

A. Stevens, M. Fabra, Th. Merten

Anleitung für die Erstellung psychiatrischer Gutachten

Einleitung

Sachverständigengutachten unterscheiden sich hinsichtlich Entstehungsprozess, Umfang, Struktur und Inhalt beträchtlich, was häufig dann nachdrücklich sichtbar wird, wenn über dieselbe Person mehrere Gutachten vorliegen, die zu völlig unterschiedlichen Beurteilungen gelangen. Die Heterogenität ist bereits dadurch mitbedingt, dass ein Gutachten juristisch nicht definiert ist und keinen geschützten Begriff darstellt. Das *Bundessozialgericht* hat in einem Urteil vom 05. 02. 2008 (B 2U10/07R) jedoch erklärt:

„Der Begriff des Gutachtens wird im Gesetz selber nicht definiert. Dem allgemeinen Sprachverständnis folgend fällt darunter nicht jedwede Äußerung oder Stellungnahme eines medizinischen oder technischen Sachverständigen zu einzelnen Aspekten des Verfahrensgegenstandes, sondern nur die umfassende wissenschaftliche Bearbeitung einer im konkreten Fall relevanten fachlichen Fragestellung durch den Sachverständigen. Diese Auslegung wird durch die Entstehungsgeschichte und den Zweck der Regelung gestützt.“

Damit wäre zwar der inhaltliche Rahmen gesetzt, nämlich *die umfassende und wissenschaftliche Bearbeitung einer Fragestellung*, nicht aber der formale, und die Gestaltungsspielräume blieben weiterhin beträchtlich.

In anderen Rechtsgebieten verhält es sich ähnlich. Zu finden sind zwar Regelungen der rechtlichen Beziehung zwischen Auftraggeber und Gutachter, letztlich ist aber die konkrete Beschaffenheit des Produkts „Gutachten“ weder im BGB,

noch im SGB, noch in der ZPO oder in der StPO definiert [4]. Das Gutachten muss dem Auftrag entsprechen, mangelfrei, fristgerecht, unparteiisch und vom beauftragten Sachverständigen persönlich erstellt sein [4]. Weitere Anforderungen gelten hinsichtlich der Kompetenz und methodischen Ausstattung des Gutachters und möglicher Befangenheit. Befangenheit sei anzunehmen, wenn der Sachverständige Arbeitnehmer eines Beteiligten ist, von diesem in wirtschaftlicher Abhängigkeit steht (dazu genügt nicht der Umstand, dass jener wiederholt Gutachten für einen Beteiligten erstattet hat), der Behandler eines Beteiligten ist oder bereits ein Privatgutachten erstellt hat (nicht aber, wenn dieser bereits in einem vorhergehenden Verfahren als Gutachter in derselben Sache tätig war). Mängelfreiheit bedeutet, dass das Gutachten widerspruchsfrei, vollständig und sorgfältig erstattet wird, eine exakte Dokumentation enthält und auf Tatsachenfeststellung gegründet ist [4]. Die Anknüpfungstatsachen sind diejenigen Gegebenheiten, die dem Sachverständigen entweder durch ausdrückliche Mitteilung des Auftraggebers als „Startpunkt“ vorgegeben wurden (z. B.: „bitte gehen Sie von folgendem Geschehensablauf aus...“), oder die der Sachverständige aus den ihm zur Verfügung gestellten Unterlagen ermittelt hat (z. B.: „laut Unfallanzeige und D-Arzt-Bericht ist von folgendem Geschehen auszugehen...“). Durch Benennung der Anknüpfungstatsachen gibt der Sachverständige zu erkennen, von welchen grundlegenden Annahmen über die Geschehnisse und Befunde vor der eigenen Befunderhebung er ausgegangen ist. Mitunter, insbesondere im forensisch-psychiatrischen Bereich, erlauben die Informationen nicht, von einem bestimmten Geschehensablauf auszugehen. Insbesondere in solcher Situation muss der Gutachter erklären, von welchen Anknüpfungstatsachen er ausgegangen ist und evtl. sein Gutachten unter Annahme alternativer Gegebenheiten erstatten. Während die Anknüpfungstatsa-

Zusammenfassung

Die Anforderungen an ein psychiatrisches Gutachten haben sich in den letzten Jahren erheblich gewandelt. Dem liegen mehrere Ursachen zugrunde: Der Anteil psychischer Gesundheitsstörungen hat auf allen Gebieten der Begutachtung zugenommen, die Rechtsprechung fordert mehr Präzision und Objektivität bei psychiatrischen Gutachten. Außerdem hat eine hohe Auftretenshäufigkeit nicht-authentischer Beschwerden und eingeschränkter Kooperation in der Begutachtung eine sorgfältige Konsistenzprüfung und Absicherung gegenüber negativen Antwortverzerrungen gerade in psychiatrischen Gutachten unentbehrlich gemacht. Die Voraussetzungen dafür sind durch methodische Fortschritte gegeben.

Dieser Aufsatz soll als Anleitung dienen, wie diesen Entwicklungen in der Praxis der Begutachtung Rechnung getragen werden kann. Er mag gutachtlich Tätigen ebenso wie Auftraggebern als Orientierung dienen, wie psychiatrische Gutachten von Prozess und Ergebnis her beschaffen sein sollen.

Schlüsselwörter Psychiatrische Begutachtung – Beschwerdvalidierung – Aggravation – Ursachen – MdE/GdB/GdS

chen also Tatsachen betreffen, die in der Vergangenheit liegen, sind die Befundtatsachen die Ergebnisse der eigenen Untersuchung durch den Gutachter [4]. Der Hintergrund ist, dass der Gutachter nachprüfbar darlegen muss, wie er die betreffenden Kenntnisse erlangt hat [4].

