



Rheinfelder Tage «Psychosomatik und Arbeit» 11.12.2014

## Gutachtliche Beschwerdevalidierung bei psychischen/funktionellen Erkrankungen

Dr. med. Stefan Lanquillon<sup>1</sup>, Dipl.-Psych. Thomas Schmidt<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Praxis für Psychiatrie und Psychotherapie, Forensisch-Psychiatrische Begutachtung

<sup>2</sup> Medizinische Psychologie, BG-Kliniken Bergmannstrost Halle (Saale)

bevor es los geht...

*Spezielle Fragestellungen und Wünsche?*

*zum Plan:*

- Einige Begrifflichkeiten
- Wie häufig sind Antwortverzerrungen in der Begutachtung?
- Reicht der „objektive“ psychopathologische Querschnittsbefund aus?
- Mögliche „Bausteine“ einer Konsistenz- und Plausibilitätsprüfung?
- Wissen wir genug über psychopathologische Phänomene?
- Psychologische Testverfahren und „Beschwerdenvalidierungstests“
- Gutachtenbeispiele
- Die Fachgesellschaften zum Einsatz von BVT
- Fazit und praktische Hinweise für eine differenzierte Konsistenz- und Plausibilitätsprüfung

einige Begrifflichkeiten...

**Beschwerdenvalidität** (symptom validity):

- Authentizität präsentierter Symptome, geschilderter Beschwerden, erreichter Ergebnisse in psychologischen Tests

kann eingeschränkt sein durch:

**Simulation** → bewusste auf ein externes Ziel ausgerichtete Vortäuschung von Krankheit oder Beschwerden

**Aggravation** → bewusste und zielgerichtete Erhöhung, Übertreibung, Ausweitung von Beschwerden

} Malingering

**Verdeutlichung** → nicht bewusster Versuch das Gegenüber vom Vorhandensein einer tatsächlichen (schweren) Beeinträchtigung zu überzeugen, z.B. i.R. einer somatoformen Störung oder durch Interaktionsschwierigkeiten mit dem Gutachter bedingt

**Dissimulation** → Herunterspielen oder Verbergen von Beschwerden (bewusst/ unbewusst?)

aber...

- Simulation, Aggravation, Verdeutlichung, Dissimulation beinhalten bereits die Interpretation über Einschätzung subjektiver Bewusstheit/ Steuerbarkeit/ Motive/ Krankheitswertigkeit

<b>Symptombildung</b>	<b>Motiv</b>	
	bewusst	unbewusst
bewusst	Malingering	Artifizielle Störung/ ggf. Verdeutlichung
unbewusst		Somatoforme St./ Dissoziative St.

weiterführend zur Abgrenzung: Widder (2011) Beurteilung der Beschwerdvalidität. In Widder & Gaidzik (Hrsg.) Begutachtung in der Neurologie. Stuttgart: Thieme.

aber...

- Simulation, Aggravation, Verdeutlichung, Dissimulation beinhalten bereits die Interpretation über Einschätzung subjektiver Bewusstheit/ Steuerbarkeit/ Motive/ Krankheitswertigkeit
- nicht klar, ob immer eine strenge konzeptionelle Trennung möglich, wahrscheinlich existieren Übergänge
  - Merckelbach et al. (2011): intendierte Falschaussagen werden später bewusstseinsfern?
- diesbezüglich neutral:

***negative/ positive Antwortverzerrung*** (response bias, feigning)

Merckelbach (2011) The residual effect of feigning: how intentional faking may evolve into a less conscious form of symptom reporting. J Clin Exp Neuropsychol 33:131-9

Merten (2008) Negative Antwortverzerrungen in der Begutachtung. In: Thomann KF, Schröter F, Grosser V (Hrsg) Orthopädisch-unfallchirurgische Begutachtung. Urban & Fischer, München, S 337-346.

Auf welchen Ebenen können Verzerrungen auftreten ?

- kognitive Störungen
- psychische Störungen
- generelle medizinische Probleme
- jede Kombination daraus

## Kombinationen authentischer und vorgetäuschter psychischer Beschwerden

Bedürfnis, psychisch krank zu erscheinen



gesund + vorgetäuschte Krankheit

Aktuelle Krankheit + zusätzliche Symptome gleicher Erkrankung

Aktuelle Krankheit + zusätzliche Symptome anderer Erkrankung

Remission + Symptome gleicher Erkrankung

Remission + Symptome anderer Erkrankung

Bedürfnis, gesund zu erscheinen  
(Dissimulation)

## Reicht der „objektive“ psychopathologische Querschnittsbefund aus?

- Kasuistik mit Videointerview an 22 Gutachter (Dickmann & Broocks, 2006) – chronifizierte mittelgradige Episode mit Therapieresistenz
- 6/22 korrekte Diagnose
- hohe Variabilität der sozialmed. Leistungsbeurteilung und Prognose: ca. 50% vollschichtig leistungsfähig, 50% teilweise oder vollständig aufgehobenes Leistungsvermögen
- Mangelnde Kenntnis der Diagnosesysteme? Unterschiede in Befragungstechnik und Bewertung der geäußerten Beschwerden?

Meins (2010) Grenzen und Irrwege psychiatrischer Begutachtung. Med Sach 106: 153-157

Philipp (2010) Zur Bedeutung der objektivierten Beschwerdeschilderung für die psychiatrische Rentenbegutachtung. Med Sach 106: 181-186



Warum ist das Vortäuschen von psychiatrischen Krankheiten so schwierig zu erkennen und für den Täuscher attraktiv ?

weil psychiatrische Krankheiten -

- Vor allem nach subjektiven Angaben diagnostiziert werden
- Keine organpathologischen Tests zur Validierung der Diagnose vorliegen
- Therapeuten Beschwerden eher glauben, weil ihre Rolle darin besteht, gerade denjenigen zu helfen, die keine Krankheitseinsicht und Widerstand gegen Behandlung zeigen.

Psychiater und Psychologen erkennen nur 50 – 62 % vorgetäuschter Beschwerden in Explorationen !

Ekman P. *Telling Lies: Clues to Deceit in the Marketplace, Politics, and Marriage*. New York: W.W. Norton; 1985.

Rosen J, Mulsant BH, Bruce ML, Mittal V, Fox D. *Actors' portrayals of depression to test interrater reliability in clinical trials*. Am J Psychiatry. 2004;161(10):1909-1911.

Aamodt, Custer: *Who can best catch a liar ? – a metaanalysis of individual differences detecting deception*. Forensic Exam 2006; 15: 6-11

Reicht der „objektive“ psychopathologische Querschnittsbefund aus?

---

## AMDP-System

---

- 100 zu erfassende Symptome
- 20 Symptome durch Fremdbeurteilung (F) erfasst
  - z.B. eingeengtes Denken
- 29 Symptome durch Fremdbeurteilung und/oder Selbstauskunft (SF)
  - z.B. Denkverlangsamung
- 51 Symptome rein durch Selbstauskunft (S) zu beurteilen
  - z.B. Denkhemmung

ein umfassender Befund ist von der Beurteilung subjektiver Informationen abhängig und benötigt (für die Begutachtung) **zusätzliche Methoden** zur Überprüfung

Warum...

Auch Gutachter sind nicht frei von Urteilsverzerrungen:

→ *Soziale Stereotype, implizite Persönlichkeitstheorien, Selbstbestätigungstheorien...*

Hall & Poirier, 2001:

- *Beurteilung der Beschwerdenauthentizität allein nach dem klinischen Eindruck kaum besser als der Zufall*

Rosen et al., 2006:

- *experts only detect about 55% of deception, independent of age or experience*

**aber auch** Faust, 1988:

- *Psychologists poor at identifying malingering when only looking at tests*

Hall & Poirier (2001) Detecting Malingering and Deception. CRC Press, Boca Raton

Faust et al. (1988) Neuropsychologists' capacity to detect adolescent malingerers. Professional Psychology: Research and Practice 19: 508–515

Aamodt & Custer (2006) Who can best catch a liar? - a metaanalysis of individual differences detecting deception. Forensic Exam 5: 6-11

## Mögliche „Bausteine“ einer Konsistenz- und Plausibilitätsprüfung?

- Aktenanalyse
- eigene Exploration und Verhaltensbeobachtung (ggf. mit Fremdanamnese)
- Spezifisches Wissen über die relevanten Störungsbereiche  
→ *Wissen wir genug über psychopathologische Phänomene?*
- Testpsychologische Untersuchung  
→ *Machen spezielle Beschwerdenuvalidierungsverfahren (BVT) Sinn?*

# Wissen wir genug über psychopathologische Phänomene?

*Zwei Methoden zur Validierung psychischer Beschwerden:*

1. Klinische Untersuchung (Eigenanamnese und Beobachtung),  
Quellen zur Vorgeschichte,  
mit nachfolgender Expertenbeurteilung
2. Psychologische Testverfahren mit standardisierter Durchführung  
und statistischer Auswertung

# Beispiel klinischen Vorgehens bei fraglichen Psychosen

zu prüfende Bereiche bei Angabe akustischer Halluzinationen:

<b>Quelle</b>	Innerhalb oder ausserhalb des Kopfes, davor, dahinter, beide Ohren?	— selten
<b>Geschlecht</b>	<u>Männlich oder weiblich?</u> 75 %	— häufig
<b>Alter</b>	Kinder oder Erwachsene?	
<b>Stimmenmerkmale</b>	Einzelne oder mehrere; deutlich, <u>undeutlich, unverständlich</u> ; Sprache;? Lautstärke; affektive Modulation (monoton, freundlich, zornig, drohend etc.)?	7 %
<b>Zeitangaben</b>	Ständig oder intermittierend, Tageszeit –tags-beim Einschlafen-Nachts?	
<b>Vertrautheit</b>	Bekannte oder <u>unbekannte</u> Person, <u>vertraut oder fremd</u> ? 88 %	
<b>Sprachform</b>	Befehle, <u>geschraubte Sprechweise</u> , sprechen in 2. oder 3. Person ?	
<b>Inhalt</b>	<u>Das Verhalten rechtfertigende Inhalte</u> (Betrug, Sexualdelikt, Raub etc.) <u>Imperative Stimmen ohne andere Halluzinationen oder Wahn</u> ?	
<b>Reaktion</b>	Grad der Einsicht, Fähigkeit zu ignorieren, emotionale Reaktion, Antworten oder nicht-verbale Reaktionen ? <u>Befolgen gefährlicher Aufforderungen</u> ?	
<b>Begleitsymptome</b>	<u>Halluzinationen in anderen Modalitäten (olfaktorisch, taktil, visuell), Wahn, andere psychotische Beschwerden, Ich-Störungen, formale Denkstörungen</u> ?	88 %
<b>Veränderbarkeit durch Ablenkung</b>	<u>Abschwächung der Halluzinationen bei Aktivitäten, Anwendung von Coping Techniken</u> ?	
<b>Reaktion auf Medikation</b>	<u>Sofort</u> -langsam-gar nicht; Art der Besserung ?	

