

*Ralf Dohrenbusch, Robbi Brockhaus, Simone Bablo, Andrea Diebel, Markus Hieber,
Julia Klöfer, Peggy Lüttich und Andrea Plohmann*

Beweismaß und Befundsicherung – zur Relevanz fachspezifischer Befundsicherungspraktiken für Sachverständige und Sozialgerichte

Zusammenfassung

Beweismaßstäbe betreffen den Grad an Sicherheit, den Richter an die Beurteilung tatsächlicher Sachverhalte anlegen müssen. Der Beitrag untersucht am Beispiel von Beweismaßanforderungen für den Nachweis von Gesundheitsstörungen und Teilhabebeeinträchtigungen, wie sich Beweismaßanforderungen an das Gericht auf Urteils- und Entscheidungsprozesse von Sachverständigen und sich umgekehrt diagnostische Sicherungspraktiken auf die gutachterliche Urteilsbildung und damit letztlich auch auf die sozialrechtliche Beweissicherung auswirken können.

Die Analyse zeigt, dass im Vergleich von psychiatrischer und psychologischer Begutachtung die mess- und testtheoretischen Anforderungen an psychologische Diagnostik dazu beitragen können, dass die Sicherung von Gesundheitsstörungen und Teilhabebeeinträchtigungen durch psychologische Sachverständige zu anderen Ergebnissen führen als die vorwiegend klinische Ausrichtung psychiatrischer Sachverständiger. Validierungsintensive psychologische Begutachtung erhöht die Schwelle für den gesicherten Nachweis von Gesundheitsschäden, verbessert aber zugleich auch die Zuordnungssicherheit und Treffgenauigkeit für den Nachweis anspruchsbegründender Tatsachen. Es kann vermutet werden, dass die unterschiedlichen Sicherungspraktiken psychologischer und medizinischer Sachverständiger Auswirkungen auf die rechtliche Anerkennung anspruchsbegründender Tatsachen durch Gerichte haben.

Schlüsselworte: Vollbeweis, psychologische Diagnostik, Gutachten, Validierung, Befund

Certainty in legal judgment and ascertaining clinical findings – On the relevance of varying methods of psychological and psychiatric behavioral health professionals

Abstract

Triers of fact should exercise a necessary degree of certainty when assessing factual issues offered by professional experts. This article deals with cases in which behavioural health specialists are opining on health disorders and impairment. Interactions between the formation of juridical judgment and health judgment can take place during the process. The perceived necessary degree of legal certainty can influence judgment and decision-making in the health specialists. The manner with which health specialists secure their clinical findings can influence results in the degree of certainty the triers of fact employ in decision-making.

Through a comparison of psychiatric and psychological methods, this analysis shows that the requirements in psychological diagnostics with respect to measurement and test theory can result in a higher degree of certainty in psychological judgments of health disorders and impairment when compared to mainly clinical findings in psychiatric judgments. Accompanied by intensive symptom- and performance validation methods, psychological assessments not only raise the threshold for ascertaining health impairments, but also improve the accuracy of professional diagnostic conclusions offered to the court. These methodological differences can have effects upon legal judgments in the contested issues.

Keywords: full evidence, psychological assessment, expert report, validation, findings

Einleitung

Fragen der Beweiswürdigung und Sicherung anspruchsbegründender Tatsachen stellen sich jedem Richter. In der Sozialgerichtsbarkeit betrifft dies u.a. Fragen zu krankheitsbedingter Arbeits-, Erwerbs- oder Berufsunfähigkeit, zu Schädigungsfolgen, Behinderungen oder anderen Formen der Beeinträchtigung der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft. Tabelle 1 zeigt eine Auswahl sozialrechtlicher Fragestellungen und mögliche Auftraggeber in ihren rechtlichen Bezügen. Sie veranschaulicht die Vielzahl und Komplexität der rechtlich zu sichernden Tatsachen, auf die sich Verwaltungs- und Gerichtsurteile stützen.

Maßgeblich dafür, ob der Nachweis für eine anspruchsbegründende Tatsache erbracht wurde, ist dabei die Überzeugung des Gerichts, das an Beweismaßstäbe gebunden ist. Allgemein bezeichnet ein Beweismaßstab den Grad der Überzeugung, der bei Gericht notwendig ist, damit der Beweis einer streitigen Tatsache gelingt. Im Sozialgerichtsverfahren ist, sofern nichts anderes bestimmt ist, für sämtliche anspruchsbegründenden Tatsachen der Vollbeweis erforderlich. Dieser erfordert nach ständiger Rechtsprechung keine völlige Sicherheit des Gerichts, wohl aber eine an Gewissheit gren-

zende Wahrscheinlichkeit. Entscheidend ist, dass das Gericht die 'volle Überzeugung' gewonnen hat, damit der Vollbeweis geführt ist. Im Sinne des Vollbeweises zu sichern sind praktisch alle anspruchsbegründenden Tatsachen. Dies können Gesundheitsschäden und Gesundheitsstörungen, aber auch deren Auswirkungen auf das Funktions- oder Leistungsniveau bzw. Merkmale der Teilhabe der Betroffenen am Leben in der Gemeinschaft sein.