Die Anforderungen an ein psychiatrisches Gutachten sind gestiegen, geformt durch die laufende Rechtsprechung einerseits und die Entwicklung von Verfahren der Beschwerdvalidierung andererseits. In Kausalitätsgutachten muss die Beurteilung des Ursachenzusammenhangs nach aktueller Rechtsprechung unter Bezugnahme auf den aktuellen medizinischen Kenntnisstand erfolgen. Dies macht die Kenntnis einschlägiger aktueller Publikationen erforderlich. Die Einschätzung von Fähigkeits- und Teilhabestörungen schließlich soll sich an objektiven Maßstäben orientieren. Die Praxis beratender Tätigkeit für Gerichte und

Anschrift für die Verfasser

Prof. Dr. med. *Andreas Stevens*
Medizinisches Gutachteninstitut
Tübingen
Uhlandstr. 13
72072 Tübingen

Versicherungen zeigt jedoch, dass die bisher vorliegenden Empfehlungen und Leitlinien diesen aufgezeigten Erfordernissen kaum Rechnung tragen und Gutachten nicht nur hinsichtlich Form und Inhalt heterogen, sondern oft unzulänglich sind.

Die hier vorgelegte Anleitung kann kein Lehrbuch oder Grundlagenwerk ersetzen, sondern einen allgemeinen Rahmen abstecken, der zum einen Auftraggebern hilft, Fragestellungen für psychiatrische Gutachten zu formulieren, zum anderen Gutachtern, Sachbearbeitern, Anwälten und Richtern ermöglicht, die Qualität eines Gutachtens zu beurteilen. Als Grundlagenwerke seien genannt:

Schönberger A, Mehrrens G, Valentin H (Hrsg.): Arbeitsunfall und Berufskrankheit. 7. Auflage. Berlin: E. Schmidt, 2003

Fritze J, Mehrhoff F (Hrsg.): Die ärztliche Begutachtung. 7. Auflage, Heidelberg: Steinkopff, 2008

Widder B, Gaidzik PW (Hrsg.): Begutachtung in der Neurologie. Stuttgart: Thieme, 2007

Vorbereitung des Gutachtens

Die Anknüpfungstatsachen werden dem Sachverständigen durch den Auftraggeber mitgeteilt. In der Regel geschieht dies formlos durch die Übersendung von Akten, aus denen der Sachverständige selbst die Anknüpfungstatsachen zusammenstellen soll. Der Sachverständige muss prüfen, ob er den übersandten Unterlagen die erforderlichen Anknüpfungstatsachen entnehmen kann. Die Beschaffung und Vorlage ausreichenden Aktenmaterials ist Aufgabe des Auftraggebers bzw. der Parteien, nicht des Sachverständigen, es sei denn dieser wird ausdrücklich dazu aufgefordert. Kann der Sachverständige die ihm vorgelegte Frage ohne bestimmte weitere Informationen nicht oder nur unvollständig beantworten, muss er dies mitteilen und den Auftraggeber auffordern, weitere Ermittlungen anzustellen. Er kann alternativ sein Gutachten vorläufig erstellen, unter Hinweis auf noch offene Anknüpfungstatsachen.

Erstschadensaufklärung

Der Erstschadensaufklärung kommt in Zusammenhangsgutachten eine erhebliche Bedeutung zu, da Voraussetzung

für die Anerkennung von psychischen Störungen ein psychischer Erstschaden ist, alternativ ein körperlicher Erstschaden, der mittelbar zu psychischen Schäden führt. In den Akten sollten daher *Berichte von Dritten über den Geschehensablauf* enthalten sein, wie polizeiliche oder gerichtliche Mitteilungen, die als hinreichend recherchiert betrachtet werden können. Können solche Unterlagen nicht beigezogen werden, muss dies ausdrücklich festgehalten werden. Hinsichtlich der Beurteilung, ob eine psychische Initialreaktion (psychischer Primärschaden) vorgelegen hat, lassen sich der Beschreibung am Tatort eintreffender Polizeibeamter oder Rettungssanitäter über die Situation und das Verhalten des Betroffenen wertvolle Hinweise entnehmen. Hier ist es wichtig, ob dieser beispielsweise bei der Vernehmung erkennbar unter Schock stand und ob zunächst eine ärztliche Behandlung zur Beruhigung erforderlich war. Auch chirurgische Erstuntersucher sind wegen ihrer akutmedizinischen Tätigkeit durchaus in der Lage, psychische Ausnahmezustände vom normalen Verhalten akut Unfallverletzter zu unterscheiden und dokumentieren dies in der Regel auch. Rückblickende Angaben von Verletzten sind häufig unzuverlässig; sie können eine sachliche Erstschadensaufklärung nicht ersetzen [8,24].

Verlaufsdokumentation

Die Akten sollten auch für den weiteren Verlauf vollständig sein, das heißt, darin erwähnte Befunde, Berichte und Gutachten sowie Mitteilungen der Berufshelfer müssen enthalten sein. Unverzichtbar ist ein unselektiertes *Leistungsverzeichnis der Krankenversicherung*, den Zeitraum vor und nach dem Ereignis umfassend. Es muss unselektiert sein, da ansonsten wichtige frühere Diagnosen wie *Somatoforme Störungen*, *Dysthyme Störungen* oder *HWS-Schleudertrauma* nicht zur Kenntnis gelangen. Das nachträgliche Beiziehen ärztlicher Berichte erfordert eine Entbindung von der Schweigepflicht, die laut Rechtsprechung des *BGH* konkret für den jeweiligen Berichterstatler eingeholt werden muss. Im Sozialrecht dagegen erforscht das Sozialgericht den Sachverhalt von Amts wegen (§ 103 SGG). Es bestehen zahlreiche Auskunfts-

und Mitteilungspflichten des Arztes. Die Aktenlage soll den Sachverständigen befähigen, eine *Chronologie der Beschwerden- und Befundentwicklung* zu erstellen.

Planung von Zusatzuntersuchungen und Dolmetschereinsatz

Differenzialdiagnostische Überlegungen müssen bereits beim Studium der Akten angestellt werden. Bei Untersuchung darf sich nicht auf die Augenscheindiagnose beschränken. Ebenso ist zu prüfen, ob ein *Dolmetschereinsatz* oder *Zusatzgutachten* erforderlich sind, die gegebenenfalls vom Auftraggeber genehmigt werden müssen. Übersetzertätigkeit durch Angehörige und Bekannte anstelle eines vereidigten Dolmetschers ist gerade bei psychiatrischen Gutachten ein Anfechtungsgrund. Listen vereidigter Dolmetscher können von den örtlichen Gerichten erhalten werden.

