

# Distorsionstrauma der Halswirbelsäule

## Eine Standortbestimmung aus psychiatrischer Sicht

Thomas Knecht

Zentrale Psychiatrische Gutachtenstelle, Psychiatrische Klinik Münsterlingen

### Quintessenz

- Folgezustände nach «Schleudertrauma» begründen nach einem Bundesgerichtsurteil vom 30. August 2010 keinen Rentenanspruch mehr. Damit sind die entsprechenden Beschwerdebilder anderen ätiologisch unklaren Syndromen wie Fibromyalgie, somatoforme Störungen etc. rechtlich gleichgestellt.
- Hochgradige Ungleichheiten betreffend die regionalen und nationalen Prävalenzen solcher invalidisierenden Entwicklungen, welche in ihrem Verteilungsmuster den örtlichen Gesetzgebungen und Rechtssprechungen folgen, legen den Einfluss von soziokulturellen Umgebungsfaktoren nahe.
- Bei einfachen HWS-Distorsionen konnte tatsächlich kein organisches Substrat gefunden werden, welches die langanhaltenden Störungsbilder mit Schmerzzuständen, Leistungseinbussen und kognitiven Defiziten auch nur annähernd erklären könnte.
- Medizinsoziologische Konzepte wie Krankenrolle, (abnormes) Krankheitsverhalten und Invalidisierungsprozess sind bei der Analyse von Krankheitsverläufen hin zur Chronifizierung durchaus hilfreich.
- Unter dem Aspekt, dass diese Beschwerdebilder grundsätzlich mit jeder anderen ICD-10-Diagnose komorbid vorkommen können, ist bei der versicherungsrechtlichen Beurteilung letztlich eine Gesamtschau erforderlich. Die sog. «Foerster-Kriterien» können sich bei einer differenzierten Einschätzung des verbleibenden Leistungspotentials auch hier als hilfreich erweisen.

### Einleitung

In den letzten 20 Jahren ist das sog. «Schleudertrauma» zu einem höchst kontroversen Thema in Ärzte-, Juristen- und Versicherungskreisen geworden. Unter der schlagwortartigen Bezeichnung «Helvetisches Schleudertrauma» [1] führte es auch in den ärztlichen Fachjournalen zu erbitterten Kontroversen, einem Glaubekrieg nicht unähnlich.

Was das spezifisch Helvetische an der Problematik ist, lässt sich folgendermassen skizzieren:

- So werden in der Schweiz jährlich ca. 25 000 Fälle bekannt, wovon ca. 10% einen chronischen Verlauf nehmen sollen. In Litauen bspw., wo derartige Traumata keine Versicherungsleistungen auslösen, ist das Störungsbild praktisch unbekannt.
- In der deutschen Schweiz sind diese Fälle signifikant häufiger als in der Romandie und im Tessin. Am häufigsten sind sie in der Stadt Zürich, wo die meisten darauf spezialisierten Anwälte tätig sind.

- Es werden ca. 280 Anwälte gezählt, welche Schleudertrauma-Patienten vertreten. Einzelne betreuen über 1000 solcher Fälle.
- Der Schadenaufwand pro Fall ist in der Deutschschweiz um ein Mehrfaches höher als in der Westschweiz (78 000 Franken gegenüber 23 000 Franken).
- Ein Bundesgerichtsurteil («Salanitri-Urteil» von 1991) hielt fest, dass eine Leistungspflicht der Versicherung besteht, wenn das «typische Beschwerdebild» vorliegt. Dieses ist jedoch rein juristisch definiert und aus medizinischer Sicht unspezifisch: diffuse Kopfschmerzen, Schwindel, Gedächtnisschwäche, Übelkeit, Ermüdbarkeit, Visusstörungen, Affektlabilität etc.
- Zur «Schleudertrauma-Industrie» (Beobachter) gehört mittlerweile auch ein Schleudertrauma-Verband mit mehr als 3000 Mitgliedern.
- Konsumentenzeitschriften wie «K-Tipp», «Gesundheitstipp» u.a. berieten Betroffene dahingehend, sich an spezialisierte Anwälte, Beratungsstellen und einschlägige Patientenorganisationen zu wenden, um ihr «Recht» zu erstreiten.