Table 1: Aufgabenfelder von Sachverständigen in der Sozialgerichtsbarkeit

Gesetzlicher Rahmen	Auftraggeber	Fragestellungen (Beispiele)
Gesetzliche Krankenversicherung SGB V	Sozialgerichte; Versicherungsträger / Krankenkassen Medizinische Dienste der Krankenkassen Bundesagentur für Arbeit	Ist der Versicherte aufgrund von Krankheit oder psychischen Störungen in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt? Konnte die zuletzt ausgeübte Tätigkeiten aufgrund von Gesundheitsstörungen im letzten Jahr dauerhaft nicht ausgeübt werden? Liegt Arbeitsunfähigkeit auch dann vor, wenn die Fortsetzung der bisherigen Tätigkeit nur auf die Gefahr hin möglich ist, dass sich der Gesundheitszustand dadurch verschlechtern würde? Ist eine psychotherapeutische Behandlung oder medizinische Rehabilitation notwendig?
Gesetzliche Rentenversicherung SGB VI	Sozialgerichte; Versicherungsträger / Deutsche Rentenversicherung / Knappschaften	In welchem zeitlichen Umfang ist der Versicherte aufgrund gesundheitlicher Beeinträchtigungen eingeschränkt, einer Erwerbstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nachzugehen? Inwiefern ist die Fähigkeit zu leichter, mittelschwerer oder schwerer Tätigkeit / zu Tätigkeiten mit besonderen Anforderungen an die geistige Leistungsfähigkeit / zu Tätigkeiten im Schichtbetrieb / mit besonderer Verantwortung usw. eingeschränkt? Ist eine berufliche Rehabilitationsmaßnahme indiziert?
Gesetzliche Unfallversicherung SGB VII	Sozialgerichte; Berufsgenossenschaften / Unfallkassen des Bundes, der Länder, der Gemeinden, des Landes und Kommunalbereichs	Welche Gesundheitsstörungen liegen vor? Sind die Gesundheitsstörungen als mittelbare oder unmittelbare Folgen einer Schädigung zu bewerten, die während einer versicherten Tätigkeit erfolgt ist? Welche Maßnahmen zur Behandlung der Unfallfolgen hat die versicherte Person bisher mit welchem Erfolg ergriffen? Wie hoch ist die Minderung der Erwerbsfähigkeit zu veranschlagen? Welche konkurrierenden Kausalfaktoren für die eingetretene Schädigung können gesichert werden?
Kinder und Jugendhilfe SGB VIII	Sozialgerichte; Jugendämter	Ist das Kind / der Jugendliche in seiner körperlichen oder psychosozialen Entwicklung gefährdet? Sind besondere Schutzmaßnahmen notwendig? Ist ein Erziehungsbeistand oder Betreuungshelfer erforderlich, um dem Kind / Jugendlichen bei der Bewältigung von Entwicklungsproblemen (..) zu unterstützen?

Gesetzlicher Rahmen	Auftraggeber	Fragestellungen (Beispiele)
Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen SGB IX	Sozialgerichte; Versorgungsämter	Welche Gesundheitsstörungen liegt vor? Inwiefern ist durch die Gesundheitsstörung die Teilhabe der Versicherten am Leben in der Gemeinschaft beeinträchtigt? Welcher Grad der Behinderung (GdB) liegt vor? Erfüllt die Versicherte die Voraussetzungen für die Zuerkennung des Merkzeichens B (Notwendigkeit ständiger Begleitung)?
Soziale Pflegeversicherung SGB XI	Sozialgerichte; Pflegekassen Krankenkassen	Bedarf die Versicherte wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für wenigstens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe? Ist die zuerkannte Pflegestufe zutreffend?
Soziales Entschädigungsrecht SGB XIV	Sozialgerichte, Versorgungsämter bzw. für die Durchführung des Bundesversorgungsgesetzes zuständige Verwaltung	Welchen körperlichen oder seelischen Gesundheitsschaden hat der Versicherte im Rahmen der Ausübung seiner Tätigkeit als Soldat oder Zivildienstleistender / durch Inhaftierung aus politischen und nach freiheitlich demokratischer Auffassung nicht zu vertretenden Gründen / als Opfer einer Straftat / aufgrund einer durchgeführten Schutzimpfung u.a. erlitten? Welche Auswirkungen hat der Gesundheitsschaden auf die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft?

Wie gelangt das Gericht zur erforderlichen Beweissicherheit?

In § 128 Sozialgerichtsgesetz (SGG) und seinen Kommentaren (Meyer-Ladewig, Keller, Leitherer et al., 2012; Roos, Wahrendorf, Ausprung et al., 2014) sind Anhaltspunkte zur Beweiswürdigung genannt. Demnach muss das Gericht das Gesamtergebnis des Untersuchungsverfahrens zugrunde legen und 'nach freier Überzeugungskraft der jeweiligen Beweismittel und des Beteiligtenvortrags unter Abwägung aller Umstände und einander widersprechender Beweisergebnisse' entscheiden, ob die maßgebenden Tatsachen den jeweiligen Beweisanforderungen genügen. Geboten ist eine 'lebensnahe Beweiswürdigung mit ausgewogenen Ergebnissen.' Dabei darf sich nach § 128 (2) SGG das Urteil nur auf Beweisergebnisse stützen, zu denen sich die Beteiligten äußern können.