## Beispiel klinischen Vorgehens bei fraglichen Psychosen

### Hinweise für mögliche Vortäuschung psychotischer Erkrankung in der Exploration I

- Absurde Symptome
- Suizidgedanken (besonders dramatische)
- Visuelle Halluzinationen, dramatisch, atypisch (z.B. Aliens), schwarz-weiß
- Akust. Hall. undeutlich, unverständlich, wenige Worte, ohne Modulierung, über Stunden, unerträglich; Fehlen von Wahn
- Imperative Stimmen: oft zu kriminellen Taten auffordernd
- Keine oder wenige andere psychotische Symptome (Wahn, andere sensorische Hall., Ich-Störungen)
- Gedächtnisprobleme
- Bunter Strauss von Symptomen, nicht zu einer Diagnose passend
- Fast richtige Antworten (Ganser-Syndrom)
- Schlechte Ergebnisse in (Bedside-)Leistungstests (z.B. MMSE)

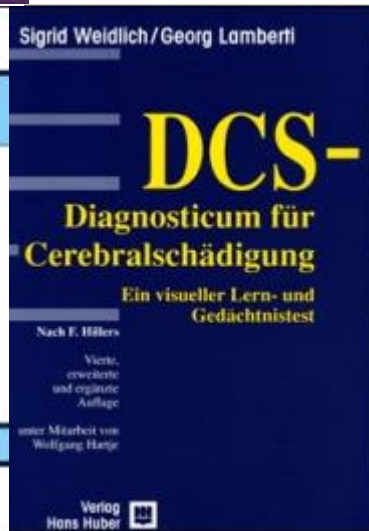
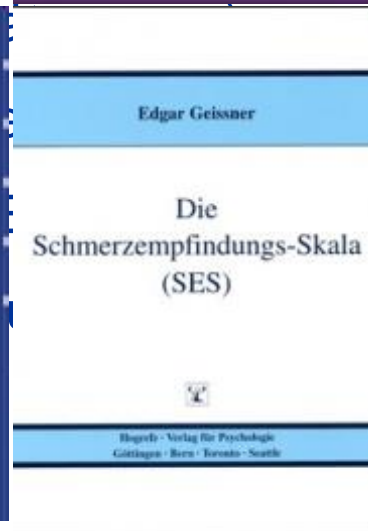
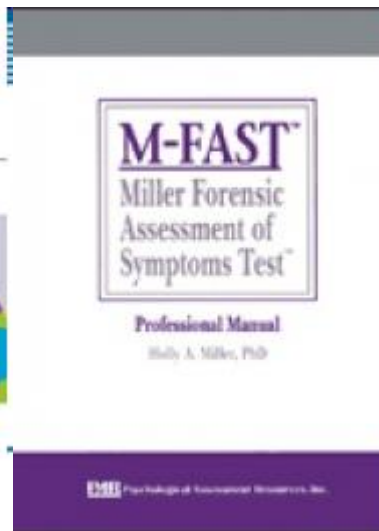
## Beispiel klinischen Vorgehens bei fraglichen Psychosen

### Hinweise für mögliche Vortäuschung psychotischer Erkrankung in der Exploration II

- Fehlen von auf Psychose hinweisende Verhaltensauffälligkeiten
- Auffällige Inkonsistenzen, Widersprüche in der Exploration
- Häufiges Wiederholen der Fragen, sehr langsames, zögerndes Antworten
- Häufiges Antworten mit «Ich weiss nicht» auf einfache Fragen
- Aggressives, einschüchterndes Verhalten, Versuch, die Exploration zu kontrollieren und zu steuern, Ablehnung der Mitarbeit
- Plötzlicher Beginn oder Ende eines Wahns
- Wunsch, über Wahn und Halluzinationen zu reden
- Wahnerleben ohne Auswirkung auf Arbeit, Freizeit, Sozialverhalten



# Psychologische Testverfahren und BVT



ditäts-,

löser,

glich

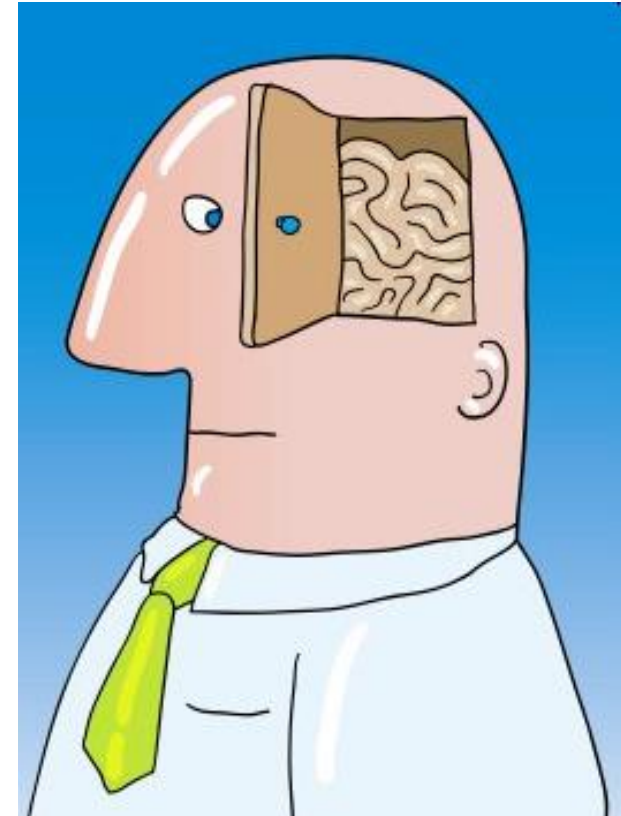
# Psychologische Testverfahren und BVT

## **aber:**

- auch Tests liefern „nur“ wahrscheinlichkeitsbasierte Aussagen („Hinweise auf...“, „sprechen für...“, „im Vergleich zur gewählten Normgruppe ...“), sie liefern keine objektiven Befunde
- häufig ist die Messintention leicht erkennbar (z.B. klinische Skalen) und dadurch auch verfälschbar → Ausweg: spezielle Validitätsskalen und BVT?
- Kenntnisse der Testtheorie und -konstruktion sind wichtig:
  - z.B. *Konstruktionsprinzipien und Stichprobenabhängigkeit der Normdaten müssen kritisch nachvollzogen werden. Je nach zu beurteilendem Fall können einzelne Gütekriterien relevanter sein.*
  - *Klassifikationsgüte (z.B. bei BVT) ist abhängig von der Auftretenswahrscheinlichkeit des gemessenen Merkmals in der Population*

## BVT = Simulationstest?

- Kein Test kann entscheiden, ob der Untersuchte simuliert.
- Tests erlauben keine Aussagen über die Motive hinter der Präsentation oder Testleistung des Untersuchten.
- Die Beurteilung, ob Simulation vorliegt, ist keine wissenschaftliche Beurteilung.
  - *gemessen werden Antwortverzerrungen im Sinne bewusster Täuschung (Feigning)*



Drob et al. (2009) Clinical and conceptual problems in the attribution of malingering in forensic evaluations. J Am Acad Psychiatry Law 37: 98-106

## BVT = BVT?

### a) Neuropsychologische Verfahren

→ z.B. WMT, TOMM, eingebettete Masse, Profilanalysen

### b) “Persönlichkeitstests” mit eingebetteten “Validitätsskalen”

→ z.B. MMPI, PAI

### c) “Simulationsscreenings”

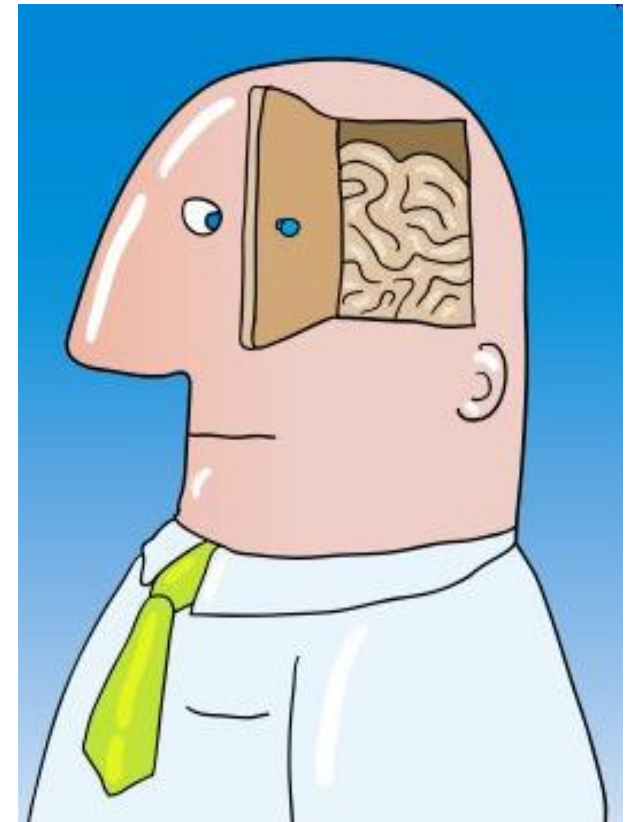
→ z.B. SFSS

### d) Interviewverfahren

→ SIRS

### e) Verfahren für spezielle Störungsbereiche

→ z.B. MENT, Alternativwahlverfahren für Amnesien



Testübersichten:

Kool et al. (2008) Der Einsatz von Beschwerdevalidierungstests in der IV-Abklärung. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen BSV (Forschungsbericht 4/08)

Henry (2009) Beschwerdevalidierungstests in der zivil- und sozialrechtlichen Begutachtung: Verfahrensüberblick. In: Merten T & Dettenborn H (Hrsg) Diagnostik der Beschwerdevalidität. Deutscher Psychologen Verlag.