Terminplanung

Die Terminplanung muss gewährleisten, dass ausreichend Zeit zur Verfügung steht. Bei Bearbeitung von Fragebögen, einer körperlichen und psychologischen Untersuchung eingeschlossen, kann der Zeitbedarf insgesamt leicht fünf bis sechs Stunden betragen. Pausen sind zu berücksichtigen, ebenso der Reiseweg des zu Begutachtenden.

Einbestellung

Das Einbestellungsschreiben teilt dem zu Begutachtenden Ort, Zeit und voraussichtliche Dauer der Begutachtung mit, sowie welche Untersuchungen geplant sind. Der Auftraggeber, dessen Aktenzeichen und der Zweck der Begutachtung sollen aus der Einladung hervorgehen. Die Betroffenen sollten in ihrem Besitz befindliche Unterlagen mitbringen (gegebenenfalls Kopien von Schul- und Ausbildungszeugnissen), ebenso notwendige Hilfsmittel (Brille bzw. Hörgerät) und Medikamente. Der Auftraggeber erhält eine Kopie der Einladung. Das Einbringen neuer Tatsachen kann allerdings im Zivilverfahren beanstandet werden, da dies formal über das Gericht erfolgen muss. Gleichwohl wird die Praxis in der Regel toleriert.

Persönliche Informationen an den zu Begutachtenden

Nach der Begrüßung mit Vorstellung des Sachverständigen wird die Aufgabenstellung (Nennung des Auftraggebers und der Fragestellung) erläutert. Der Sachverständige weist darauf hin, dass er als sachverständiger Berater des Auftraggebers eine neutrale Stellung einnimmt, dass er weder Behandler oder Fürsprecher des Betroffenen noch Interessenvertreter des Auftraggebers ist. Er legt ferner dar, dass die ärztliche *Schweigepflicht* Einschränkungen unterliegt, da die Angaben des Untersuchten wie auch die Befunde dem Auftraggeber zu übermitteln sind. Auf mögliche Weiterungen des Verfahrens, etwa im Rahmen einer Gerichtsverhandlung, mit Ausweitung des Personenkreises, der Zugang zu den Informationen im Gutachten erhält, sollte hingewiesen werden. Dass hierüber eine Aufklärung erfolgte, soll im Gutachten festgehalten werden; die Schweigepflichtentbindung gegenüber dem Auftraggeber und gegenüber Haupt- oder Zusatzgutachtern sollte zu Beginn des gutachtlichen Interviews durch Unterschrift eingeholt werden. In Gerichtsverfahren ist die schriftliche Entbindung von der Schweigepflicht entbehrlich.

Mit dem Betroffenen wird der Ablauf der Untersuchung besprochen. Mobiltelefone werden für die Dauer der Untersuchung ausgeschaltet; ohne ausdrückliches Einverständnis werden weder Bild- noch Tonaufzeichnungen angefertigt. Begleitpersonen sind nur bei Minderjährigen oder von ihnen vormundschaftlich betreuten Personen bei Anamneseerhebung oder Untersuchung anwesend. Die Anwesenheit insbesondere „involvierter Dritter“ (Angehörige, Freunde) bei der psychiatrischen Exploration und Untersuchung ist erwiesenermaßen mit Beeinträchtigungen verbunden [14,20]. Bei Gerichtsgutachten kann ein Verstoß gegen diesen Grundsatz zur Nichtverwertbarkeit des Gutachtens führen. Eine *Fremdanamnese* darf nicht in allen Rechtsbereichen ohne weiteres eingeholt und im Gutachten verwertet werden. Gegebenenfalls ist zuvor die Zustimmung des Auftraggebers (des Gerichts) und der Parteien einzuholen. Die zur Fremdanamnese befragte Person muss bezüglich der Schweigepflicht belehrt werden. Ei-

ne Befundmitteilung gegenüber dem Untersuchten ist (nur dann) notwendig, wenn Befunde erhoben wurden, die auf bisher nicht bekannte gefährliche Gesundheitsstörungen hinweisen oder z. B. Zweifel an der Fahreignung begründen. Der Sachverständige äußert sich besser nicht unmittelbar zur Beantwortung der Beweisfragen.

Die gutachtliche Untersuchung

Allgemeines

Die gutachtliche Untersuchung beginnt, wenn der zu Begutachtende die Untersuchungsräume betritt und endet mit deren Verlassen [29]. So ist es rechtlich problematisch, wenn der Sachverständige seine Einschätzung mit Informationen begründet, die er beispielsweise anlässlich einer anderweitigen, zufälligen Begegnung mit dem Betroffenen gewonnen hat. Innerhalb der Untersuchungsräume kann und soll die Gesamtheit des dort an ihm vom Untersucher und seinen Mitarbeitern wahrgenommenen Verhaltens in die Begutachtung Eingang finden. Auch das Verhalten des Betroffenen während der Pausen kann aufschlussreich sein, so etwa seine Fähigkeit, mit anderen Wartenden Kontakt aufzunehmen.

Der Ablauf der *körperlichen und neurologischen Befunderhebung* ist für den psychischen Befund relevant. Gutachten, bei denen solche Untersuchungen nicht durchgeführt wurden, sind unvollständig. In der körperlich-neurologischen Untersuchung lassen sich die geltend gemachten psychischen Störungen auf Befundebene beobachten. Mancher Untersuchte scheint der Auffassung zu sein, nach Ende des Interviews, wenn alle Klagen und Beschwerden aufgenommen sind, gehe es um andere Dinge und er könne willentlich beschwerdebetonende oder anderweitig taktische Verhaltensweisen nunmehr aufgeben und sich ungezwungen verhalten. Auch dies muss dokumentiert werden.

Die psychiatrischen Diagnosen erfordern in der Regel den *Ausschluss einer zugrunde liegenden organischen Störung bzw. den Ausschluss ihrer Verursachung durch psychotrope Substanzen und Medikamente*. Schon dies macht die Erhebung und Dokumentation eines körperlichen und neurologischen Befundes unverzichtbar. Der körperliche Befund liefert ferner eine Be-

schreibung des Trainingszustandes, von Verarbeitungsspuren oder Zeichen vegetativer Fehlregulation. So lässt sich die Behauptung anhaltender schwerer Antriebsminderung kaum mit einem tadellosen Muskelstatus und Schwielen an beiden Händen vereinbaren, die Schilderung ständig vorhandener erheblicher Schmerzen kaum mit einem agilen Verhalten bei der Untersuchung und beim An- und Auskleiden. Auch Ausgestaltungsversuche lassen sich bei der körperlichen Untersuchung erkennen.