Eine maßgebliche Quelle für die Tatsachenfeststellung sind Zeugenaussagen, im Sozialgerichtsprozess vor allem Aussagen der Antrag stellenden Person. Nach Meyer-Ladewig et al. (2012) sind bei der Zeugenvernehmung im Sozialgerichtsprozess diverse Voraussetzungen zu beachten wie z.B. die die Beobachtungsgabe des Zeugen, der Zeitablauf seit der Wahrnehmung des zu beurteilenden Sachverhalts oder ein eigenes Interesse des Zeugen am Ausgang des Rechtsstreits. Orientierend kann sich das Gericht darauf stützen, dass früher gemachte Aussagen keinen prinzipiell höheren Beweiswert haben als spätere (BSG 11.11.03, B 2 U 41/02 R), dass es auch Aussagen eines Zeugen verwenden kann, der am Ausgang des Rechtsstreits interessiert ist (BSG SozR Nr. 14 zu

§ 128 SGG) und dass es bei widersprechenden Angaben die Aussage eines unbeeidigten Zeugen ggf. auch stärker gewichten kann als die eines beeidigten. In schwierigen Fällen kann es Aussagen von Zeugen und von Beteiligten auch ohne Glaubwürdigkeitssachverständigen würdigen und insofern die Entscheidung allein auf den Beteiligungsvortrag stützen, sofern dieser glaubhaft ist, der Lebenserfahrung entspricht und nicht entscheidend anderen festgestellten Tatsachen widerspricht (vgl. § 103 Rn. 7a).

Einbezug psychologischer und medizinischer Gutachter

Gelangt das Gericht zu der Einschätzung, dass die eigene Sachkunde nicht ausreicht, um einen Sachverhalt als gesichert im Sinne eines Vollbeweises zu bewerten, kann es Sachverständige hinzuziehen. Es darf das Gutachtenergebnis aber nicht einfach übernehmen, sondern muss es kritisch nachvollziehen und überprüfen (SGG § 103 Rn. 11).

Ein Kriterium für die Bewertung eines Gutachtens besteht darin, dass es auf den aktuellen medizinischen Erkenntnisstand gestützt sein muss (z.B. BSG 7.4.11, 9 VJ 1/10 R). Gemeint ist damit die Auffassung der Mehrheit der im jeweiligen Fragenbereich veröffentlichenden Wissenschaftler des betreffenden Fachgebiets (BSG 24.7.12, B 2 U 9/11 R). Mutmaßlich betrifft dies auch psychologische Sachverständige, auch wenn darauf in den Kommentaren nicht explizit Bezug genommen wird.

Das Gericht muss aber nicht ausnahmslos der herrschenden medizinischen Lehrmeinung folgen (BSG SozR 3-3850 § 52 Nr. 1), sondern kann im Zweifel in Abwägung der verschiedenen Auffassungen einer nicht nur vereinzelt vertretenen Auffassung folgen (BSGE 96, 196, 201).

Wie das Gericht fachfremd erkennen soll, ob ein Gutachten auf der Grundlage des aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstandes erstellt wurde, ist in den Gesetzeskommentaren nicht konkretisiert. Insbesondere enthält die Rechtsprechung bislang u.W. keine Regelungen zum Umgang mit den fachspezifischen Besonderheiten medizinischer und psychologischer Sachverständiger. Im Folgenden werden diese mit ihren möglichen Auswirkungen auf die richterliche Beweiswürdigung und die rechtliche Bewertung von Anknüpfungstatsachen beschrieben und bewertet.

Bedeutung richterlicher Beweismaßstäbe für Sachverständige

In Abgrenzung zum beauftragenden Gericht sichern Sachverständige in ihren Gutachten keine `Beweise` oder `Tatsachen`, sondern Befunde. Insofern orientieren Sachverständige sich nicht nur in einem anderen begrifflichen und konzeptionellen Rahmen als das Gericht, sie nutzen auch andere Methoden, um ihre Befunde zu sichern. Andererseits sind Sachverständige Berater des Gerichts, das sich mit Bezugnahme auf das Gutachten ein eigenes Urteil bilden soll. Daher ist es naheliegend, dass sich Sachverständige an den Erfordernissen ihrer Auftraggeber zumindest grob orientieren. Bezogen auf unterschiedliche Beweismaßstäbe für das Gericht: Sachverständige sollten erkennen lassen, wie sorgfältig, mit Hilfe welcher Methoden und auf welcher konzeptionellen

und inhaltlichen Ebene sie ihre Ergebnisse und daraus abgeleiteten Befunde gesichert haben.

Diese Forderung ist deshalb begründet, weil in der akademischen Psychologie traditionell andere Maßstäbe an die Sicherung von Befunden über menschliches Erleben und Verhalten angelegt werden als in der Medizin, speziell der Psychiatrie. Deutlich wird dies in diversen Aspekten der Messung, Testung, Validierung und Objektivierung von Beobachtungen und Aussagen über körperliche, psychische und soziale Eigenschaften und Funktionen (z.B. Bühner, 2011; Kubinger, 2003). Demgegenüber bemisst sich die Befundsicherung in der Medizin stärker an der Erkennung von Erkrankungen und darauf bezogener Behandlungen. Im Folgenden werden die fachspezifischen Unterschiede der Befundsicherung bezogen auf Gesundheitsschäden und Krankheitsfolgen ausgeführt.