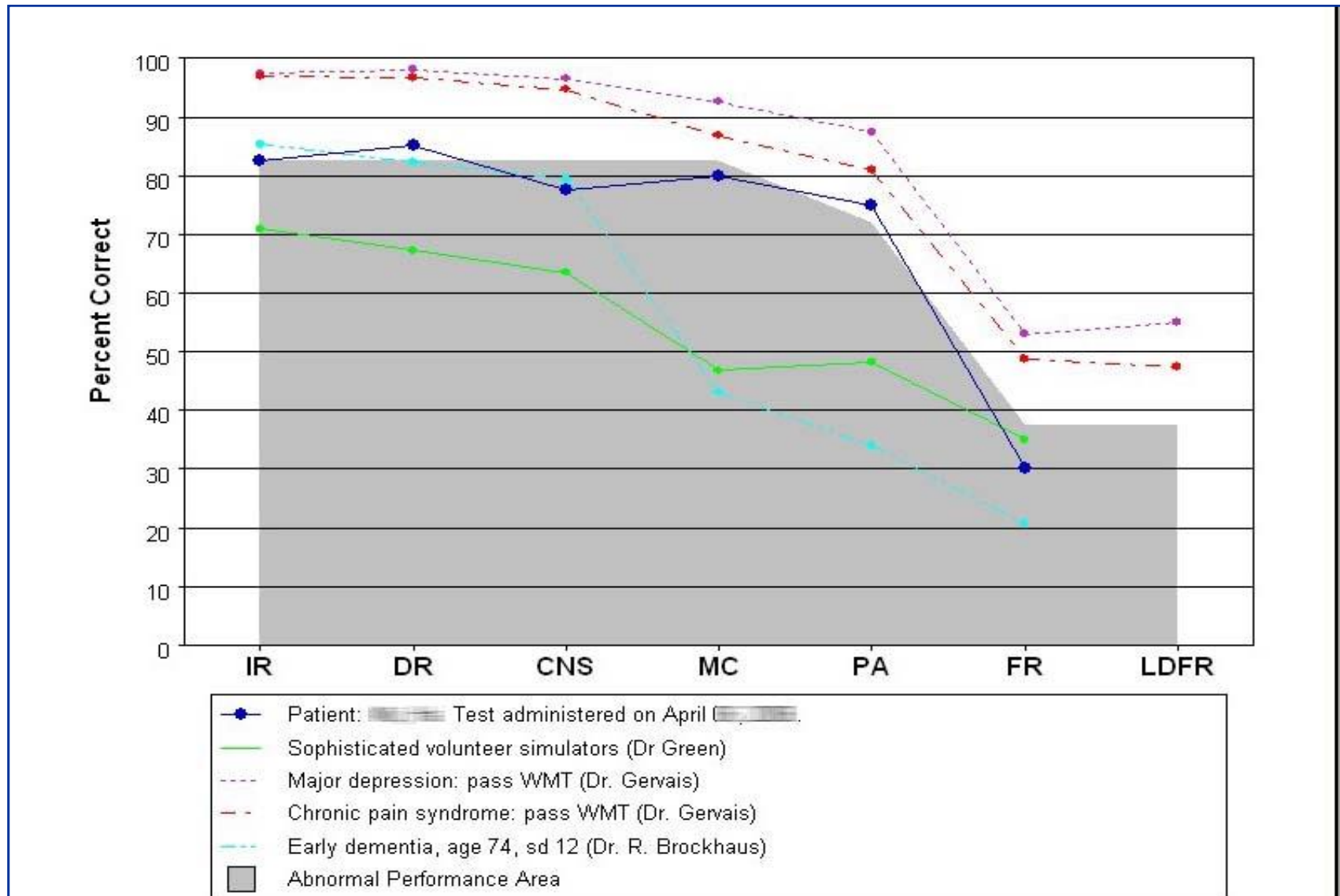
## a) Word Memory Test (WMT)

- Scheinbar schwieriger Lern- und Gedächtnistest, der suboptimales Leistungsverhalten misst
- 20 Wortpaare sollen gelernt werden, die assoziativ miteinander verknüpft und logisch zu erschliessen sind
- verschiedene Wiedererkennens- und Abrufbedingungen
- Cut-offs ca. 3 SD unter Mittelwerten von Pat. mit schweren Hirnverletzungen
- Mittlerweile auch Einsatz bei psychischen Erkrankungen und Schmerzerkrankungen

**Cave:** nicht sensitiv, wenn keine kognitiven Einschränkungen angegeben werden/ nicht spezifisch, wenn Pat. nicht zugänglich für „Leistungstest“

Green P (2005) Word memory test for windows.  
Green Publishing, Edmonton

## a) Word Memory Test (WMT)



## b) Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2

### **aber:**

- oft kritisch bewertete Konstruktionsprinzipien
- sehr aufwändig in Durchführung und Interpretation
- Metaanalysen (z.B. Rogers et al., 2003) auch bei bona fide Pat. Auffälligkeiten in einigen Validitätsskalen
- grosse Variabilität innerhalb klinischer Gruppen → dadurch schwierige Interpretation für individuelle Entscheidungen

→ *Personality Assessment Inventory* (dt. als Verhaltens- und Erlebensinventar VEI) als Alternative?

Hathaway et al. (2000) Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2; Manual. Huber, Göttingen

## c) Strukturierter Fragebogen **simulierter Symptome** (SFSS)

- leicht durchführbarer Selbstbeurteilungsbogen
- 75 Items aus verschiedenen Quellen (z.B. MMPI, SIRS, WAIS-R, Eigenkonstruktionen) - „ja“ vs. „nein“
- Cut-offs für Hinweis auf Antwortverzerrung, Gesamtwert und verschiedene Skalen
- hohe Sensitivität (.87-.95), eher geringe Spezifität (.62-.87)
- dt. Version bisher nicht ausreichend an psychiatrischen Pat. validiert

**Cave:** aus klinischer Erfahrung insbes. bei Depression und kognitiven Einschränkungen häufig falsch positiv

→ allenfalls als Screening brauchbar

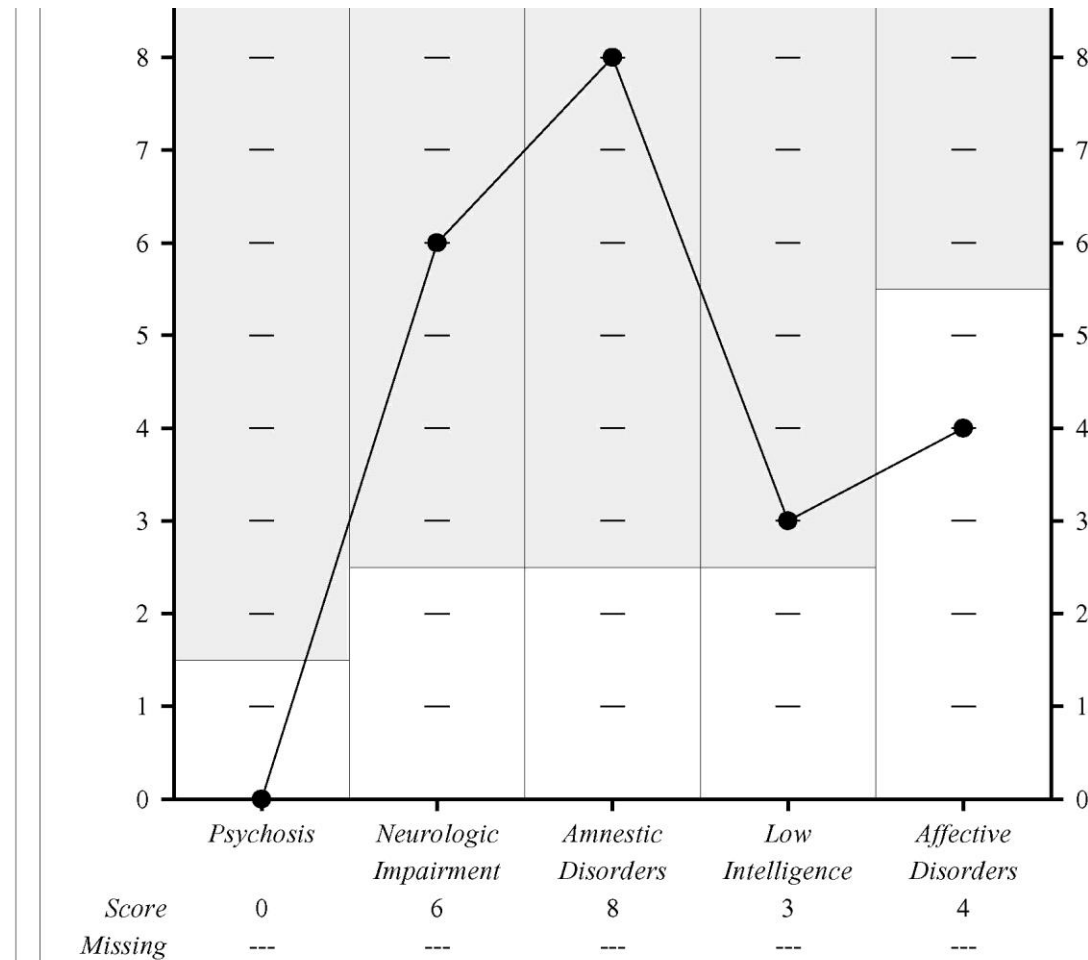
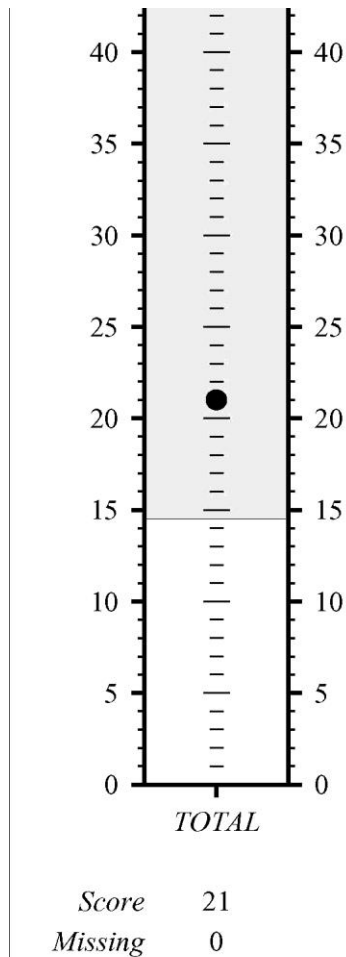
Cima et al. (2003) Strukturierter Fragebogen Simulierter Symptome (SFSS) – Die deutsche Version des Structured Inventory of Malingered Symptomatology: SIMS. Nervenarzt 74: 977-986