All diese Umstände führten dazu, dass die Gesamtkosten für diese Art von Verkehrsverletzungen fantastische Dimensionen erreichten. Andererseits wurden Fälle von offensichtlichem Betrug mit angeblichen «Schleudertraumata» bekannt.

Dazu kam, dass die versicherungsgerichtliche Praxis in Bezug auf eine Reihe von unklaren Beschwerdebildern ohne objektiv fassbares Substrat verschärft wurde: So gelten somatoforme Störungen, Fibromyalgie, Neurasthenie, Dysthymie und ähnliche nicht mehr als unüberwindlich und von daher nur noch unter ganz besonders erschwerten Bedingungen als entschädigungspflichtig (BGE 130 V 352).

Nun entschied das Eidgenössische Versicherungsgericht in Luzern im BGE 9C\_510/2009, dass Personen mit Schleudertraumata in aller Regel keinen Anspruch auf Invalidenrenten haben [2]. «Ein Urteil, welches die IV und die Versicherungen freut und die Verunfallten erneut traumatisiert», wie der «Tages-Anzeiger» am 16. September 2010 kommentierte.

Das Bundesgericht führte indessen in seinen Erwägungen aus, dass vom Fehlen organischer Befunde nicht direkt auf eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit geschlossen werden kann. Eine Distorsion der HWS münde jedoch sehr oft in eine chronische Schmerzsymptomatik, welche einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung entspreche. Damit werde die Rechtsprechung zu dieser Art von Beschwerdebild auch für

Der Autor erklärt, dass er keine Interessenkonflikte im Zusammenhang mit diesem Beitrag hat.

HWS-Verletzungen ohne organisch nachweisbare Funktionsausfälle anwendbar. Dies bedeutet, dass eine Arbeitsunfähigkeit nur dann angenommen werden kann, wenn eine Unüberwindbarkeit der Symptomatik bei Aufbringen allen guten Willens ausgewiesen ist.

**«Schleudertrauma» – ein schillerndes Phänomen**

Das sog. «Schleudertrauma» hat in der Literatur eine Reihe von Synonyma, welche bei genauer Prüfung alle ihre Unzulänglichkeiten haben:

- HWS-Distorsion;
- HWS-Distorsionstrauma;
- Beschleunigungsverletzung der HWS;
- HWS-Beschleunigungstrauma;
- HWS-Peitschenschlagverletzung;
- Zervikozephalisches Beschleunigungstrauma;
- HWS-Akzelerations-Dezelerations-Trauma;
- Whiplash Injury;
- Common Whiplash Injury of the Neck.

Das sog. «Schleudertrauma» entspricht pathomechanisch einer Verstauchung, einer Akzelerations-Dezelerations-bedingten Weichteilzerrung, wie sie grundsätzlich an jeder gelenkigen Struktur möglich ist. Die überwältigende Mehrheit dieser Ereignisse läuft ohne zusätzliche Läsionen wie Schädel-Hirn-Prellung, Frakturen der knöchernen Strukturen oder Gefässverletzungen mit konsekutiven zerebralen Ischämien ab.

In der Akutphase nach einer HWS-Distorsion treten laut Hausotter [1] typischerweise die folgenden Symptome auf:

- Nacken-, Schulter- und Armschmerzen;
- Kopfschmerzen, teils in der Hinterhauptregion lokalisiert, teils aber auch mit Tendenz zur Ausbreitung im ganzen Kopf;
- Unsystematischer Schwindel.

In vielen Fällen werden diese charakteristischen Beschwerden noch von psychovegetativen Symptomen einer unspezifischen Befindlichkeitsstörung (s.u.) begleitet, wobei oft unklar bleibt, ob diese eine Folge des Unfallereignisses oder der mechanischen Überbeanspruchung der HWS sind.