Gutachterliche Sicherung von Gesundheitsschäden

Die folgende Gegenüberstellung veranschaulicht Unterschiede im diagnostischen Vorgehen und bei der Bewertung gestörter und intakter Funktionen durch medizinische und psychologische Sachverständige, die auf unterschiedliche Inhalte und Schwerpunktsetzungen beider Studiengänge zurückzuführen sind. Diverse sozialrechtliche Fragestellungen können nach unserer Auffassung nur dann in Übereinstimmung mit den rechtlich geforderten wissenschaftlichen Standards beantwortet werden, wenn sowohl medizinisches Krankheits- und Behandlungswissen, als auch psychologisches Wissen zur Diagnostik und Bewertung von Funktionen und Funktionseinschränkungen (Krankheitsfolgen) gleichermaßen in den rechtlichen Bewertungsprozess einbezogen werden. Umso wichtiger ist in diesem Kontext die sich wechselseitig ergänzende Zusammenarbeit beider Berufsgruppen: der Mediziner zur befundlichen Sicherung der Art und Schwere von Krankheiten und Gesundheitsschäden, der Psychologen zur befundlichen Sicherung der Auswirkungen der Erkrankungen oder psychischen Störungen auf Merkmale der Teilhabe (Arbeitsfähigkeit, Erwerbsminderung, Grad der Schädigungsfolgen, Grad der Behinderung usw.).

Medizinische Begutachtungspraxis

Maßgeblich dafür, dass aus ärztlicher Sicht ein Gesundheitsschaden vorliegt, ist der medizinische Befund. Er wird auf Grundlage einer klinischen Untersuchung und weiterer Untersuchungsergebnisse erstellt. Maßgeblich für die medizinische Befundsicherung bei körperlichen Erkrankungen ist es, wie überzeugend ätiologische (z.B. genetische Faktoren, Krankheitserreger, körperliche Schädigungen) und strukturelle Abnormalitäten, Schädigungen oder Dysfunktionen, Merkmale der Pathogenese und Merkmale des klinischen Erscheinungsbildes medizinisch schlüssig ICD-Diagnosen oder nosologisch definierten Erkrankungen zugeordnet werden können. Diese Zuordnung kann nach ärztlichem Verständnis nur eine Ärztin/ ein Arzt aufgrund fachlicher Qualifikati-

on vornehmen. In der Leitlinie zur medizinischen Begutachtung stützt sich die Befundsicherung daher primär auf Qualifikationsanforderungen an Gutachter (DGNB, 2019). Vermutlich hat die exponierte Bedeutung klinischer Parameter in der Medizin dazu beigetragen, dass diese auch von Gerichten als bedeutsam für die Beweiswürdigung bewertet werden. Dafür spricht, dass eine korrekte Diagnosestellung als Voraussetzung für die rechtliche Anerkennung eines Gesundheitsschadens genannt wird (BSGE 96, 196).

Die Vorrangstellung klinischer Kriterien für die Sicherung bzw. Validierung körperlicher Erkrankungen schließt indessen Bewertungsunsicherheiten nicht aus, die sich im Begutachtungskontext z.B. aus Begehrenhaltungen der Probanden ergeben können. Die Ausführungen dazu nehmen aber nur wenig Raum ein. So widmet die AWMF-Leitlinie „Allgemeine Grundlagen der medizinischen Begutachtung“ (DGNB, 2019) der Analyse des Untersuchungsverhaltens und seiner komplexen interaktiven Bedingungen weniger als eine halbe Seite.

Analog dazu macht sich die Überzeugung medizinischer Gutachter, ob eine psychische Störung vorliegt, zunächst an psychopathologischen Kriterien fest (Nedopil, Trott, Lodemann & Scherbaum, 2012). Relevante Beurteilungsgrößen sind der psychische oder psychopathologische Befund (AMDP, 2018) sowie Kriterien der klassifikatorischen Diagnostik nach ICD10 oder DSM5. Zu den mess- und testtheoretischen Voraussetzungen, unter denen die klinischen Informationen erhoben und gesichert werden, enthält die medizinische Literatur vergleichsweise wenig Information. Auch bei psychischen Störungen bilden die Übereinstimmung von Beschwerden mit klassifikatorischen Kriterien nach ICD sowie Auffälligkeiten des psychopathologischen Befundes die wichtigsten Indikatoren für eine Befundsicherung.

Dabei sehen die psychiatrischen Klassifikationssysteme ICD10 und DSM5 Diagnosen auch für den Fall untypischer Merkmalsmuster vor, etwa durch Kategorien wie „Störung, nicht näher bezeichnet“, „sonstige ... (z.B. schizoaffektive) Störungen“ oder vage Beschreibungen von Zustandsbildern (z.B. „gemischt“). Daher kann eine psychische Störung nach klassifikatorischer Diagnostik auch dann als ‚gesichert‘ gelten, wenn ein relativ störungsuntypisches Klageverhalten oder Beschwerdemuster vorliegt.

