Für die Diagnose einer PTBS gilt Folgendes:

- 1) Es muss mindestens ein Symptom aus dem Cluster der Intrusionen nachweisbar sein.

- 2) Erinnerungen an das Trauma sind ein typisches Intrusionssymptom.

- 3) Alpträume, die das Trauma zum Inhalt haben müssen berichtet werden, um eine PTBS zu diagnostizieren.

- 4) Personen mit einer PTBS, leiden unter einem Zwang, die Stelle immer wieder

aufzusuchen, an der sich das Trauma ereignet hat.

- 5) Personen mit einer PTBS leiden alle an Schlafstörungen.

9. Bitte kreuzen sie die jeweils richtige Antwort an.

- 1) Treten die PTBS Symptome erst sechs Monate nach dem Trauma auf, spricht man von einem verzögerten Beginn.
- 2) Eine PTBS kann nach drei Wochen remittiert sein.
- 3) Eine PTBS Symptomatik ist eine schwere Störung und dauert deshalb in der Regel mindestens ein Jahr.

- 4) Rechtliche Auseinandersetzungen haben keinen Einfluss auf den Verlauf einer PTBS.

- 5) Im Zweifel sollte eine PTBS diagnostiziert werden, um dem Betroffenen nicht zu schaden.

10. Bitte kreuzen sie die jeweils richtige Antwort an.

- 1) Für die Begutachtung einer PTBS ist eine zusätzliche Qualifizierung als Traumatherapeut obligatorisch.
- 2) Bedrohung mit sexueller Gewalt kann eine PTBS verursachen.

- 3) Angstträume ohne erkennbaren Inhalt sind ein Intrusionssymptom der PTBS bei Erwachsenen.

- 4) Die Mitteilung, dass ein enges Familienmitglied an Krebs erkrankt ist, kann eine PTBS verursachen.

- 5) Eine PTBS Symptomatik zeigt in der Regel keinen fluktuierenden Verlauf, vielmehr müssen die Symptome gleichbleibend stark ausgeprägt sein.

Literatur zum Artikel:

Kriterien bei der Begutachtung der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS)

von Prof. Dr. med. Harald Dreßing

1. Richter K, Lehfeld H, Niklewski G. Warten auf Asyl: Psychiatrische Diagnosen in der zentralen Aufnahmeeinrichtung in Bayern. *Gesundheitswesen* 2015; 77: 834–838.
2. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E. Post-traumatic stress disorder in the national comorbidity survey. *Arch Gen Psychiatry* 1995; 52: 1048–1060.
3. Perkonig A, Kessler RC, Storz S, Wittchen HU. Traumatic events and post-traumatic stress disorder in the community: prevalence, risk factors and comorbidity. *Acta Psychiatr Scand* 2000; 101: 46–59.
4. Maercker A, Forstmeier S, Wagner B, Glaesmer H, Brähler E. Posttraumatische Belastungsstörungen in Deutschland. *Nervenarzt* 2008; 79: 577–586.
5. Dreßing H, Meyer-Lindenberg A. Simulation bei posttraumatischer Belastungsstörung. *Versicherungsmedizin* 2008; 60: 8–13.
6. Dreßing H, Karacay K, Foerster K. Psychiatrische Begutachtung bei asyl- und ausländerrechtlichen Fragen. In: Dreßing H, Habermeyer E (Hrsg.) *Psychiatrische Begutachtung*, 2015, Elsevier, München
7. Dreßing H, Frommberger U, Freyberger H, Foerster K, Grözinger M, Schneider F. Begutachtungsstandards bei posttraumatischer Belastungsstörung. *Nervenarzt* 2009; 80: 1398–1400.
8. Dreßing H, Foerster K. Forensisch-Psychiatrische Beurteilung posttraumatischer Belastungsstörungen. *Nervenarzt* 2014; 85: 279–289.
9. Dreßing H, Foerster K. Begutachtung bei posttraumatischen Belastungsstörungen. *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie*, 2015, 83: 579–591.