## c) Strukturierter Fragebogen **simulierter Symptome** (SFSS)

40. Ich kann mich nicht erinnern, ob ich jemals verheiratet war.  
 ja     nein
41. Ich bin nicht in der Lage, ohne Fehler von 20 bis 1 rückwärts zu zählen.  
 ja     nein
42. Blumen haben magische Kräfte, wie die Fähigkeit, mit Menschen sprechen zu können.  
 ja     nein
43. Das Einschlafen fällt mir nicht schwer, aber ich wache nachts häufig auf.  
 ja     nein
53. Wenn ich mich an etwas nicht mehr erinnern kann, helfen auch keine Tips.  
 ja     nein
54. Mein Geruchssinn hat sich nicht verändert.  
 ja     nein
55. Wenn ich niedergeschlagen bin, können mich meine Freunde oder Hobbies und Interessen wieder aufmuntern.  
 ja     nein
56. Ein Richter und ein Rechtsanwalt sind sich ähnlich: Beide sind Teile des Rechtssystems.  
 ja     nein
66. Ich arbeite langsam und schaffe nur wenig, weil meine Möglichkeiten so begrenzt sind.  
 ja     nein
67. Wenn man 1,50 DM hat und davon 50 Pfennig weggenommen werden, dann behält man 75 Pfennig übrig.  
 ja     nein
68. In der Reihenfolge: 1 – 12 – 123 – ..., wären die nächsten richtigen Ziffern 456.  
 ja     nein
- aber ich kann mich dann kaum bewegen.  
 ja     nein

## c) Strukturierter Fragebogen simulierter Symptome (SFSS)



Cima et al. (2003) Strukturierter Fragebogen Simulierter Symptome (SFSS) – Die deutsche Version des Structured Inventory of Malingered Symptomatology: SIMS. Nervenarzt 74: 977-986

Forderungen an einen für die Validierung von psychiatrischen Beschwerden entwickelten Test

- ✓ ***Spezifische Konstruktion für das Aufdecken vorgetäuschter Symptome psychischer Störungen (nicht post-hoc !)***
- ✓ ***geringe Sensitivität akzeptabel, aber sehr hohe Spezifität (> 90 %) im Vergleich zu Screening-Tests zu fordern***
- ✓ ***in statistischen Gruppenvergleichen validiert zur Anwendung in der Begutachtung von Einzelfällen***

# Testpsychologisch validierte Fragestrategien bei Prüfung auf vorgetäuschte Beschwerden

(nach Rogers SIRS 2008):

<b>1. Seltene Beschwerden</b>	Qualität
<b>2. Symptomkombinationen</b>	Qualität
<b>3. Unwahrscheinliche/absurde B.</b>	Qualität
<b>4. Offensichtliche B.</b>	Quantität
<b>5. Subtile B.</b>	Quantität
<b>6. Selektivität der B.</b>	Quantität
<b>7. Schweregrad der B.</b>	Quantität
<b>8. Berichtete vs. Beobachtete Symptome</b>	Qualität

## d) Structured Interview of Reported Symptoms (SIRS)

Rogers 2010

Strukturiertes Interview Berichteter Beschwerden (SIBB)

(Lanquillon, Schmidt 2012)

- standardisiertes Interview mit integrierter Verhaltensbeobachtung
- Explizit zur Erfassung vorgetäuschter/ übertriebener psychischer Beschwerden entwickelt
- 172 Items (anteilig wiederholt), ca. 45-60 Minuten, 8 Hauptskalen:

Rogers et al. (2010) Structured Interview of Reported Symptoms 2nd Edition (SIRS-2) and professional manual. Psychological Assessment Ressources, Lutz

d) Structured Interview of Reported Symptoms (SIRS)  
Rogers 2010

**1. Seltene Beschwerden:**

- sehr selten von Patienten berichtet.  
Täuscher bejahen oft solche Beschwerden

Beispiel: *“Haben Leute einen seltsamen Geruch an sich?  
Ist das mehr als nur Körpergeruch?”*

d) Structured Interview of Reported Symptoms (SIRS)  
Rogers 2010

## 2. Absurde und ungewöhnliche Beschwerden

Cave: kann für erfahrene Täuscher offensichtlich sein.

Beispiel: “*Fürchten Sie sich ohne eigentlichen Grund vor weichen Gegenständen aus dem Haushalt?*”

## d) Structured Interview of Reported Symptoms (SIRS)

Rogers 2010

### 3. Unwahrscheinliche Beschwerdekombinationen

Die Beschwerden kommen zwar einzeln bei Patienten vor, jedoch nicht in Kombination

Vorteil: Soll gegen Coaching und andere Vorbereitung robust sein.

Beispiel: *“Hatten sie jemals das Gefühl, dass Leute Ihnen folgten?  
Haben Sie damals eine Zunahme Ihres Appetits bemerkt? ”*



d) Structured Interview of Reported Symptoms (SIRS)  
Rogers 2010

## 4. Selektivität der Beschwerden

Nicht-selektives Bejahen einer Vielzahl von Items

Vorteil: Soll gegen Coaching und andere Vorbereitung robust sein.

d) Structured Interview of Reported Symptoms (SIRS)  
Rogers 2010

## 5. Schweregrad der Beschwerden

Bejahen starker Intensität vielfältiger Beschwerden

d) Structured Interview of Reported Symptoms (SIRS)  
Rogers 2010

## 6. und 7. Offensichtliche versus subtile Beschwerden

Beispiel: *“Haben Sie Probleme damit, dass andere Menschen Ihre persönlichen Gedanken lesen?”* (O)

*“Haben Sie Probleme, sich zu motivieren?”* (S)

d) Structured Interview of Reported Symptoms (SIRS)  
Rogers 2010

## 8. Berichtete vs. beobachtete Symptome

Diskrepanz zwischen Angaben und beobachtetem Verhalten.

Beispiel: *“Schauen Sie sich in einem Raum immer um, so dass Sie keine unangenehmen Überraschungen erleben?”*

## d) Structured Interview of Reported Symptoms (SIRS)

zusätzlich Aussagen zu:

- **Abschätzung der Ehrlichkeit:** Bereitschaft zu Offenheit und Selbstöffnung
- **Dissimulation:** Negieren von Beschwerden, die die meisten Menschen bis zu einem gewissen Grad kennen,
- **Überspezifizierte Symptome:** Beschreibung mit unrealistischer Genauigkeit
- **Symptombeginn und -ende:** untypischer Verlauf
- **Inkonsistenz der Symptome:** Antworten auf wiederholte Items

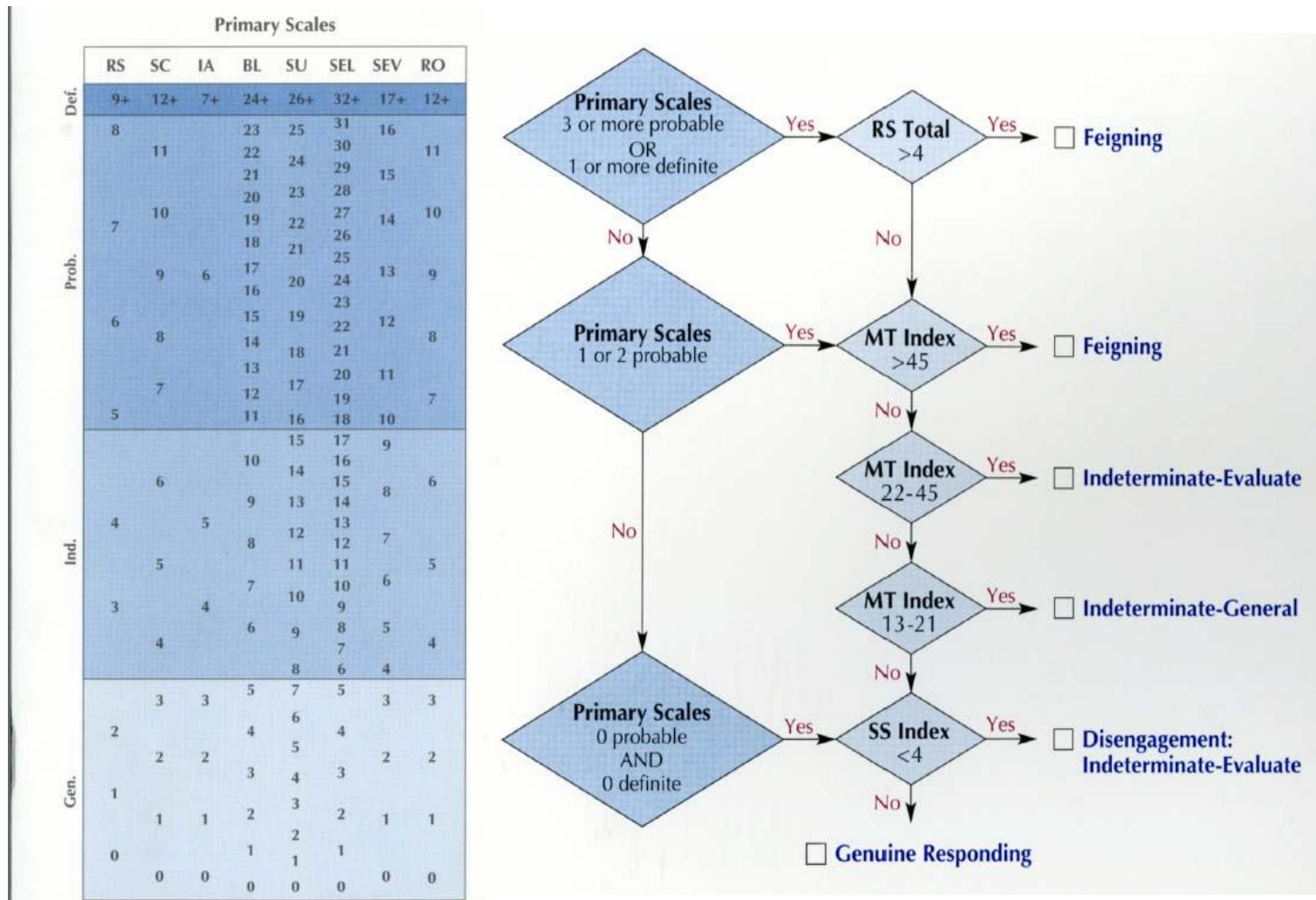
Rogers et al. (2010) Structured Interview of Reported Symptoms 2nd Edition (SIRS-2) and professional manual. Psychological Assessment Resources, Lutz