Zweifel am Krankheitswert von beklagten Beschwerden können auch in verzerrtem Klageverhalten begründet sein. Die medizinische Nomenklatur geht dabei von der Unterscheidung von Verdeutlichungstendenz, Aggravation und Simulation aus (Förster & Weig, 2003). Diese Abstufungen sind zwar begrifflich definiert, aber nicht verbindlich operationalisiert. Ihre Bewertung stützt sich v.a. auf Hilfestellungen zur Eindrucksbildung wie etwa Checklisten mit Indikatoren für mutmaßlich intentional verzerrtes Untersuchungsverhalten (z.B. Fehlen von Detailschilderungen, Formulierung von Aussagen mit sorgfältiger Ambiguität, vgl. DGPPN 2011; Drefßing, Foerster, Schneider, 2018).

Die Notwendigkeit des Einsatzes standardisierter Beschwerdenvalidierungstests zur Kontrolle intentionaler Verzerrungen in der Selbstbeschreibung oder bei der Erfassung von Funktionen und Fähigkeiten wird zumindest in der psychiatrischen Begutachtung verneint. In einer Stellungnahme bezweifelt die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie,

Psychotherapie und Nervenheilkunde (2011), dass solche Verfahren zur Beurteilung willentlicher Antwortverzerrungen geeignet seien und steht damit u.E. im Widerspruch zu international gesicherten wissenschaftlichen Erkenntnissen. Aus Sicht der DGPPN sind solche Verfahren kein obligates Qualitätsmerkmal psychiatrischer Begutachtung, weil mit ihnen Aggravation und Simulation nicht objektiv nachweisbar und die Übergänge zu klinischen Störungen unbestimmt seien. Entscheidend sei die Integration aller Ergebnisse und Beobachtungen in „eine umfassende fachärztliche (klinische) Begutachtung“, nur so könne eine Fehlinterpretation erhobener Testergebnisse vermieden werden.

Zusammengefasst stützt sich in der medizinischen Begutachtungspraxis Befundsicherung v.a. auf den Abgleich von Beschwerden und Untersuchungsergebnissen mit nosologischen oder klassifikatorischen Kriterien. Zur Beschwerdvalidierung werden vorzugsweise Kriterienlisten mit Indikatoren für inkonsistentes oder wenig plausibles Verhalten empfohlen, anhand derer „echte“ und „vorgetäuschte“ Beschwerden unterschieden werden sollen. Psychologische und psychometrische Verfahren, die – unabhängig von klinischen Aspekten – gegen Bedrohungen der internen und externen Validität von Beobachtungen, Angaben und Testergebnissen schützen sollen, sind vergleichsweise wenig verbreitet. Beschwerdvalidierungstests zur Kontrolle der motivationalen Voraussetzungen, unter denen Selbstberichte gegeben und Testergebnisse erzielt werden, werden nicht als obligater Teil der Untersuchung gesehen.

Psychologische Begutachtungspraxis

Psychologische Sachverständige nutzen zur Objektivierung psychischer Störungen ebenfalls die Klassifikationssysteme ICD10 und DSM5. Ergänzend wird aber meist größerer Aufwand zur Vermeidung von Urteilsfehlern betrieben, die durch mangelnde Messgenauigkeit, inhaltliche Mehrdeutigkeit, Verfälschbarkeit und eingeschränkte Auswertungs- und Interpretationsobjektivität von Verhaltensdaten bedingt sein können (Krohne und Hock, 2015; Kubinger, 2009). Außerdem stützt sich psychologische Diagnostik stärker auf die Annahme dimensionaler und quantitativ messbarer Eigenschaften, dabei werden Abweichungen eher in den Extrembereichen normalen Erlebens und Verhaltens verortet (Gerrig, 2018; Roth, Holling, Heidenreich, 1999; Bühner, 2011).

Bei der Begutachtung psychischer Störungen spielt Beschwerdvalidierung eine exponierte Rolle. Begründet wird dies mit wissenschaftlichen Studien, die Prävalenzraten für intentional verzerrt dargestellte und insofern befundlich nicht ausreichend zu sichernde Beschwerden im Begutachtungssetting zwischen 30 und 50 % veranschlagen (Merten, 2013; Binder & Chafetz, 2018; Sweet & Morgan, 2009; Woody, 2016). Die Befundsicherung erfolgt dabei meist in der Kombination aus freien und standardisierten, normierten und validierten Untersuchungsverfahren, Kontrollskalen und standardisierten Beschwerdvalidierungsmethoden (z.B. Grove, Zald, Lebow, Snitz & Nelson, 2000; Larrabee, 2007; McGuire, Crawford, Evans, 2018; Merten, 2013; Nillis & Kauf-

mann, 2018; Rogers, 2008; Woody, 2016). Dabei gilt als Minimalanforderung für die Begutachtung von psychischen Störungen der Einsatz von Tests zur Überprüfung der Gültigkeit von Selbstbeschreibungen (Beschwerdevalidierungstests, SVT) und von Tests zur Überprüfung der Anstrengungsbereitschaft in Leistungstests (Performanzvalidierungstests, PVT).