Je nach Eindringlichkeit des Unfallereignisses und Stabilität des Persönlichkeitsgefüges können dazu noch die Symptome einer «akuten Belastungsreaktion» kommen: Gefühle des Betäubtseins, Agitation, Wut, Ärger, verbale Aggression usw. Diese akute Symptomatik klingt gewöhnlich nach wenigen Stunden, spätestens nach ganz wenigen Tagen ab. Für eine protrahierte psychoreaktive Störung, wie etwa die posttraumatische Belastungsstörung, stellt eine Unfallereignisse gewöhnlich kein genügend einschneidendes Erlebnis dar.

Von der Quebec-Task-Force stammt eine sehr brauchbare Grobeinteilung der Traumaschweregrade:

- Grad I: Beschwerdeklagen von Nackenschmerzen, -steifigkeit und Berührungsempfindlichkeit;
- Grad II: Nackenbeschwerden und muskuloskelettale Zeichen (d.h. verringerter Bewegungsumfang, Hartspann, Druckschmerz);

Grad III: Nackenbeschwerden und neurologische Zeichen (wie Abschwächung oder Verlust der Eigenreflexe, Schwächen, sensible Ausfallssymptome);

Grad IV: Strukturelle Läsionen (z.B. HWK-Fraktur). Hausotter hält fest, dass keine feste Korrelation zwischen Fahrzeugschadengrösse und Beschwerdenintensität besteht. Es gilt jedoch weitgehend als Konsens, dass in diesem Bereich eine «Harmlosigkeitsgrenze» besteht, dass also bei Geschwindigkeitsdifferenzen von unter 10 km/h in aller Regel keine relevanten Personenschäden entstehen können. Dazu trägt natürlich auch eine verbesserte Fahrzeugtechnologie mit Knautschzonen, Nackenstützen, Sicherheitsgurten etc. bei. Hochproblematisch sei in diesem Zusammenhang das Phänomen des «beschwerdefreien Intervalls». Eine Grundregel der Traumalogie besagt, dass jede strukturelle Verletzung unmittelbar nach dem Schadensereignis die ausgeprägtesten Beschwerden verursacht, was für die hochgradig bewegliche und mit dem vollen Gewicht des Kopfs belastete HWS im besonderen Masse gilt. Damit hat der typische Beschwerdeverlauf bei Distorsionen definitiv einen «Decrescendo-Charakter». Sollte das Gegenteil der Fall sein, so bedarf dies einer klaren medizinischen Erklärung. Im Sinne einer Faustregel kann zudem noch festgehalten werden, dass ein beschwerdefreies Intervall über 24 Stunden zweifelhaft und ein solches über 48 Stunden unglaubwürdig ist.

Trotzdem treten in einer Vielzahl von Fällen protrahierte und sogar zunehmende Beschwerdebilder auf, welche global als *Late Whiplash Syndrome*, im deutschen Sprachraum auch als «pseudoneurasthenisches Syndrom nach HWS-Distorsion» bezeichnet werden. Hausotter nennt dazu die wesentlichen Symptome:

- rasche Erschöpfbarkeit;
- Tagesmüdigkeit;
- Schlafstörungen;
- Angst;
- Schwindel;
- Geräuschempfindlichkeit;
- Reizbarkeit;
- verminderte Belastbarkeit;
- kognitive Störungen (vorab Konzentrations- und Merkfähigkeitsschwäche).

Immer wieder wurde versucht, diese oft sehr hartnäckigen weiterbestehenden Symptomenkomplexe als Ausdruck mikrostruktureller Läsionen zu deklarieren, was allerdings bis dato nicht überzeugend gelungen ist.