Die *Dokumentation des körperlichen und neurologischen Befundes* muss eingehend sein, das heißt, es muss erkennbar sein, was untersucht wurde und mit welchem Ergebnis; auch normale Befunde sind zu dokumentieren. Dazu stellen *Schönberger et al.* [23] fest:

„2.3.3.2 Befunderhebung: Die Befunderhebung ist eine Tatsachenfeststellung. Der Befund ist die entscheidende Vergleichsgrundlage ... An Hand der Befunde soll ein sicheres Bild über den Gesundheitszustand, die verbliebene Funktionsfähigkeit und in die Funktionsbeeinträchtigungen gegeben sein.“

Der geforderte Ausschluss der Einwirkung *psychotroper Substanzen* kann durch Einsatz von Urinteststreifen im Sinn eines Screenings erbracht werden. Freilich gelingt es damit nicht, einen Tage zurückliegenden Konsum nachzuweisen; ein positiver Befund sollte durch quantitative Verfahren abgesichert werden.

Das gutachtliche Interview

Das gutachtliche Interview bildet das Kernstück der psychiatrischen Begutachtung. Es dient nicht ausschließlich der verbalen Informationsübermittlung (a), sondern stellt die Beziehung zwischen dem zu begutachtenden Menschen und dem Sachverständigen her (b) und es dient dazu, den *psychischen Querschnittsbefund* zu erheben (c). Psychiatrische Diagnosen werden nicht durch Abfragen von Beschwerden gestellt, sondern durch Befunderhebung. Wenn der Untersuchte behauptet, an bestimmten Beschwerden zu leiden, kann dies ein *Hinweis* auf eine entsprechende psychische Störung bei ihm sein, ist aber nicht deren gesicherte *Feststellung*. Die Aufgabe des Gutachtens erschöpft sich also nicht in der Wiedergabe der Beschwerden; maßgeblich ist viel-

mehr, ob ein den diagnostischen Kriterien entsprechender Befund vorliegt. *Standardisierte Interviews* (wie beispielsweise das Strukturierte Klinische Interview für DSM-IV, SKID) sorgen dafür, dass keine Beschwerden vergessen werden; sie stellen aber ebenfalls keine Befunderhebung dar. Weder darf das diagnostische Interview an Hilfskräfte übertragen noch die Befunderhebung durch Selbstbeurteilungsverfahren ersetzt werden.

Das Interview erlaubt ferner die Konsistenzprüfung zwischen Beschwerden und Verhalten. So ist es unplausibel, wenn ein Betroffener, der in psychologischen Tests das Bild schwerster Gedächtnisstörungen bot, in der Anamnese detailliert aus Befundberichten und früheren Gutachten zitieren kann.

Im Folgenden sei der Ablauf des Interviews skizziert:

1. Eingangsfragen organisatorischer Art oder bezogen auf den aktuellen Lebensvollzug (Ziel: Beziehungsaufbau, Überblick über die aktuelle Lebenssituation)
2. Offener Teil des Interviews (Ziel: Gelegenheit zur freien Darstellung dessen, was der Betroffene vorbringen möchte. Dabei werden seitens des Gutachters allenfalls Verständnisfragen gestellt.)

3. Halbstandardisierter Teil des Interviews Beschwerdenschilderung (initiale Beschwerden, Verlauf, aktuelle Beschwerden). Dazu führen *Schönberger et al.* [23] aus:

„2.3.3.1 Beschwerdebild: Das Beschwerdebild weist den Gutachter auf behauptete oder objektivierbare Folgen des Versicherungsfalls hin. Die Klagen des Versicherten sind mit dessen eigenen Worten wiederzugeben.“

Systematisches Erfragen weiterer Beschwerden durch den Gutachter. Dabei sind Differenzialdiagnosen zu erwägen.

Fragen zu früheren Erkrankungen, Medikamenten-, Sucht- und Vegetativanamnese. Bildungs-, Sozial- und Familienanamnese: Schulabschluss, Ausbildung, beruflicher Werdegang; Lebensgestaltung, Hobbys, Urlaub, Freundschaften, Sozialkontakte, Tagesablauf. Wesentlich sind Angaben dazu, ob der Arbeitsplatz noch erhalten bzw. bereits ein Rentenantrag gestellt ist, ob der Antragsteller sich anderweitig im Zusammenhang mit der gleichen Gesundheitsstörung in einem Rechtsstreit befindet.

Einschätzung des zukünftigen Heilverlaufs und Leistungsvermögens durch den Betroffenen, Pläne und Wünsche.

Der psychische Querschnittsbefund

Ziel der Befunderhebung muss es sein, die diagnoserelevanten Symptome der jeweiligen Störung im psychischen *Querschnittsbefund* nachzuweisen. Beschwerde- und Befundebene sind im Gutachten streng voneinander getrennt zu halten. Häufig findet sich in Gutachten aber neben einer Vermengung auch eine fehlende Kennzeichnung dargestellter Information als das eine oder andere. Diese Fehler sind gravierend, denn sie lassen erkennen, dass der Gutachter den Unterschied zwischen Befunden und Beschwerden nicht berücksichtigt oder, anstatt neutraler Beobachter zu sein, sich die subjektive Sicht des Untersuchten zu Eigen gemacht hat, günstigstenfalls ohne dies selbst zu bemerken. Eine Reihe psychischer Beschwerden ist in der Untersuchungssituation nicht auf der Befundebene nachzuvollziehen, wie etwa Albträume oder Schlafstörungen. In solchen Fällen muss im Gutachten dargelegt werden, dass der Patient Beschwerden schildert, die das Vorliegen einer psychischen Störung annehmen lassen, andererseits aber *diesbezüglich keine Befunde erhoben werden konnten*. Der Sachverständige darf dem Auftraggeber keinesfalls suggerieren, er habe eine psychische Störung *festgestellt*, wenn dies auf der Befundebene nicht möglich war. Schlafstörungen lassen sich durch eine schlafmedizinische Untersuchung als Befund nachweisen, mittelbar auch über ihre Auswirkungen, und zwar als Tagesmüdigkeit mit Konzentrationsschwankungen oder Ermüdungszeichen im EEG. Nochmals sei hervorgehoben, dass ein ärztliches Gutachten auf *Tatsachenfeststellungen* gründen muss [4], also auf Anknüpfungs- und Befundtatsachen.