Validierung von Selbstberichten (bzw. Zeugenaussagen) stellt sich dabei als mindestens zweistufiger Prozess dar, bei dem zunächst geprüft wird, inwiefern von der untersuchten Person überhaupt Informationen sinnvoll verarbeitet wurden, und dann in einem zweiten Schritt, ob absichtliche Verzerrungen im Antwort- oder Reaktionsverhalten erkennbar sind, die mit den Ergebnisinteressen der Person in Einklang zu bringen sind (Dohrenbusch, 2019). Letztere können z.B. in der Ausrichtung des Antwortverhaltens an ungewöhnlichen Eigenschaften oder Verhaltensweisen, an stereotypen Beschwerdendarstellungen oder an der Ausrichtung des Verhaltens an der Invalidenrolle zum Ausdruck kommen.

In die Beurteilung der verhaltensbestimmenden mentalen Bezugssysteme können Item- und Testwertvergleiche unterschiedlicher Normstichproben (z.B. Patientenstichproben, Gutachtenprobanden) einbezogen werden. Ergänzend können einzelfallbezogen Konsistenzabgleiche auf der Grundlage intraindividuelle psychometrisch gesicherter Messwertdifferenzen und Normvergleiche erforderlich sein (Bühner, 2011). So kann die psychologische Plausibilität mehrerer Eigenschaften bzw. Merkmalsausprägungen am Einzelfall geprüft und zur Befundsicherung verwendet werden. Infolgedessen sind die Ergebnisse in der Regel besser gegen Alternativerklärungen (z.B. gegen fehlerhafte Befunde aufgrund von verzerrtem Klageverhalten, geringer Anstrengungsbereitschaft bei Funktionstests, fehlerhaften Zuschreibungen) gesichert.

Gutachterliche Sicherung von Funktions- und Partizipationseinschränkungen

Gesicherte Befunde zu Funktions-, Leistungs- und Partizipationsbeeinträchtigungen bilden meist Zielgrößen sozialrechtlicher Beurteilung. Zu bewerten ist, inwiefern der Betroffene aufgrund von Krankheit oder psychischer Störung z.B. in seiner Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft oder in seiner beruflichen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt ist.

Medizinische Begutachtungspraxis

Derzeit orientiert sich die Sicherung von Befunden zu krankheitsbedingten Funktions- und Teilhabebeeinträchtigungen in medizinischer Begutachtung wesentlich an der Systematik der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF; WHO, 2001). In der Leitlinie zu Grundlagen der medizinischen Begutachtung (DGNB, 2019) wie auch in den enger gefassten medizinischen Begutachtungsleitlinien (Leitlinie zur Begutachtung psychischer und psychosomatischer Erkrankungen (AWMF 2019), Leitlinie Schmerzbegutachtung (AWMF, 2017), Leitlinie

zur Begutachtung bei psychischen Störungen der Deutschen Rentenversicherung (DRV, 2018)) wird die Bedeutung der ICF für die Bewertung von Funktions- und Leistungseinschränkungen durchgängig betont.

Dabei bilden (Funktions-)Störungen und Erkrankungen Ausgangspunkte für die Bewertung von Partizipations- und Leistungsbeeinträchtigungen. Mit Verweis auf ICF kann dann die Partizipations- und Leistungsbewertung (‘Aktivität’ und Partizipation’) aufgrund relativ oberflächlicher und transparenter Merkmale vorgenommen werden. Entsprechend kurz kann der Weg von der einfachen Beschreibung oder freien Beobachtung einer Funktionsbeeinträchtigung bis zur Überzeugung des Gutachters veranschlagt werden, dass der Befund gesichert ist und die benannte Beeinträchtigung nach fachlichem Ermessen tatsächlich vorliegt.

Da die ICF primär der Klassifikation und weniger der Sicherung diagnostischer Information dient, sieht sie keine speziellen Validierungsanforderungen vor. Sie enthält keine Validierungsprozeduren, keine explizite Kontrolle von Antworttendenzen oder motivationalen Bedingungen, fordert keine Berücksichtigung von Zufällen oder messreaktiven Effekten, keine Absicherung intraindividuelle Merkmalsdifferenzen, enthält keine Empfehlungen oder Vorgaben zum Verhältnis aus frei und standardisiert erhobenen Informationen oder sonstige Kontrollpraktiken. Insofern erhöht eine Funktionsbeurteilung mittels ICF das Risiko einer ‘Anerkennung’ von Funktions- und Partizipationsbeeinträchtigungen, die auf einfache Verhaltensbeobachtungen, Befragungen und Eindrucksbildungen gestützt sind.

Psychologische Begutachtungspraxis

Demgegenüber stützt sich die Sicherung von Funktions- und Leistungsbeeinträchtigungen in der psychologischen Begutachtung nicht primär auf ein am Erscheinungsbild orientiertes Klassifikationssystem für Funktionsstörungen, sondern auf diverse funktionsbeschreibende psychologische (u.a. biopsychologische, allgemeinspsychologische, entwicklungspsychologische, sozialpsychologische, differentiell-psychologische) Konstrukte, Modelle, Theorien und Methoden. Deren Grundlage sind Erkenntnisse zu biologischen, motorischen, kognitiven, emotionalen, motivationalen und sozialen Funktionen und Funktionsbeeinträchtigungen sowie Prinzipien und Methoden zu ihrer Beschreibung, Messung, Testung und Erklärung (Gerrig, 2014; Myers, 2013). Psychologische Ressourcendiagnostik intakter Funktionen, die für die Beurteilung gestörter Funktionen unabdingbar sind, kann daher auch unabhängig von klinischen Diagnosen oder Funktionsstörungen erfolgen, so wie Leistungsbeeinträchtigungen auch unabhängig von Störungen und Erkrankungen durch geeignete diagnostische Maßnahmen gesichert werden können.