Eine starke Aussage hierzu macht Schröter [2], welcher die relevante Literatur zu dieser Problematik zusammenfasste. Er kam zum Schluss, dass die schweren und entsprechend seltenen HWS-Verletzungen heute problemlos zur Darstellung gebracht werden können. Die eher seltenen mikrostrukturellen Verletzungen (Einblutungen, Ödeme, *Bone Bruise*) seien mit Kernspintomographie ebenfalls nachweisbar und verschwänden binnen einiger Wochen, so dass langanhaltende, expandierende und organübergreifende Störungsbilder dadurch nicht plausibilisiert werden können. Versuche mit Scheinkollisionen, bei denen keinerlei Kraftstoss in sagittaler Richtung erfolgte, zeigten indessen, dass

gleichwohl von ca. 20% der Probanden entsprechende Beschwerden angegeben wurden.

### Beschwerdenbewältigung und Krankheitsverhalten

Der Verlauf bei komplizierten Fällen von HWS-Distorsionstraumata ist oft von markanten Diskrepanzen zwischen objektivierbarer psychischer und physischer Beeinträchtigung und der Rückgewinnung von Arbeits- und Leistungsfähigkeit geprägt. Entgegen jeder Erwartung können sich sowohl das Beschwerdebild als auch die berufliche Leistungsentfaltung sogar langfristig verschlechtern. Nicht selten nähern sich dann die präsentierten Symptomenkomplexe der von Widder [3] beschriebenen unspezifischen Befindlichkeitsstörung an, deren häufigste Symptome die nachstehenden sind:

- Vorzeitige Erschöpfbarkeit und Müdigkeit;
- Gedächtnis und Konzentrationsstörungen;
- Muskel- und Gelenkschmerzen;
- Kopfschmerzen;
- Muskelschwäche;
- Schlafstörungen;
- Missempfindungen und Taubheitsgefühl;
- Angstzustände;
- Verschwommensehen;
- Hyperreagibles Bronchialsystem;
- Störung des Immunsystems;
- Funktionelle Darmstörungen
- etc.

Da bisher alle biomedizinischen Ansätze zur Erklärung dieser Diskrepanzen versagt haben, empfiehlt sich – wie sooft im psychosomatischen Grenzgebiet – eine Mehrebenenperspektive. Im Sinne eines bio-psycho-sozialen Krankheitsmodells sollen nicht nur die unmittelbaren Funktionsausfälle, sondern auch deren Bewältigung durch das Individuum in die Betrachtung einbezogen werden. Das Individuum seinerseits steht dabei in einer ständigen Wechselwirkung mit dem umgebenden Sozialsystem, welches durch Regeln und spezifische Erwartungen Einfluss auf die Kranken und ihr Verhalten nimmt.

Parsons [4] beschrieb schon 1951 die «Krankenrolle», wie sie als klar umschriebene Rollenerwartung dem Patienten zugedacht ist. Das Konzept der *sick role* umfasst dabei vier Aspekte:

1. Der Patient wird von seinen normalen Rollenverpflichtungen befreit.
2. Er wird für seine Krankheit nicht verantwortlich gemacht; sein abweichendes Verhalten wird legitimiert.
3. Der Patient hat die Verpflichtung, alles zu tun, um gesund zu werden und seine Funktionsfähigkeit wiederherzustellen.
4. Der Patient ist dazu verpflichtet, fachkundige Hilfe aufzusuchen. Der Arzt übt über die Attestierung der Arbeitsunfähigkeit eine soziale Kontrollfunktion aus, ist aber seinerseits verpflichtet, dieses abweichende Verhalten möglichst schnell in konformes Verhalten überzuführen.

Dass die Patientenrolle nicht immer optimal ausgestaltet wird, ist eine Erfahrungstatsache. Mechanic [5] wies

darauf hin, dass es v.a. drei Elemente der Störungsverarbeitung sind, welche ihren Ausschlag geben: Wahrnehmung der Symptome, Bewertung/Interpretation der Symptome, Ausleben der Missbefindlichkeit. In seinem Artikel von 1962 wird klar dargelegt, dass Alter, Geschlecht, soziale Stellung und kultureller Hintergrund wichtige Determinanten des individuellen Umgangs mit der gesundheitlichen Beeinträchtigung sind.