Weitere Untersuchungen

Eine psychologische Untersuchung mit Einsatz von Fragebögen, Beschwerdenvalidierungstests und Leistungstests ist häufig unverzichtbar. Zum einen muss die Authentizität der Beschwerden geprüft werden. Nur wenn positiv festgestellt wurde, dass die Beschwerdenschilderung authentisch ist, kann diese in die Diagnosebegründung einfließen. Ferner muss in den meisten Gutachten eine Aus-

sage dazu gemacht werden, welche Fähigkeitsstörungen aufgrund der Erkrankung vorliegen, wobei aus der Diagnose keine MdE, kein GdS oder GdB folgt. Die Minderung kognitiver Leistungen kann, sofern sie nicht sehr schwer und klinisch offenkundig ist, adäquat nur durch psychologische Befunde erfasst und quantifiziert werden.

Beschwerden- und Persönlichkeitsfragebögen

Fragebögen ermöglichen eine systematische, standardisierte Informationserhebung, die sich vom Interview dadurch unterscheidet, dass kein Gegenüber vorhanden ist, das die Angaben unmittelbar entgegennimmt und möglicherweise nonverbal oder verbal kommentiert. Der Anwender muss für den Einsatz solcher Instrumente qualifiziert sein, ihre Güteeigenschaften und die Grenzen ihrer Aussagefähigkeit kennen. Fragebogendaten basieren auf Selbstauskünften der Betroffenen, die in der Regel zu Skalen zusammengefasst werden. Fragebögen können auch im Optimalfall einer authentischen Selbstauskunft den psychischen Querschnittsbefund nicht ersetzen. Der gewichtigste Schwachpunkt vieler Beschwerdenlisten ist ihre einfache, augenscheinlich konstruierte, die selbst Laien erlaubt, sie auf Antrieb so auszufüllen, dass sich anscheinend schwere Beeinträchtigungen ergeben. Die meisten Beschwerdefragebögen und eine Reihe von Persönlichkeitsinventaren enthalten keine Kontrollskalen, die eine Vortäuschung, Übertreibung oder Ausweitung von Beschwerden anzeigen [17, 18]. Ferner ist zu beachten, dass Instrumente wie z. B. das Beck-Depressionsinventar (in der aktuellen Form: BDI-II) [2] konstruiert wurden, um bei Patienten mit gesicherter Diagnose den Verlauf der Beschwerden zu erfassen. Selbstredend können diese Instrumente nicht dazu benutzt werden, die Diagnose zu stellen. Sie liefern allenfalls die Aussage, dass Beschwerden geklagt werden, wie bei einer Depression. Als Faustregel kann gelten, dass ein extremes Beschwerdenniveau auf vielen verschiedenen Subskalen eher auf eine Verfälschung hindeutet als auf eine authentische polymorphe Psychopathologie.

Psychologische Leistungstests

Als leistungseinschränkende Folgen psychischer Störungen werden immer wieder kognitive Beeinträchtigungen geltend gemacht. Ihre Beurteilung muss auf der Befundebene erfolgen, die Schilderung des Patienten, er leide an Konzentrationsstörungen, genügt nicht. Die Anwendung und Auswertung psychologischer Leistungstests muss sachgemäß erfolgen und die Interpretation der Ergebnisse stellt einen komplexen Urteilsprozess dar, der keineswegs durch Hilfskräfte zu leisten ist.

Psychologische Tests sind in besonderer Weise von der Kooperationsbereitschaft des Untersuchten abhängig. Aus diesem Grund können schlechte Testleistungen nur dann als Nachweis kognitiver Störungen gelten, wenn ausreichende *Leistungsmotivation oder Anstrengungsbereitschaft* nachgewiesen ist. Diese darf nicht stillschweigend vorausgesetzt werden.

Die Ergebnisse der psychologischen Diagnostik müssen unter Benennung der eingesetzten Verfahren in Rohwerten und üblichen Normwerten (Prozentränge, SW, z- oder T-Werte, IQ) dargestellt werden. Fehlt dies, ist weder eine Verlaufsbeurteilung noch eine längs- oder querschnittsmäßige Konsistenzprüfung möglich. Eine sinnvolle Interpretation erfordert ferner eine nachvollziehbar abgeleitete Hypothese über das prämorbid kognitive Leistungsniveau des Patienten, bei dem auch frühere Leistungsnachweise (Schul- und Ausbildungszeugnisse) heranzuziehen sind. Die Angaben zu Bildungsabschlüssen weichen erfahrungsgemäß nicht selten von den Tatsachen ab [13].

Kontrollskalen, Verfahren zur Beschwerdenuvalidierung

Zur Überprüfung negativer Antwortverzerrungen und suboptimaler Leistungsmotivation ist der Einsatz spezieller Methoden zur Beschwerdenuvalidierung unumgänglich [5]. Eine aktuelle Übersicht über den Stand der Forschung liefert das Themenheft „Simulationsdiagnostik“ der Zeitschrift für Rechtspsychologie (Heft 1/2007). Auf den Einsatz solcher Verfahren kann aus zwei Gründen nicht verzichtet werden: Die Prävalenz negativer Antwortverzerrungen

im gutachtlichen Kontext ist beträchtlich und beträgt in einigen Kontexten 30 Prozent und mehr, kann aber in spezifischen Kontexten auch die 50-Prozent-Marke übersteigen [5, 7, 15, 16, 19, 26]. Die Fähigkeit auch erfahrener Untersucher, negative Antwortverzerrungen spontan zu entdecken, ist hingegen gering [11,21]. Für die Erkennung negativer Antwortverzerrungen sind die Beschwerdenuvalidierungstests die gegenwärtig beste Methode. Dazu gehören beispielsweise der Word Memory Test (WMT) [12], der Test of Memory Malingering (TOMM) [27], und der Amsterdamer Kurzzeitgedächtnistest (AKGT) [22]. Negative Antwortverzerrungen bei der Beschwerdenuvalidierung können sich mit dem Strukturierten Fragebogen Simulierter Symptome (SFSS) [9] oder dem Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI-2) [6] erkannt werden. Ohne Einsatz solcher Verfahren kann häufig keine adäquate Aussage zu negativen Antwortverzerrungen gemacht werden.