## d) Structured Interview of Reported Symptoms (SIRS)

- es erfolgt eine Schweregradeinteilung hinsichtlich der Wahrscheinlichkeit von Antwortverzerrungen (dimensionaler Ansatz)
- moderate Sensitivität (48-89%), hohe Spezifität (bis 99.5%)
- für individuelle Fragestellungen geeignet
- „Goldstandard“ zur Validierung anderer BVT, z.B. der Originalversion des SFSS

Rogers et al. (2010) Structured Interview of Reported Symptoms 2nd Edition (SIRS-2) and professional manual. Psychological Assessment Ressources, Lutz

## d) Structured Interview of Reported Symptoms (SIRS)



Rogers et al. (2010) Structured Interview of Reported Symptoms 2nd Edition (SIRS-2) and professional manual. Psychological Assessment Resources, Lutz

## e) Alternativwahlverfahren bei geltend gemachten tatbezogenen Amnesien

- Konstruktion eines individuellen Fragenkatalogs mit Zwangswahl (forced choice)

Item	Alternative 1	Alternative 2
• Welche Farbe hatte die Jacke des Opfers?	→ beige	→ schwarz
• Trug das Opfer eine Brille?	→ Ja	→ Nein
• War die Tür offen, als Sie eintraten?	→ Ja	→ Nein
• Was stand auf dem kleinen Tisch?	→ Erdnüsse	→ Gummibärchen
• Lag das Geld in einem Couvert?	→ Ja	→ Nein
• Welche Form hatte der Aschenbecher?	→ rund	→ quadratisch



## e) Alternativwahlverfahren bei geltend gemachten tatbezogenen Amnesien

- bei vollständiger Amnesie, würde die Anzahl der richtigen Antworten im Zufallsbereich liegen
- bei 2-Antwortalternativen folgt die Punktzahl einer Binomialverteilung

Anzahl richtiger Antworten (bei 100 Items/ Ratenwahrscheinlichkeit 50%)	Kumulative Wahrscheinlichkeit bei zweiseitiger Fragestellung
44	.271
43	.193
42	.133
41	.089
40	.057
39	.035
38	.021
37	.012

Giger & Merten (2009) Alternativwahlverfahren in der straf- und zivilrechtlichen Begutachtung. In: Merten & Dettenborn (Hrsg) Diagnostik der Beschwerdenuvalidität. Deutscher Psychologen Verlag, Berlin S 118-161

~~„Es ergaben sich keine Hinweise auf Simulation oder Aggravation.“~~

sondern...

# Differenzierte Analyse verschiedener Konsistenzebenen...

(nach Dohrenbusch & Schneider, 2011; Dohrenbusch et al., 2011)

- ☑ Konsistenz in der Aktenlage selbst (Vorbefunde)
- ☑ Konsistenz in den explorierten Angaben
  - z.B. *Widersprüche zwischen angegebenen Beschwerden und Alltagsbeeinträchtigung/ Beruf/ Freizeit*
- ☑ Konsistenz von Beschwerdenschilderung und Verhaltensbeobachtung
  - z.B. *Klagen über Konzentrationsstörung, berichtet aber mehrere Stunden gleich bleibend konzentriert*
- ☑ Konsistenz von Daten aus der Begutachtung und Vorbefunden/  
Fremdanamnese

## Differenzierte Analyse verschiedener Konsistenzebenen...

- ☑ Konsistenz von Exploration/ Verhaltensbeobachtung und gesichertem Expertenwissen bzw. medizinischen

### Gesetzmässigkeiten

- z.B. *sehr detaillierter Bericht über ein vorgeblich traumatisierendes Ereignis*
- unwahrscheinliche Beschwerdenkonstellationen

- ☑ Gibt es sekundäre Motive

- z.B. *Absicherung durch Rentenleistung, Abmilderungen von Sanktionen*

- ☑ Hinweis auf eine spezifische Gegenübertragungsreaktion

- *Gefühl des Unechten, fehlende Stimmigkeit der Angaben*

## Differenzierte Analyse verschiedener Konsistenzebenen...

### ***unter Zuhilfenahme von testpsychologischen Methoden:***

#### Testverhalten selbst

→ z.B. *lange Antwortlatenzen bei Fragebögen, übertrieben langsame Reaktionszeiten*

#### Konsistenz von explorierten Angaben/Verhaltensbeobachtung und Testergebnissen

→ z.B. *nach Testergebnis schwer depressiv, im Gespräch aber gut auflockerbar und schwingungsfähig*

#### Konsistenz von konvergenten Massen aus verschiedenen Testverfahren

## Differenzierte Analyse verschiedener Konsistenzebenen...

### ***unter Zuhilfenahme von testpsychologischen Methoden:***

#### Verwendung von Kontrollskalen in Testverfahren

→ z.B. *Validitätsskalen im MMPI-2/ VEI oder Offenheitsskala im FPI-R als Mass der sozialen Erwünschtheit*

#### Verwendung spezifischer Beschwerdenuvalidierungsverfahren

Dohrenbusch & Schneider (2011) Integration psychologischer Testergebnisse in die Begutachtung psychischer Erkrankungen. *Versicherungsmed.* 63: 76-80

Dohrenbusch et al. (2011) Die Beurteilung von Aggravation und Dissimulation in der Begutachtung psychischer und psychosomat. Störungen. *Versicherungsmed.* 63: 81-85

## Fallbeispiel 1 : Beurteilung der Verhandlungsfähigkeit

# Procès d'un cabaretier accusé de proxénétisme



## Fallbeispiel 1: Gutachten über Verhandlungsfähigkeit

Fragen des Gerichtes:

- *Ist Explorand X jetzt verhandlungsfähig ?*
- *War Explorand X zum Zeitpunkt der abgesagten Verhandlung tatsächlich krank und verhandlungsunfähig ?*
- *Hat Explorand X evtl. Beschwerden simuliert ?*

**Vordiagnose:**

Depressive Störung, akut durch Stressoren verschlechtert mit Suizid-Gedanken



## Fallbeispiel 1: Gutachten über Verhandlungsfähigkeit

Testung:

**1. lange Exploration** mit Beobachtung der kognitiven Funktionen, bsd. Ausdauer, Konzentration, schlussfolgerndem Denken; Beobachtung Psychomotorik.

### **2. formale Testung kognitiven Leistungsverhaltens**

eingesetzter Test:

- a) Untersuchung der visuellen Lern- und Gedächtnisleistung  
Diagnostikum für Cerebralschädigung DCS (nach Weidlich und Lamberti)
- b) Verzicht auf d2-test

### **3. Prüfung der Tendenz zur Vortäuschung psychopathologischer Symptome**

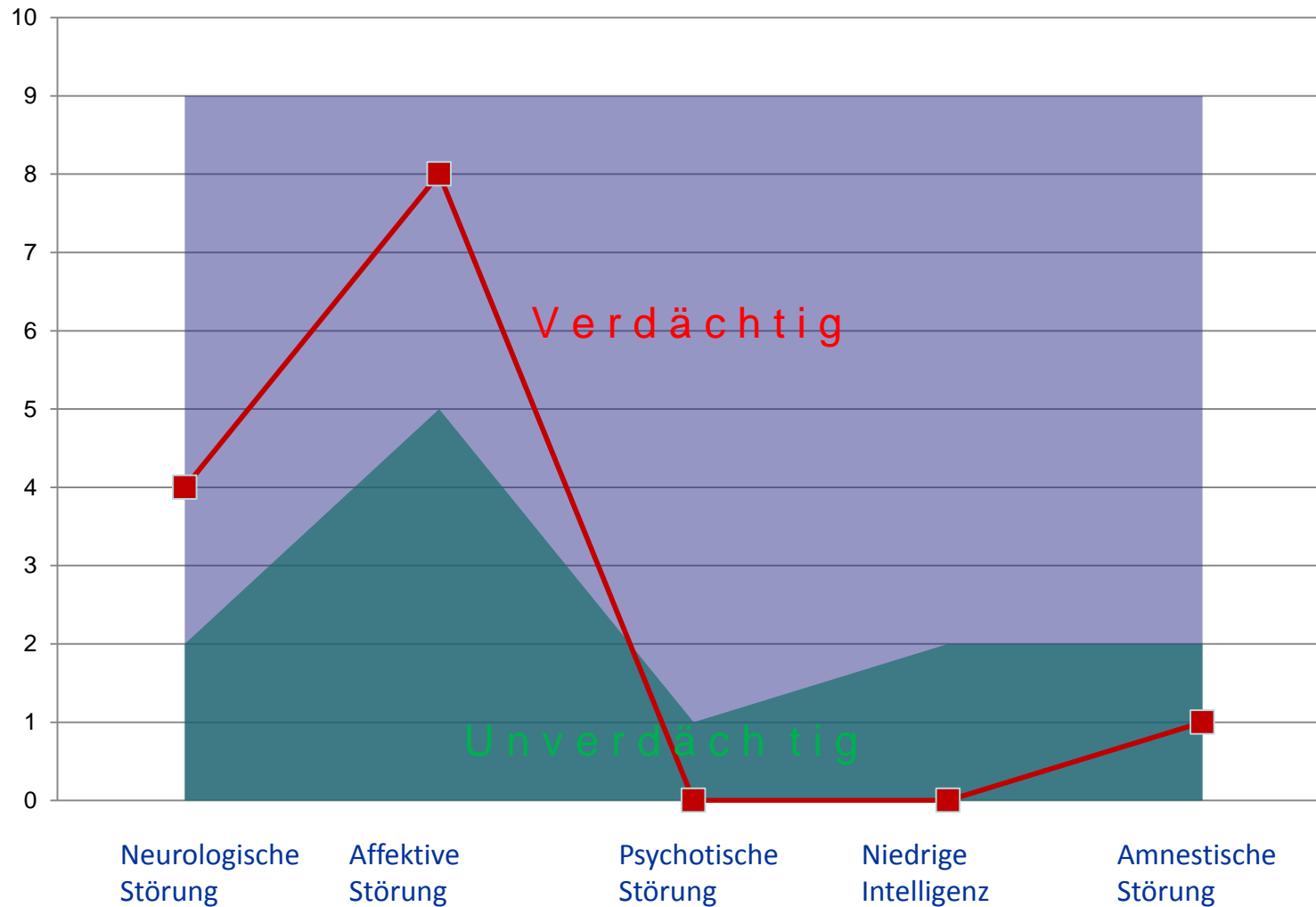
eingesetzte Tests:

- a) Strukturierter Fragebogen Simulierter Symptome (SFSS, deutschsprachige Version von Cima)
- b) Strukturiertes Interview Berichteter Beschwerden (SIBB, deutschsprachige Version von Lanquillon und Schmidt 2012)

## Ergebnisse :

1. Exploration: Verhalten und Beschwerdeschilderung in allen Bereichen vereinbar mit den Beschwerden im gutachtlichen Zeitraum
2. DCS: Leistung in der 90 % Percentile = überdurchschnittlich, nur einige Fehlreproduktionen, vereinbar mit schmerzbedingter Ungeduld
3. Testergebnisse und Interpretation ?