Der Ausdruck «abnormes Krankheitsverhalten» geht indessen auf Pilowsky [6] zurück. Dieser Autor sah ein solches verwirklicht, wenn ein Patient trotz geringfügiger Gesundheitsschädigung ein anhaltend schwer betroffenes Leidensbild präsentiert, auch wenn bereits alle sinnvollen Untersuchungen durchgeführt sind und eine eingehende Aufklärung von kompetenter Seite erfolgt ist. Pilowsky wehrte sich dagegen, dass solche Patienten als «Hypochonder» oder «Hysteriker» apostrophiert wurden, zumal er in diesem maladaptiven Verhalten ein unangemessenes Verharren in der Krankenrolle und ein Bestehen auf den damit verbundenen Privilegien sah.

Welche Phänomene der dysfunktionalen Beschwerdenbewältigung dabei manifest werden können, zeigte Knecht [7] in seiner Arbeit von 2008 auf: Auf der Wahrnehmungsseite imponieren interozeptiver und amplifizierender Wahrnehmungsstil sowie subjektive Leistungsinsuffizienz; bei der Symptombewertung zeigen sich Katastrophisierungstendenz und hypochondrische Verarbeitungsmuster, und beim Umgang mit den Beschwerden ist die Vielfalt der Phänomene am grössten: Aggravation, Selbstlimitierung, Kinesiophobie/Kogniophobie, Malkooperation und finale Entschädigungshaltung. Kommt es zu unerklärlichen Verschlimmerungen bzgl. Intensität und Ausbreitungsgebiet der Symptome, Verschlechterung des Leistungsverhaltens und der Lebensgestaltung, so spricht man auch von «Symptomausweitung».

Weinstein [8] legte in konsistenter Weise dar, wie man sich die Psycho- und Soziodynamik des sog. «Invalidierungsprozesses» vorstellen muss:

- Vorbestehend sind psychosoziale Probleme, welche für das Selbstwertgefühl des Betroffenen zermürbend sind.
- Werden dann ungenügende berufliche Leistungen festgestellt, wird diese Selbstwertkrise noch akzentuiert.
- Tritt nun eine leichte Gesundheitsschädigung ein, so liefert diese eine gesellschaftsfähige Legitimation für diesen Leistungsabfall.
- Familiäre und soziale Unterstützungsmassnahmen laufen an und tragen u.U. dazu bei, dass der Betroffene in seiner Krankenrolle bestätigt und fixiert wird, was zur Chronifizierung beiträgt.

### Abschliessende Bemerkungen

Die Beurteilung dieser unklaren Folgezustände von HWS-Distorsionen bleiben auch nach dem Urteil vom 30. August 2010 eine grosse Herausforderung für praktizierende Ärzte und Gutachter. Auch wenn uns nun die Rechtsfolgen eines unkomplizierten «Schleudertrau-

mas» (kein Rentenanspruch) bekannt sind, fällt es nach wie vor schwer, die echte Gesundheitsschädigung von zweckgerichteten Präsentationen abzugrenzen. Dies umso mehr, als wir aus wissenschaftlichen Studien wissen, dass die Kooperativität und Validität der Beschwerdenbeschreibung bei dieser Patientenkategorie eher dubios sind. Merten et al. [9] kamen bei ihrem Validierungsverfahren auf einen Anteil der negativ-verzerrten Antworten von rund einem Fünftel. Damit wird deutlich, dass authentische Informationen weniger aus direkten Patientenaussagen als vielmehr aus Diskrepanzen und Inkonsistenzen gewonnen werden können. Dabei ist das Augenmerk auf folgende widersprüchliche Phänomene zu richten:

- Angebliche Dauerbeschwerden, welche sich in keiner Weise beeinflussen lassen;
- Diskrepanz zwischen geschilderten Beeinträchtigungen und tatsächlichen Alltagsaktivitäten;
- Keine therapeutischen Verfahren trotz angeblich massiver Beschwerden;
- Gänzlich fehlende Strategien zur Beschwerdelinderung;
- Keine sachliche Diskussion über alternative berufliche Tätigkeiten möglich;
- Keine Vereinbarkeit von geklagten Beschwerden mit den objektiven Befunden;
- Diskrepanz zwischen subjektiven Beschwerden und somatischer Beeinträchtigung bei der Untersuchung;
- Wenig Leidensdruck trotz dramatisch geschilderter Beschwerden;
- Diffuse Schilderung von Beschwerden und Krankheitsverlauf;
- Appellativ wirkende Klagen, welche beim Untersucher jedoch kein Betroffenheitsgefühl aufkommen lassen;
- Diskrepanz zwischen Eigen- und Fremdanamnese/Aktenlage.

Nun gilt in Bezug auf Schleudertrauma-Folgezustände selbstredend das Gleiche, was sich in Bezug auf somatoforme Störungen als gängige Gerichtspraxis herausgebildet hat. Auch wenn diese Zustände *per se* keinen Rentenanspruch begründen, so können ungünstige konstellative Faktoren dennoch dazu beitragen, dass das Beschwerdebild auch bei zumutbarer Willensanstrengung nicht mehr als überwindbar erscheint, so dass in der Summe der Beeinträchtigungen und insbesondere bei schwachen Ressourcen dennoch ein Leistungsanspruch erwachsen kann. Um solchen erschwerenden Problemkonstellationen Rechnung zu tragen, wurden die acht sog. Foerster-Kriterien von der Schweizer Versicherungsgerichtsbarkeit als massgeblich erklärt [10]:

1. Auffällige prämorbid Persönlichkeit.
2. Psychiatrische Komorbidität.
3. Chronische körperliche Begleiterkrankungen.
4. Verlust der sozialen Integration.
5. Hoher primärer oder sekundärer Krankheitsgewinn.
6. Primär chronifizierter Krankheitsverlauf.
7. Mehrjähriger Krankheitsverlauf (stabile oder progrediente Symptomatik).
8. Unbefriedigende Behandlungsergebnisse (trotz konsequenter Behandlungsversuche).

Stellt sich bei der Diskussion anhand dieser Kriterien heraus, dass etliche dieser Merkmale gegeben sind, kann von einer erschwerten Überwindbarkeit des Beschwerdebildes ausgegangen werden. Foerster wies allerdings schon im Jahre 2004 darauf hin, dass es sich bei diesem Kriterienkatalog nicht um eine abhabbare Checkliste mit Score-Bildung handele. Vielmehr gehe es darum, die Analyse der Problemsituation im Einzelfall anhand einer überschaubaren Menge von Diskussionspunkten besser zu strukturieren. Eine solche Vereinheitlichung in der Beurteilungspraxis dürfte auch der Rechtssicherheit zuträglich sein.

Wenn es schliesslich darum geht, für diese ätiologisch unklaren Zustände bei Schleudertrauma in der Vorgesichte ICD-10-kompatible Diagnosen zu stellen, so kommen je nach klinischem Gepräge folgende Codes in Frage:

- F45.4 Anhaltende somatoforme Schmerzstörung;
- F43.2 Anpassungsstörung (verschiedene Varianten);
- F48.0 Neurasthenie;
- F68.0 Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen (insbesondere bei finaler Entschädigungshaltung);
- F54 Psychologische Faktoren und Verhaltensfaktoren bei andernorts klassifizierten Krankheiten (erfordert eine zusätzliche somatische Diagnose).

Gerade bei versicherungsrechtlichen Begutachtungen ergeben sich öfter Diskussionen mit Rechtsvertretern u.Ä. betreffend den Umfang und die praktische Durchführung entsprechender Untersuchungen. Einige dieser Diskussionspunkte wurden im Bundesgerichtsentscheid 143V109 klar geregelt. So wurde festgestellt, dass es keinen Anspruch des Anwalts auf Anwesenheit bei den gutachterlichen Untersuchungen gibt. Vielmehr ist es dem Gutachter anheimgestellt, ob er eine Drittperson beiziehen oder zulassen will.