Konsistenz- und Plausibilitätsprüfung

Neben den oben dargestellten spezifischen Instrumenten ist eine Konsistenz- oder Plausibilitätsprüfung notwendig. Dies geschieht, indem Informationen aus verschiedenen Informationsquellen miteinander abgeglichen werden:

- aus der Aktenlage verfügbare Informationen, einschließlich solcher Informationen, die über frühere Leistungen und Verhaltensweisen Auskunft geben (z.B. Ausbildungszeugnisse, Arbeitsbeurteilungen)
- vom Betroffenen geschilderte Beschwerden und Funktionseinschränkungen
- Informationen über die Beeinträchtigung oder Ungestörtheit von Alltags-handlungen und komplexen Funktionen im Alltag (z.B. Fahrtauglichkeit, eigenes Betreiben von Rechtsangelegenheiten)
- die Verhaltensbeobachtung und der selbst erhobene psychische Querschnittsbefund
- Ergebnisse der standardisierten Fragebogen- und Testdiagnostik sowie der Funktionsdiagnostik
- das sachkundige Wissen über übliche Konstellationen und Symptome, be-

kannte Folgen und den charakteristischen zeitlichen Verlauf psychischer Störungen.

Nicht jede Inkonsistenz ist ein Indiz für bewusste, gezielt zur Zweckerreichung eingesetzte Antwortverzerrungen. So kann eine Anosognosie als hirnschadensbedingtes Symptom der Grund für eine krass unrealistische Selbsteinschätzung sein. Einzelheiten der Konsistenz- und Plausibilitätsprüfungen müssen nachvollziehbar im Gutachten dargestellt, ihr Bezug zur gutachtlichen Beurteilung kenntlich gemacht werden.

Diagnosestellung

Gutachten müssen für medizinische Laien nachvollziehbar und daher allgemein verständlich abgefasst sein. Die psychiatrischen Diagnosen sollen nach den Namenskonventionen der üblichen diagnostischen Manuale (DSM-IV-TR [1] oder ICD-10 [10]) bezeichnet werden. Darüber hinaus müssen sie begründet werden. Dies wird durch das *Bundessozialgericht* ausdrücklich gefordert (BSG B 2 U 1/05). Diese Forderung gilt analog auch für andere Rechtsgebiete, denn es muss nachvollziehbar sein, wie der Sachverständige zu der Diagnose gelangte und wodurch sie gesichert ist. Dazu ist darzulegen, inwiefern die diagnostischen Kriterien für die jeweilige Störung auf *Befundebene* bei dem zu untersuchenden Fall erfüllt sind. Das DSM-IV ist gegenüber der ICD-10 zu bevorzugen. Die Gründe dafür sind vielfältig. Im entschädigungsrelevanten Bereich muss eine *Gesundheitsstörung gesichert festgestellt* werden. Dies erfordert eindeutige, operationalisierte und durch Feldstudien überprüfte diagnostische Kriterien. Solche Kriterien liefert das DSM-IV-TR, während die der ICD-10 vage und in einer Kann-Terminologie abgefasst sind [25, 28]. Die ICD-10 ist ferner seit 1992 nicht wesentlich aktualisiert worden und trägt der aktuellen medizinischen Lehrmeinung nicht Rechnung. Zu berücksichtigen ist ferner, dass sich die internationale wie auch die deutsche Fachliteratur in aller Regel auf das DSM-IV-TR bezieht. Die ICD-10 ist im Geltungsbereich des SGB V verbindlich, in anderen Bereichen wird das DSM-IV bevorzugt (LSG NRW L17 U 127/06 vom 16.5.2007).

Kausalitätsbeurteilung

Aus dem Gutachten muss hervorgehen, welche Kausalitätsnorm (wesentliche Bedingung im Sozialrecht, Adäquanztheorie im Zivilrecht) angewendet wurde und wie der Sachverständige die Kausalität einschätzt („mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit – überwiegend wahrscheinlich – nicht wahrscheinlich“). Die Auffassung ist zu begründen. Die Begründung geschieht am besten in zwei Schritten. Zunächst wird der aktuelle medizinische Kenntnisstand zu dem zu beurteilenden Ursachenzusammenhang dargestellt. Existiert zu der konkret vorliegenden Konstellation keine Datenbasis, so ist dies festzustellen. Auf der Grundlage solcher Evidenzen ist mitzuteilen, ob das Ereignis grundsätzlich geeignet war, die Gesundheitsstörung herbeizuführen. Ist dies nicht der Fall, ist ein Ursachenzusammenhang auch im Einzelfall nicht anzunehmen. Im zweiten Schritt ist darzulegen, inwiefern der aktuelle Fall den empirischen Studien entspricht und welche besonderen Risikomerkmale ggf. vorliegen. Eine Kausalitätsbeurteilung, die nur aus dem Einzelfall hergeleitet wird („der Kläger hat vorher nie derartige Beschwerden geäußert, also sind sie Unfallfolge“), ist unzureichend.

Im Sozialrecht können das Prinzip der wesentlichen Bedingung und das Gebot, auf den Einzelfall abzustellen, missverstanden werden. Letzteres ist der allgemeinen Kausalitätsprüfung nachrangig, nicht vorrangig. Dazu führt das BSG aus (B 2 U 26/04 R, B 2 U 1/05 R):

„Wenn auch die Theorie der wesentlichen Bedingung im Unterschied zu der an der generellen Geeignetheit einer Ursache orientierten Adäquanztheorie auf den Einzelfall abstellt (vgl zu den Unterschieden BSGE 63, 277, 280 = SozR 2200 § 548 Nr 91; *Krasney in Brackmann*, aaO, § 8 RdNr 312), bedeutet dies nicht, dass generelle oder allgemeine Erkenntnisse über den Ursachenzusammenhang bei der Theorie der wesentlichen Bedingung nicht zu berücksichtigen oder bei ihr entbehrlich wären (vgl schon BSG SozR Nr 6 zu § 589 RVO). Die Kausalitätsbeurteilung hat auf der Basis des aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstandes über die Möglichkeit von Ursachenzusammenhängen zwischen bestimmten Ereignissen und der Entstehung bestimmter Krankheiten zu erfolgen. Das schließt eine