## Ergebnisse des Exploranden X ■ im SFSS

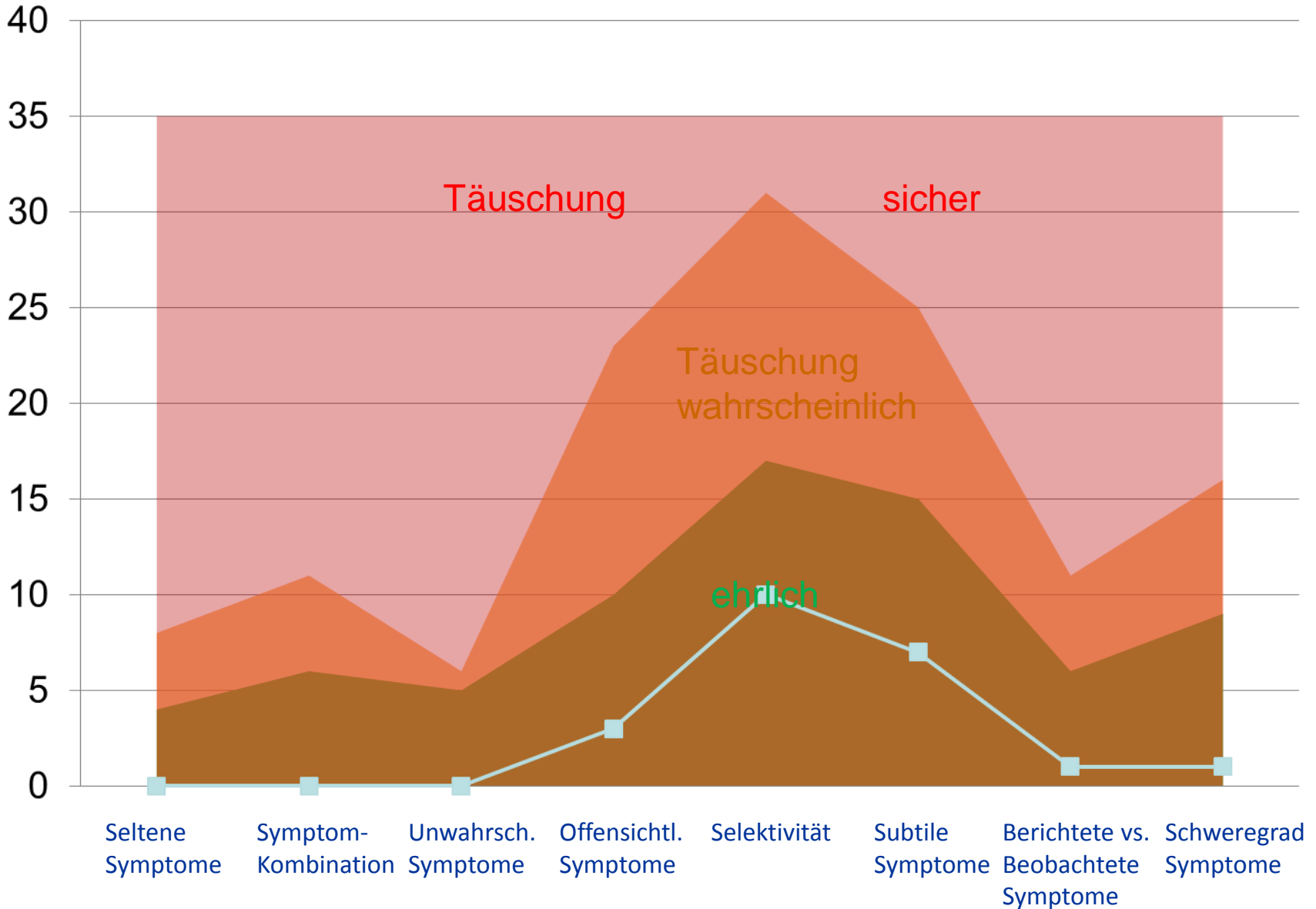


## Vom Exploranden X im SFSS bejahte Items, die im Summenscore V.a. Täuschung ergeben

### Affektive Beschwerden:

- Ich lache selten
- Manchmal bin ich so deprimiert, dass ich mich nach einem Bett sehne, um die schlechte Stimmung wegzuschlafen
- Ich kann schlecht schlafen
- Im Verlauf des Tages wird meine Stimmung immer schlechter
- Das Einschlafen fällt mir nicht schwer, aber ich wache nachts häufig auf
- Es scheint, dass ich nicht mehr die Energie habe, die ich früher immer gehabt habe.
- Wenn ich niedergeschlagen bin, können mich meine Freunde, oder Hobbies und Interessen nicht wieder aufmuntern.
- Es kommt mir so vor, als ob ich meine Gefühle nicht äussern kann.

## Ergebnisse des Exploranden X im SIBB (SIRS)



## Fall 2 - Überprüfung des Anspruches auf IV-Rente

Frage: Hat der 52 jährige ehemalige Kleinunternehmer seine psychische Erkrankung vorgetäuscht, um eine IV-Rente zu erhalten ?  
Zweifel entstanden seitens IV aufgrund von Video-Observationen

Vordiagnose:

**Chronifizierte Depressive Störung mittleren bis schweren Grades mit Suizidgedanken**

**Vorgeschichte:** 12 Jahre zuvor hatte der Handwerker eine Firma für spezielle Schweissarbeiten. Eines Tages erlitt er bei Gartenarbeit (verschiedene Unfallversionen) eine Distorsion des Fuss-OSG. Unter konservativer Therapie vollständige Heilung.

Er klagte dann über andauernde Schmerzen im Knöchel und Fuss, so dass er nur hinken konnte und Gehstützen benötigte. Trotz aller medizinischen Therapien inklusive zwei chirurgischen Eingriffen keine Besserung. Darauf wurde von Spezialisten das Spektrum von CRPS bis Simulation diskutiert. Nach Einstellung der Zahlungen durch die SUVA wegen Arbeitsfähigkeit suchte er einen Psychiater auf und gab seit 9 Jahren bestehende depressive Symptome an. Bei psychiatrisch festgestellter 100% AUF erkannte IV auf Leistungsanspruch.

## Fall 2 - Überprüfung des Anspruches auf IV-Rente

### Vorgeschichte (Fortsetzung):

Bei psychiatrischen Begutachtungen zeigte er ein depressives Bild, das nahezu alle Symptome des depressiven Spektrums ausser psychotischen umfasste.

Er berichtete auch häufige suizidale Gedanken, wies auf nahezu völligen sozialen Rückzug, Anhedonie, Interesseverlust, Antriebsverlust hin, so dass er meist an das Haus gebunden blieb.

### Observation zwei Jahre zuvor:

Sehr aktiv, intensive Reisetätigkeit in Europa, verhandelte mit Personen. Trotz der von ihm angegebenen finanziellen Not verfügte er über Luxusartikel, teure Autos.

Trotz seiner Angaben, er habe sich wegen seiner Unerträglichkeit für seine Frau geschieden und sei ausgezogen, ergaben Telefonaufnahmen herzliche Gespräche mit der Ehefrau. Er zog wieder bei ihr ein. Die Ehefrau hatte früher alle von ihm berichteten Symptome bestätigt, und dass sie das Leben mit ihm in seinem Zustand unerträglich fand.

## Fall 2 - Überprüfung des Anspruches auf IV-Rente

Untersuchung:

**Exploration: Mit welchem Verhalten würden Sie rechnen, worauf achten ?**



## Fall 2 - Überprüfung des Anspruches auf IV-Rente

### Untersuchung:

Exploration: aufmerksam, konzentriert, rasche Antworten,  
5 Stunden selbstbewusst, sarkastisch, gelegentlich  
herablassend. Unterstellt, dass der Gutachter  
befangen ist, da durch die Behörden bezahlt.

**Tests: Welche würden Sie anordnen ? Hypothesen zum  
Testverhalten und den Resultaten ?**

## Fall 2 - Überprüfung des Anspruches auf IV-Rente

### Untersuchung:

Kognitive Testung von Konzentration, Merkfähigkeit, logischem Denken:

**Durchschnittliche bis überdurchschnittliche Ergebnisse**

SFSS und SIBB:

**unauffälliges Antwortmuster**

**Wie erklärte der Untersuchte seine Leistung ?**

## Fall 2 - Überprüfung des Anspruches auf IV-Rente

### Erklärung des Untersuchten für seine Ergebnisse:

Zyklischer Verlauf der Beschwerden:

Meistens depressiver, reizbarer, lethargischer Zustand über Tage bis Wochen. Gelegentlich plötzlich Tage mit nahezu Beschwerdefreiheit und guter Leistungsfähigkeit.

An den zwei Tagen der Begutachtung hätten Psychiater und Psychologe ihn gerade in einer guten Phase angetroffen.

Er sei meist depressiv, habe nie gesagt, er könne nicht arbeiten. Die Ärzte müssten seine Angaben missverstanden haben. Sie hätten schliesslich die Invalidität festgestellt, nicht er.

Er fügte hinzu, das Ergebnis dieser Begutachtung sei ihm egal, weil er gerade ein anderes Gutachten erhalten habe, das bestätige, seine Schmerzen seien vereinbar mit einem CRPS. Er wolle nun die Versicherung auf Zahlung verklagen.

## Fall 2 - Überprüfung des Anspruches auf IV-Rente

**Welche Auffassung haben Sie als Gutachter ?**

## Fall 3 - Ein verwirrter Ausländer in Ausschaffungshaft nach Ablehnung des Asylantrages

### Vorgeschichte:

4 Tage nach Beginn der Haft fiel er durch Verwirrtheit und bizarres Verhalten auf. Aufnahme in die psychiatrische Klinik.

### Untersuchung:

50jähriger in gutem AZ, guter Augenkontakt. Runzelte die Stirn und sprach nur auf direkte Ansprache. Sagte seinen Namen mit grosser Mühe. Eine Pflegefachperson gleicher Sprache erhielt einige Antworten. Dabei sprach er auf bizarre Weise, die als literarisch-gehoben oder verwirrt beeindruckte.