Bei Exploranden mit Schleudertrauma sei eine somatologische Untersuchung (neurologisch/orthopädisch/rheumatologisch/chirurgisch) unabdingbar, so dass sich in vielen Fällen ein bi- oder multidisziplinärer Untersuchungsgang empfiehlt. Den somatischen Fächern obliegt es in erster Linie aufzuzeigen, ob und in wieweit ein organisches Substrat die präsentierten Beschwerden erklären könnte. Des Weiteren gelte:

- Es liegt im Ermessen des Gutachters, ob und inwieweit er neuropsychologische Testverfahren oder eine Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit in seine Abklärung einbeziehen will.
- Ebenso steht es in seinem Ermessen, ob und in welchem Ausmass Fremdanamnesen erhoben werden sollen. Er wird sich dafür entscheiden, sobald sich davon ein zusätzlicher Erkenntnisgewinn versprechen lässt.

Wenn es schliesslich um die Frage geht, ob ein Beschwerdebild nach Schleudertrauma dem Unfallereignis zugeschrieben werden kann (Cave: «False Imputation»!), so müssen an den Beweisgrad hohe Anforderungen gestellt werden, lautet die Beweisregel doch folgendermassen: «Überwiegende Wahrscheinlichkeit» bedeutet nicht einfach «über 50%»; vielmehr müssen derart gewichtige Gründe dafür sprechen, dass andere denkbare

Möglichkeiten vernünftigerweise nicht massgeblich in Betracht fallen.

Es bleibt zu hoffen, dass der heutige medizinische Erkenntnisstand zusammen mit der aktuellen Rechtssprechung ein brauchbares Gerüst bildet, um künftig auch bei der Diagnostik und Begutachtung dieser Patientengruppe einen sachgerechten, einheitlichen und damit fairen Beurteilungsmassstab anlegen zu können.

---

**Korrespondenz:**

Dr. med. Thomas Knecht  
 Psychiatrische Klinik Münsterlingen  
 Leitender Arzt  
 Postfach 154  
 CH-8596 Münsterlingen  
[thomas.knecht@stgag.ch](mailto:thomas.knecht@stgag.ch)

---

**Literatur**

- 1 Hausotter W. Begutachtung somatoformer und funktioneller Störungen. 2. aktualisierte Auflage. München: Urban & Fischer 2004.
- 2 Schröter F. «HWS-Schleudertrauma» nach geringfügigen Unfällen – Konstrukt oder ernstzunehmende Verletzung? *Orthopäde*. 2010;39: 276–84.
- 3 Widder B. Schmerzsyndrome und Befindlichkeitsstörungen. In: Rauschelbach HH, Jochheim KA, Widder B. (Hrsg.): *Das neurologische Gutachten* Stuttgart: Thieme 2000, S. 422–44.
- 4 Parsons T. *The social system*. New York: Free Press of Glencoe 1951.
- 5 Mechanic D. The concept of illness behaviour. *J Chron Dis*. 1962; 13:189–94.
- 6 Pilowsky J. Abnormal illness behaviour. *BR J Med Psychol*. 1969; 42:347–51.
- 7 Knecht T. Wenn der Schmerzpatient nicht arbeitet – Phänomene der dysfunktionalen Beschwerdebewältigung als Rehabilitationshindernisse. *Schweiz Med Forum*. 2008;8(42):797–802.
- 8 Weinstein MR. The concept of the disability process. *Psychosomatics*. 1978;19:94–7.
- 9 Merten T, Friedel E, Stevens A. Eingeschränkte Kooperativität in der neurologisch-psychiatrischen Begutachtung. Schätzungen zur Auftretenshäufigkeit an einer Begutachtungspopulation. *Versicherungsmedizin*. 2006;58:19–21.
- 10 Winckler P, Foerster K. Zum Problem der «zumutbaren Willenanspannung» in der sozialmedizinischen Begutachtung. *Med Sach*. 1996;92:120–4.