Prüfung ein, ob ein Ereignis nach wissenschaftlichen Maßstäben überhaupt geeignet ist, eine bestimmte körperliche oder seelische Störung hervorzurufen.“

Becker [3] erläutert zum Begriff der wesentlichen Ursache des Sozialrechts, dass (a) es mehrere rechtlich wesentliche Mitursachen geben kann, (b) „wesentlich“ nicht gleichbedeutend mit „gleichwertig“ oder „annähernd gleichwertig“ ist, vielmehr kann auch eine rechnerisch niedriger zu bewertende Ursache für den Erfolg rechtlich wesentlich sein und (c) wenn eine der Ursachen oder mehrere Ursachen gemeinsam gegenüber einer anderen von überragender Bedeutung sind, so sind nur diese Ursachen wesentlich und Ursachen im Sinne des Sozialrechts. Klarzustellen ist dabei, dass sozialrechtlich allein relevant ist, ob die versicherte Ursache dann wesentlich ist.

Beurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus und Höhe der Entschädigung

Für die Entscheidung des Auftraggebers, ob eine funktionsrelevante und damit entschädigungsrelevante Gesundheitsstörung vorliegt, ist nicht die Diagnose bedeutsam, sondern der Nachweis einer Funktionsstörung. Das Ausmaß, in dem das psychosoziale Funktionsniveau eines Menschen infolge einer psychischen Störung herabgesenkt wird, wird oft überschätzt. Zunächst ist zu beachten, dass individuelles Leiden, erlittene Unbill und Ärger und die laut Versicherungsbedingungen bzw. Sozialgesetzgebung allein maßgebliche Herabsetzung des psychosozialen Funktionsniveaus nicht identisch sind. In den meisten Rechtsgebieten wird die nachgewiesene Minderung der Leistungsfähigkeit entschädigt und nichts sonst. Eine Ausnahme bildet der Ausgleich des immateriellen Schadens (sog. „Schmerzensgeld“) in der Privat- und Sachversicherung (s.Tab.1).

In der gesetzlichen Unfallversicherung gilt als Grundlage für die MdE-Einschätzung derjenige Anteil des *Allgemeinen Arbeitsmarkts*, welcher sich dem Versicherten unfallbedingt verschließt. Dies muss beachtet und bei der Begründung der MdE erläutert werden.

Die Beurteilung (MdE, GdB, GdS, Invalidität, Arbeitsunfähigkeit, Berufs-

Leiden, Ärger, Frustration usw.

a) sog. immaterieller Schaden in der Privat- und Sachversicherung, Schmerzensgeld

Herabsenkung des psychosozialen Funktionsniveaus (Beispiele)

- a) MdE der gesetzlichen Unfallversicherung (GUV)
- b) Erwerbsminderung der (Kfz-)Haftpflichtversicherung
- c) Grad der Behinderung (GdB) des Schwerbehindertenrechts
- d) GdS des Versorgungsrechtes (BVG, SVG, OEG u. a.)
- e) Invalidität (dauerhafte Leistungs-minderung) der PUV
- f) teilweise und vollständige Erwerbsminderung der gesetzlichen Rentenversicherung (GRV)
- g) (völlige) Arbeitsunfähigkeit, Berufsunfähigkeit der privaten Krankentagegeldversicherung, privaten Berufsunfähigkeits(zusatz)-Versicherung u. a. m.

Tab. 1: Leiden vs. Herabsenkung des psychosozialen Funktionsniveaus sowie der Einfluss auf die Leistungsgewährung in den unterschiedlichen Rechtsgebieten

unfähigkeit) erfolgt in drei Schritten: Zunächst ist festzustellen, welche auf der Befundebene nachgewiesenen Funktionsstörungen vorliegen. Ausdrücklich gehören Beschwerden nicht an diese Stelle. Soweit gewisse subjektive Beschwerden sich aus den Befunden ableiten lassen, sollen sie jedoch ebenfalls – als „nachvollziehbar“ (nicht jedoch als eigener Untersuchungsbefund) – aufgeführt werden. Sodann ist zu erläutern, wie sich diese Funktionsstörungen und Beschwerden auswirken, also beispielsweise welche Tätigkeiten nicht mehr, nur noch zeitlich begrenzt, mit größerem Zeitaufwand oder unter Schmerzen verrichtet werden können. Schließlich ist unter Beachtung publizierter Vergleichsmaßstäbe ein Vorschlag für die Bewertung abzugeben.

Abfassung des Gutachtens

Die in dieser Arbeit dargestellten Empfehlungen zum Prozess der Begutachtung sollten sich in einem entsprechend strukturierten Ergebnis (Gutachten) niederschlagen.

1. Darstellung, für welchen Auftraggeber und zu welcher Fragestellung das Gutachten erstattet wurde, ferner ob es nach Aktenlage oder nach Akten *und* einer persönlichen Untersuchung erstattet wurde. Der Untersuchungstag und -ort sind zu bezeichnen.
2. Benennung, welches Aktenmaterial zur Verfügung stand. Die der Beurteilung zugrunde gelegten Anknüpfungstatsachen werden nicht hier, sondern in der Beurteilung dargestellt.
3. Darstellung des Ablaufs der Begutachtung. Die Anamnese und die Beschwerdenschilderung sind, kenntlich gemacht als Angaben des Probanden, zu dokumentieren.
4. Die Befunde sollten ohne Wertung wiedergeben werden; gegebenenfalls ist zu spezifizieren, durch wen sie erhoben wurden. Überlegungen zur Psychodynamik und Interpretationen des Sachverständigen sind ausdrücklich als solche kenntlich zu machen und in der Darstellung von den Befunden abzugrenzen.
5. Die Ergebnisse der Konsistenz- und Plausibilitätsprüfung sind darzulegen. Es ist ausdrücklich zu erklären, aufgrund welcher Methoden und Verfahren die Frage einer möglichen Simulation oder Aggravation beurteilt wird.
6. In der Beurteilung ist darzustellen, von welchen Anknüpfungstatsachen der Sachverständige ausgegangen ist, mittels einer knappen, präzisen und sachlichen Zusammenfassung der Akteninhalte. Diese können kommentiert werden, dann ist jedoch der Kommentar als solcher kenntlich zu machen.
7. Die Diagnosen werden in der Terminologie der aktuellen diagnostischen Manuale (vorzugsweise DSM-IV-TR) benannt begründet. Es muss erkennbar sein, dass Differenzialdiagnosen erwogen wurden.
8. Es folgen – sofern gefordert – Ausführungen zur Kausalität, wobei nachvollziehbar zu begründen ist, weshalb ein ursächlicher Zusammenhang des Störungsbildes mit dem Ereignis wahrscheinlich erscheint.
9. Die gesichert vorliegenden Funktionsstörungen und ihre Auswirkungen sind zu benennen und Mde/GdB/GdS, sowie Berufsunfähigkeit/Dienstunfähigkeit zu beurteilen.