Er gab nur Beruf und Heimatland an. Keine Reaktion auf klinische Tests kognitiver Funktionen. Er war unfähig, Bewegungen nachzumachen und versagte im Luria Hand-Test für motorisch-exekutive Funktionen. Als er nach der Zeit gefragt wurde, schaute er zur Wanduhr und antwortete nicht. Er wirkte distanziert, aber nicht reizbar oder feindselig.

**Was tun Sie als nächstes ?**

## Fall 3 - Ein verwirrter Ausländer in Ausschaffungshaft nach Ablehnung des Asylantrages

### Zusatzuntersuchungen:

MRI: oB

EEG: oB

CSF: oB

Lab: oB

Wie weiter ?

## Fall 3 - Ein verwirrter Ausländer in Ausschaffungshaft nach Ablehnung des Asylantrages

Exploration mittels Übersetzer:

Keine Antwort

Wie weiter ?

## Fall 3 - Ein verwirrter Ausländer in Ausschaffungshaft nach Ablehnung des Asylantrages

### Anfrage beim BfM:

Herr K. hatte bei Befragung durch das BfM detailliert auf deutsch geantwortet ohne Hinweise für eine psychische Störung. Er beantragte aus Verfolgungsgründen Asyl in der Schweiz. Das BfM lehnte den Antrag ab, organisierte aber eine Aufenthaltsbewilligung in einem anderen Land. Herr K. zeigte sich unzufrieden, lehnte ab und wurde darauf bis zur Ausschaffung in Haft genommen.

**Wie weiter vorgehen ?**



## Fall 3 - Ein verwirrter Ausländer in Ausschaffungshaft nach Ablehnung des Asylantrages

1. **Supervision - Was empfahl der Supervisor ?**
2. **Erneute Exploration mit anderem Übersetzer, der zuvor informiert wurde über die Problematik und mögliche Reaktionen während der Untersuchung**

K. reagierte zuerst wie zuvor. Der Arzt wandte sich dann an den Übersetzer und sagte, dass leider wegen offensichtlicher Sprachprobleme keine Verständigung möglich sei. Daher könne auch keine Diagnostik erfolgen. Das Behandlungsteam könne so leider nicht helfen. Daher sei es das beste, Herrn K. in seine Hauptstadt fliegen zu lassen, wo muttersprachliche Psychiater verfügbar seien. Der Arzt wandte sich an K., bedauerte und wünschte ihm für seine Zukunft alles Gute (auf Deutsch)

**Wie reagierte K.?**

... alles nur die richtige Technik?

die Grundhaltung nicht vergessen...

- Selbstreflexion der Gutachterrolle
- balancierte gutachterliche Haltung zwischen Vertrauen und Misstrauen
- ein „erster Eindruck“ ist wichtig, muss aber überprüft werden
- Empathie aber auch Konfrontation (Ethik)
- auf Inkonsistenzen achten, aber auch differenziert interpretieren, manche Inkonsistenzen lösen sich auf
- neutrale und klare Darstellung (Aggravation, Vortäuschung auch als solche benennen)
- Zweifel und Unsicherheiten dokumentieren – keine Beurteilungssicherheit suggerieren!

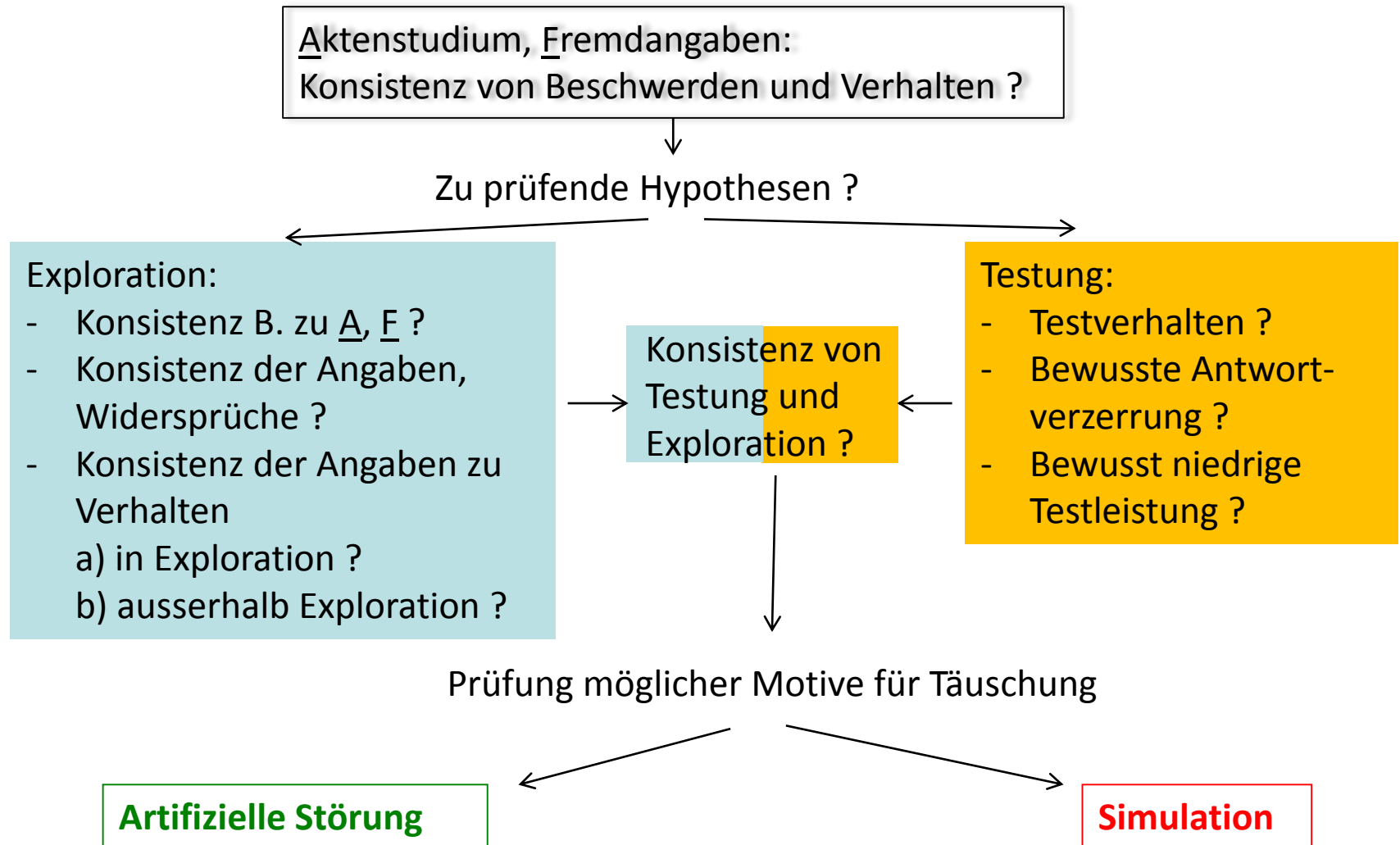


(nach P. Henningsen, TU München)

## Fazit

- *den* standardisierten Weg einer Beschwerdenuvalidierung kann es nicht geben
- Begutachtung bleibt ein individuell geprägter Prozess, der aber nachvollziehbar und transparent sein sollte
- es sollten möglichst unterschiedliche diagnostische Zugänge einbezogen werden, um Fehler zu minimieren
- psychologische Testverfahren und BVT können nützliche Zusatzinformationen geben, vor allem, wenn auf anderen Ebenen Inkonsistenzen auffallen

# Kombination von klinischen und testpsychologischen Verfahren



## ...zum Weiterlesen

- Rogers, R. (Ed.) Clinical Assessment of Malingering and Deception (2008). Guilford Press: New York. (Buch)
- Halligan, P. et al. (Eds.) Malingering and Illness Deception (2003). Oxford University Press: New York.
- Hall, H.V. & Poirier, J.G. Detecting Malingering and Deception: Forensic Distortion Analysis, Second Edition: Forensic Distortion Analysis and Deception (2001). CRC Press: Boca Raton.
- Merten, T. & Dettenborn, H. (Hrsg.) Diagnostik der Beschwerdenvalidität (2009). Deutscher Psychologen Verlag: Berlin.
- Merten, T. Beschwerdenvalidierung (2013) (Buch)
- Young G. Malingering, Feigning and Response Bias in Psychiatric/Psychological injury..... (2014) (Buch)

## ...zum Weiterlesen

- Der Einsatz von Beschwerdevalidierungstests in der IV-Abklärung  
Forschungsbericht Nr. 4/08; Bundesamt für Sozialversicherung 2008
- Cima M et al.: Strukturierter Fragebogen Simulierter Symptome“  
Die deutsche Version des „Structured Inventory of Malingered  
Symptomatology: SIMS“. Nervenarzt 2003 · 74:977–986
- Merten T.: Beschwerdenuvalidierung bei der Begutachtung kognitiver  
und psychischer Störungen. Fortschr Neurol Psychiat 2011
- Rubenzer S.: Posttraumatic Stress Disorder: Assessing Response  
Style and Malingering. Psychol. Inj. and Law 2009 2:114–142
- Egle U T et al.: Begutachtung bei Posttraumatischer  
Belastungsstörung mit Leitsymptom Schmerz. Schmerz 2014: 1-10

...und ein Anhang zum Nachschlagen, Nachlesen:

Vorschlag für die Klassifikation vorgetäuschter psychischer Störungen I (Rogers 2008)

A. Ein Muster berichteter Symptome, die mindestens eines der folgenden beinhalten:

1. Ungewöhnlich *hohe Zahl seltener Symptome*, die selten von echten Patienten genannt werden.
2. Ungewöhnlich *hohe Zahl offensichtlicher Symptome*, die von Laien als typisch für schwere psychische Störungen gesehen werden. (Zum Vergleich sollte man auch nach Symptomen fragen, die für Laien nicht offensichtliche Zeichen psychischer Störungen sind, z.B. Früherwachen)
3. Nicht-selektive Angabe einer ungewöhnlich *hohen Anzahl vielfältiger Symptome*
4. Angabe absurder Symptome (Nicht anwendbar bei akut psychotischen Patienten)



## Vorschlag für die Klassifikation vorgetäuschter psychischer Störungen II (Rogers 2008)

B. Hinweise auf vorgetäuschte Symptome durch mindestens eines der folgenden:

1. Fremdangaben, die auf Vortäuschen hinweisen.
2. Diskrepanz zwischen eigenen Angaben zur Vorgeschichte und Aktenlage.
3. Eindeutige Belege für Vortäuschung anhand standardisierter Verfahren wie MMPI und SIRS