Literatur

- 1 American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth edition, Text Revision. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2000
- 2 Beck AT, Steer RA, Brown GK: BDI-II. Beck-Depressions-Inventar. Manual. 2. Auflage. Frankfurt/M.: Harcourt Test Services, 2006
- 3 Becker P: Die wesentliche Bedingung - aus juristischer Sicht. MedSach (2007), 103: 92–97
- 4 Becker P: Das professionelle Gutachten – Anforderungen aus rechtlicher Sicht. MedSach (2008), 105: 85–92
- 5 Bush SS, Ruff RM, Tröster AI, Barth JT, Koffler SP, Pliskin NH, Reynolds CR, Silver CH: Diagnostik der Beschwerdendvalidität: Praktische Gesichtspunkte und medizinische Erfordernisse. Neurologie & Rehabilitation (2006), 12: 69–74
- 6 Butcher JN, Graham JR, Fowler RD: Special series: The MMPI-2. Journal of Personality Assessment. (1991), 57: 203–204
- 7 Chafetz MD: Malingering on the social security disability consultative exam: Predictors and base rates. Archives of Clinical Neuropsychology (2008), 22: 529–546
- 8 Christianson SA, Engelberg E: Memory and emotional consistency: The MS Estonia ferry disaster. Memory (1999), 7: 471–482
- 9 Cima M, Hollnack S, Kremer K, Knauer E, Schellbach-Matties R, Klein B, Merckelbach H: „Strukturierter Fragebogen Simulierter Symptome“. Die deutsche Version des „Structured Inventory of Malingered Symptomatology: SIMS“. Nervenarzt (2003), 74: 977–986
- 10 Dilling H, Mombour W, Schmidt MH, Schulte-Markwort E: Internationale Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10, Kapitel F). Diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis. 4. Auflage. Bern: Huber, 2006
- 11 Faust D, Guilmette TJ, Hart K, Arkes HR, Fishburne FJ, Davey L: Neuropsychologists' training, experience, and judgment accuracy. Archives of Clinical Neuropsychology (1988), 3: 145–163
- 12 Green P: Green's Word Memory Test. User's Manual. Edmonton: Green's Publishing, 2003
- 13 Greiffenstein MF, Baker WJ: Actual versus reported scholastic achievement of litigating postconcussion and severe closed head injury claimants. Psychological Assessment (2002), 14: 202–208
- 14 Kehrer CA, Sanchez PN, Habif U, Rosenbaum GJ, Townes BD: Effects of a significant-other observer on neuropsychological test performance. The Clinical Neuropsychologist (2000), 14: 67–71
- 15 Larrabee GJ: Detection of malingering using atypical performance patterns on standard neuropsychological tests. The Clinical Neuropsychologist (2003), 17: 410–425
- 16 Merten T, Stevens A, Blaskewitz N: Beschwerdendvalidität und Begutachtung: eine Einführung. Praxis der Rechtspsychologie (2007), 17: 7–28
- 17 Merten T, Friedel E, Mehren G, Stevens A: Über die Validität von Persönlichkeitsprofilen in der nervenärztlichen Begutachtung. Nervenarzt (2007), 78: 511–520
- 18 Merten T, Friedel E, Stevens A: Die Authentizität der Beschwerdenschilderung in der neurologisch-psychiatrischen Begutachtung. Praxis der Rechtspsychologie (2007), 17: 140–155
- 19 Mittenberg W, Patton C, Canyock EM, Condit DC.: Base rates of malingering and symptom exaggeration. Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology (2002), 24: 1094–1102
- 20 National Academy of Neuropsychology: Presence of third party observers during neuropsychological testing. Official position statement of the National Academy of Neuropsychology. Archives of Clinical Neuropsychology (2000), 15: 379–386
- 21 Rogers R (ed.): Clinical assessment of malingering and deception. 2nd edition New York: Guilford, 1997
- 22 Schmand B, Lindeboom J: Amsterdam Short-Term Memory Test – Amsterdamer Kurzzeitgedächtnistest. Manual – Handanweisung. Leiden, NL: PITS, 2005
- 23 Schönberger A, Mehrtens G, Valentin H (Hrsg.): Arbeitsunfall und Berufskrankheit. 7. Auflage. Berlin: E. Schmidt, 2003
- 24 Schwarz ED, Kowalski JM, McNally RJ: Malignant memories: Post-traumatic changes in memory in adults after a school shooting. Journal of Traumatic Stress (1993), 6: 454–553
- 25 Silva JA, Weinstock R, Leong GB: Forensic psychiatric report writing. In R. Rosner (ed.), Principles and practice of forensic psychiatry. 2nd edition. London: Oxford University Press, 2003
- 26 Stevens A, Friedel E, Mehren G, Merten T: Malingering and uncooperativeness in psychiatric and psychological assessment: Prevalence and effects in a German sample of claimants. Psychiatry Research (2008), 157: 191–200
- 27 Tombaugh TN: Test of Memory Malingering (TOMM). North Tonawanda: Multi-Health Systems, 1996
- 28 Trimble M: Somatoform disorders: A medicolegal guide. Cambridge: Cambridge University Press, 2004, pp 29–30
- 29 Wehking E: Verwendung von bei Gelegenheit der Begutachtung erhobenen Befunde aus medizinischer Sicht. MedSach (2001), 97: 57–59