C. Evidenz, dass die Vortäuschung nicht ausschliesslich auf dem Wunsch beruht, die Patientenrolle zu erhalten oder Zuwendung im Falle von Patienten mit emotional-instabiler Persönlichkeitsstörung

## Hinweise auf mögliches Vortäuschen von Beschwerden:

- *Diskrepanz* zw. geschilderten Beschwerden und Verhalten in der Untersuchung
- *Missverhältnis* zw. Beschwerdeintensität und Vagheit der Beschreibung
- Angaben zum Krankheitsverlauf wenig präzisierbar
- *Missverhältnis* zw. Beschwerdeintensität und Inanspruchnahme therapeutischer Hilfe
- *Missverhältnis* zw. Beschwerdeintensität und psychosozialem Funktionsniveau
- Appellatives, theatralisches Vorbringen von Beschwerden
- Angaben des Probanden *weichen* von Aktenlage oder Fremdanamnesen *ab*

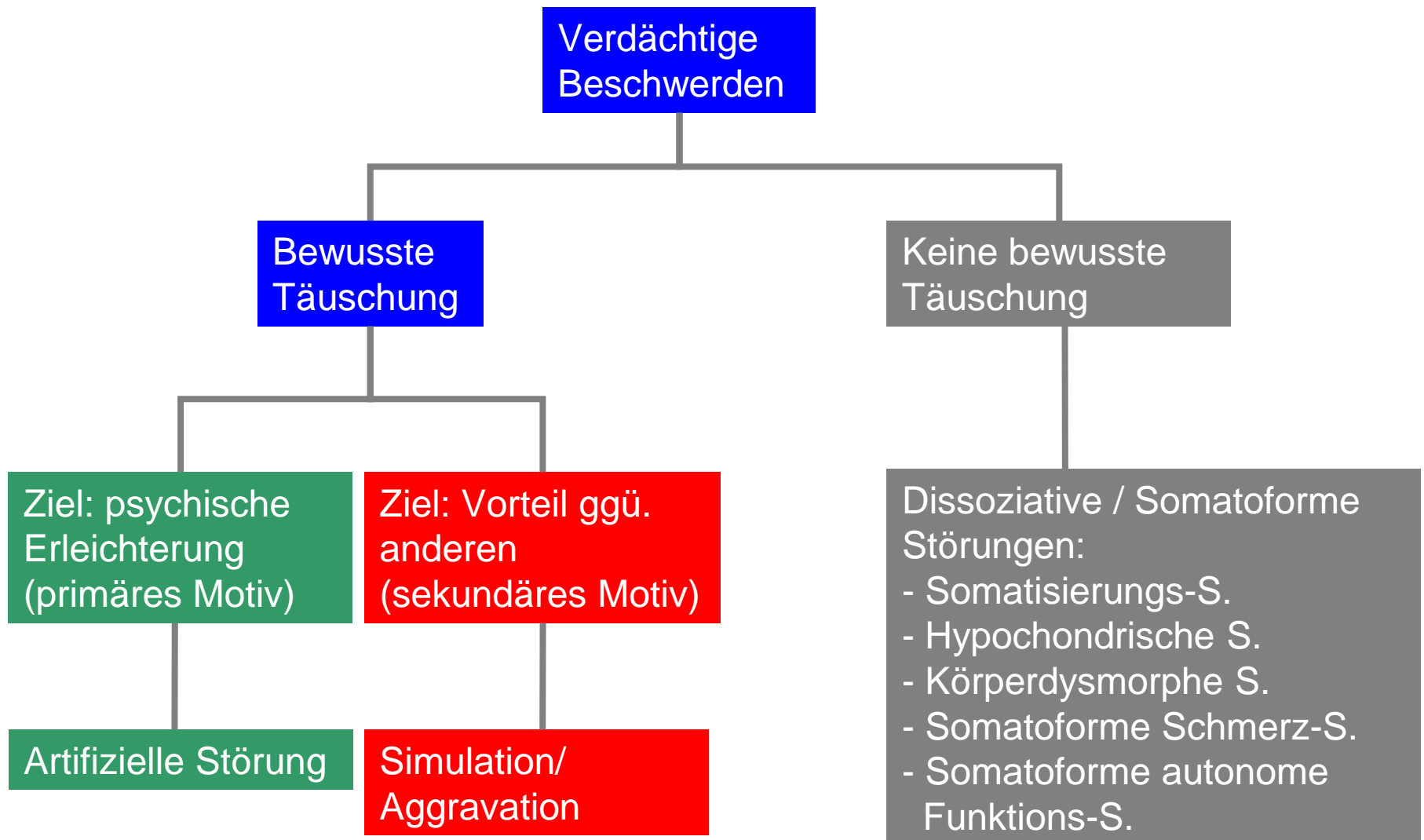
## Kriterien für die Prüfung bei Verdacht auf *simulierte* Psychose (nach Resnick und Knoll 2008)

- A. Belegter äusserer Anreiz zur Täuschung
- B. Ausgeprägte Varianz in der Beschwerdepräsentation, belegt durch mindestens eine der folgenden Auffälligkeiten:
  1. Diskrepanzen zwischen Verhalten in der Untersuchung und ausserhalb
  2. Grobe Inkonsistenzen berichteter psychotischer Beschwerden
  3. Widersprüche zwischen Angaben früherer psychotischer Episoden und dokumentierter Vorgeschichte
- C. Unwahrscheinliche psychiatrische Symptome , belegt durch mindestens eine der folgenden Auffälligkeiten:
  1. Ausgestaltete psychotische Symptome ohne an sich häufige paranoide, grandiose oder religiöse Themen
  2. Plötzliches Auftreten angeblicher psychotischer Symptome, die kriminelles Verhalten erklären
  3. Atypische Halluzinationen oder Wahninhalte
- D. Bestätigung der Simulation durch:
  - Zugeben des Betroffenen oder äussere belegende Fakten
  - (z.B. geselliges Verhalten, sozial kompetentes Verhalten in Freizeit/Beruf)

## Fallstricke für “psychotische” Simulanten (ohne vorheriges Coaching)

- ! Übertriebene Ausgestaltung von Halluzinationen und Wahn
- ! Unkenntnis formaler Denkstörungen
- ! Unfähigkeit zur Simulation affektiver Begleitsymptome
- ! Unkenntnis konkretistischen Denkens
- ! Unkenntnis der interpersonalen Beziehungsstörung bei Psychosen
- ! Annahme, dass Amnesie und Desorientiertheit Merkmale bei Psychosen sind.

## Flussdiagramm bei „verdächtigen“ Beschwerden



# Die Fachgesellschaften und der Einsatz von BVT



*2009: Begutachtungsstandards bei posttraumatischer Belastungsstörung*

- Simulation und Aggravationstendenzen sind bei jeder Begutachtung differentialdiagnostisch zu bedenken
- Der Einsatz (von BVT) zur Simulationsdiagnostik ist nicht als Standard zu fordern, kann in begründeten Einzelfällen aber hilfreiche Zusatzinformationen liefern
- für die Simulationsdiagnostik eingesetzte Verfahren sind im Einzelfall immer in einer kritischen, klinischen Gesamtschau zu bewerten

## Die Fachgesellschaften und der Einsatz von BVT



*2011: Zur Anwendung von Beschwerdvalidierungstests in der psychiatrischen Begutachtung*

- Beschwerdvalidierung ist Kernaufgabe jeder psychiatrischen Begutachtung
- BVT dabei nicht als obligates Qualitätsmerkmal
- sofern BVT zum Einsatz kommen, sind die Ergebnisse immer im Kontext einer gründlichen neurologisch-psychiatrischen Untersuchung zu diskutieren
- zur Kritik werden vor allem Verfahren aus dem neuropsychologischen Bereich angeführt
- Gesamtbeurteilung auf der Grundlage eines umfassenden psychopathologischen Befundes nur von **ärztlicher Seite**

## Die Fachgesellschaften und der Einsatz von BVT



Berufsverband  
Deutscher  
Psychologinnen  
und Psychologen

*2002: Der psychologische Sachverständige im Sozialgerichtsverfahren*

- durch die Testpsychologie können geistige und seelische Prozesse nach dem Stand der Wissenschaft genauer abgebildet werden, als durch klinische Erfahrung und subjektive Einschätzung allein
- Kenntnisse von Grundlagen der Testkonstruktion, statistischen Kennwerten und zugrundeliegenden psychologischen Theorien erforderlich
- Anwendung sollte **Psychologen vorbehalten** sein
- Identifikation von Aggravation und Simulation im psychischen Bereich ist eine schwierige Aufgabe, die in den meisten Fällen verantwortlich nur unter zusätzlicher Einbeziehung der Methoden der Testpsychologie zu leisten ist



## Die Fachgesellschaften und der Einsatz von BVT



Berufsverband  
Deutscher  
Psychologinnen  
und Psychologen

*2002: Der psychologische Sachverständige im Sozialgerichtsverfahren*

- qualifizierte Schlussfolgerungen nur in Kenntnis der Krankheitsgeschichte, ergänzender Exploration und Erhebung eines psychischen Befundes verantwortbar
- Ethische Aspekte: Probanden im Vorfeld darauf hinweisen, dass Diagnostik Verzerrungen erkennen kann

Leitlinien einzelner Berufs- oder Interessenverbände sollten kritisch geprüft werden, ob sie tatsächlich den aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstand wiedergeben (Brockmeyer, 2009).

Brockmeyer (2009). Simulation und Aggravation aus sozialrichterlicher Sicht. In: T. Merten & H. Dettenborn (Hrsg.) Diagnostik der Beschwerdenuvalidität. Berlin: Deutscher Psychologen Verlag.

## Viktor von Weizsäcker 1931: Über den Begriff der Arbeitsfähigkeit (GW Bd. 8, S. 97ff.)

“Wir wünschen **nicht** zu erfahren, ob jemand **will** oder **nicht will**. Gesund ist hier nur jemand, der das Gesollte, nämlich Arbeiten, **wollen kann**; krank jemand, der das Gesollte, nämlich Arbeiten, **nicht wollen kann**”.

“Wenn wir die Arbeitsfähigkeit eines Menschen einschätzen, ist in diesem Urteil immer und unvermeidlich auch eine Einschätzung seiner Willenskraft enthalten. Demnach ist die Arbeitsfähigkeit überhaupt nicht objektiv messbar, ihre Einschätzung ist geradezu ein Akt des eigenen Willens des Urteilenden.”

**In jedem Nicht-Wollen steckt auch ein Nicht-Können  
- und umgekehrt**