Für die Sicherung von Angaben, Beobachtungen oder Testergebnissen zum Funktions- oder Leistungsniveau einer Person gelten analog zur Beschwerdvalidierung (Millis & Kaufmann, 2018) in der psychologischen Begutachtung u.a. folgende Regelungen:

- Zurückhaltende Interpretation von Einzelbeobachtungen oder Einzelaussagen
- Verwendung von Messwiederholungen, Interpretation von Verteilungsmaßen
- Vermeidung messreaktiver Effekte, d.h. Kontrolle von Einflüssen auf das Untersuchungsergebnis, die durch die Untersuchung bzw. den Untersuchungsprozess selbst bedingt sein könnten
- Ausrichtung der Datenerhebung und -interpretation an Prinzipien der Durchführungs-, Auswertungs- und Interpretationsobjektivität, d.h. Einbezug der Kontextbedingungen der Datenerhebung in die Ergebnisinterpretation;
- Nutzung diverser Normvergleiche;
- Beachtung von Nebentestgütekriterien bei der Datenerhebung (Fairness, Ökonomie, Zumutbarkeit, Nützlichkeit, Verfälschbarkeit, Skalierung);
- Beurteilung intraindividuelle Merkmalsdifferenzen unter Einbezug der Testreliabilitäten und -validitäten sowie psychologischer Theorien und Modelle
- Verwendung standardisierter Validierungsmethoden.

Generell ist die psychologische Diagnostik durch eine intensive Auseinandersetzung mit Bedrohungen der internen und externen Validität gekennzeichnet, die den gutachterlichen Untersuchungskontext bestimmen. Das begründet auch den höheren Stellenwert standardisierter Methoden in psychologischen Gutachten (Dohrenbusch, Becker, Kahnert et al., 2012; Klos, 2018). Schon 2002 hat der Berufsverband Deutscher Psychologen in einer Stellungnahme zur gutachterlichen Tätigkeit von Psychologen im Sozialgerichtsverfahren die Qualitätsmerkmale psychologischer Gutachten – in Übereinstimmung mit und in Abgrenzung zu medizinischen Gutachten herausgestellt (BDP, 2002). Darin werden Bedeutung und Erkenntniswert psychologischer Testdiagnostik betont, deren kompetente Anwendung spezifischer psychologischer (u.a. methodischer und klinischer) Kenntnisse und Erfahrungen bedarf. Insbesondere die Identifikation von Aggravation und Simulation sei in den meisten Fällen verantwortlich nur unter Einbezug testpsychologischer Methoden zu leisten.

Konsequenzen fachspezifischer Befundsicherungspraktiken für Sachverständige

Die Ausführungen haben unterschiedliche Schwerpunkte in der Sicherung von Befunden zu psychischen Störungen und Krankheitsfolgen im Vergleich psychologischer und medizinischer Sachverständiger veranschaulicht. Die Unterschiede treten vor allem dann hervor, wenn die Beurteilung von Krankheitsfolgen oder Partizipationseinschränkungen nicht nur von einer einzelnen Eigenschaft (z.B. einer diagnostizierten Störung), sondern von verschiedenen Bestimmungsgrößen abhängt, die Krankheitsmerkmale, Anpassungsprozesse und Funktionsgrade beschreiben (z.B. Symptombewertung, Bewältigungsstile, motivationale Faktoren). Da die Befundsicherungspraktiken die Untersuchungspraktiken wie auch das Urteilsverhalten von Sachverständigen bestimmen, wirken sie sich mutmaßlich häufig und regelmäßig auf die Befunderstellung aus.

Umso mehr sollten Sachverständige im Gutachten bemüht sein, ihren Auftraggebern die fachspezifischen Befundunsicherungspraktiken und deren Auswirkungen auf das Ergebnis deutlich zu machen. Das kann bedeuten:

- *Bezeichnung der Befundunsicherungsmethode.* Der subjektive „Eindruck“ sollte von keiner Fachgruppe als maßgebliches Validierungsinstrument dargestellt werden. Nachweislich sind freie, eindrucksbasierte Validierungsbemühungen wenig geeignet, intentional verzerrtes Klageverhalten sicher zu identifizieren (z.B. Gillard, 2010; Rogers, 2008; Dandachi-Fitz, Merckelbach, Ponds, 2017). Die Aussage, es habe in der Untersuchung keine Hinweise auf Verfälschungen oder intentionale Verzerrungen gegeben, macht nur Sinn, wenn dies zuvor tatsächlich systematisch geprüft wurde.
- *Sicherung klinischer Befunde.* Bezogen auf klinische Validierungsmethoden zu Art und Schweregrad von Erkrankungen und psychischen Störungen sollte im Gutachten vermerkt sein, dass der Abgleich mit klinischen Kriterien nur einen Teilbereich der Validierung betrifft. Dies gilt sowohl für Klassifikationskriterien nach ICD10 oder DSM5, als auch für Merkmale des psychischen bzw. psychopathologischen Befundes. Klinische Kriterien validieren lediglich die Voraussetzungen für die rechtliche Anerkennung von Krankheitsfolgen, nicht aber deren Zielgrößen (z.B. Grad der Behinderung).
- *Sicherung von Befunden zur Funktions- und Leistungsfähigkeit.* Die Sicherung psychologischer Befunde, also normalen und normabweichenden Erlebens und Verhaltens sowie intakter und gestörter Funktionen und Fähigkeiten, sollte für Auftraggeber erkennbar an psychodiagnostischen Validierungsstandards erfolgen. Sachverständige sollten im Gutachten deutlich machen, ob und inwiefern ihr Gutachten dieser durch internationale Forschungen gesicherten Forderung entspricht. Sachverständige, die den erforderlichen Validierungsaufwand (Kontrollskalen zur Erfassung von Antworttendenzen, Performanzvalidierungstests, zufalls- und valenzkritische Bewertung von Testprofilen usw.) betrieben haben, können von einer erhöhten Identifikationsrate tatsächlich gültiger und tatsächlich verzerrter bzw. invalider Angaben ausgehen. Diesen Vorteil sollte der Auftraggeber dem Gutachten entnehmen können.
- *Keine Fehlschlüsse von klinischen Diagnosen auf Leistungseinschränkungen.* Davon betroffen sind derzeit v.a. medizinische Gutachten zu den Auswirkungen psychischer Störungen auf Merkmale der Teilhabe (z.B. Arbeitsfähigkeit, Erwerbsminderung, Behinderung, Berufsunfähigkeit). Diagnosen begründen im Gutachten ohne explizite Validierung des individuellen Funktions- und Leistungsniveaus keine konkreten Aussagen zu Funktions- und Leistungseinschränkungen im Alltag. Erst bei gesicherten Befunden zur Teilhabe stellt sich die Frage, ob die gefundenen Beeinträchtigungen krankheitsbedingt sind.
- *Keine Fehlschlüsse von Validierungsergebnissen auf das Alltagsverhalten.* Dies betrifft v.a. validierungsentensive psychologische Gutachten. Hier sollte im Gutachten kenntlich werden, dass Validierungsbefunde nur Aussagen über das Untersuchungs-

verhalten sind und keinen direkten Schluss auf Merkmalsausprägungen im Alltag bzw. außerhalb der Untersuchung zulassen. Probanden können z.B. verzerrte Testergebnisse erzielt haben und trotzdem in ihrem Alltag eingeschränkt sein. Auffällige Validierungsbefunde relativieren lediglich die Möglichkeit, aus den in der Untersuchung gewonnenen Informationen gültige Bewertungen des sonstigen Verhaltens und Erlebens abzuleiten. Auch sollte aus auffälligen Validierungsergebnissen nicht auf das Änderungspotential oder auf die Therapiemotivation geschlossen werden, die außerhalb rechtlicher Bewertungs- und Unterstützungssysteme wirksam ist.

Gutachter beider Disziplinen sollten sich der Besonderheiten ihrer fachspezifischen Befundsicherungspraktiken bewusst sein und dies für den Auftraggeber nachvollziehbar und transparent in die vorgenommenen Bewertungen einbeziehen.

Empfehlungen für Gerichte

Es ist naheliegend, dass sich die unterschiedlichen Befundsicherungspraktiken medizinischer und psychologischer Sachverständiger auf die rechtlichen Bewertungen von Gesundheitsstörungen auswirken können, da das Gericht ein in Auftrag gegebenes Gutachten bei der Beweismäßigkeit nicht unberücksichtigt lassen darf. Bei abweichenden Befunden – so die Rechtsprechung – muss das Gericht klären, von welchen unterschiedlichen tatsächlichen Grundlagen die Gutachten ausgehen, und auf die Auflösung der Widersprüche hinwirken (BGH 25.2.09, IV ZR 27/08, VersR 09, 817). Die Kommentare zu § 128 SGG enthalten jedoch keine Empfehlungen zur Gewichtung der unterschiedlichen Befundsicherungspraktiken bei der Beweismäßigkeit. Sie weisen aber auf die Befugnis des Gerichts hin, sich deshalb für die Aussage in einem Gutachten zu entscheiden, weil sie im Gegensatz zu den anderen Gutachten mit den aus der Fachliteratur ersichtlichen Erfahrungssätzen (vgl. Rn. 11) übereinstimmt (BSG 4.7.13, B 2 U 79/13 B, SozR 4-1500 § 62 Nr. 15).

Die sozialrechtlichen Regelungen und Kommentare zur Rechtsprechung überlassen es insofern weitgehend den Gerichten, wie und mit Bezug auf welche Kriterien sie einen Gesundheitsschaden „im Sinne des Vollbeweises“ sichern. Entscheidend sind dabei bislang auch nicht Art und Ergebnis der zur Befundsicherung ergriffenen Maßnahmen, sondern – in einem weit gefassten Sinne – Inhalt und Überzeugungskraft des Gutachtens für das Gericht. Das Gericht entscheidet, ob es dazu eher die psychologische oder die medizinische Interpretation der Befundsicherung für rechtlich angemessen und notwendig hält. Es ist entsprechend auch frei darin, die fachspezifischen Besonderheiten der verschiedenen Sachverständigengruppen zu berücksichtigen (Kloefler und Krahel, 2017).

Wir haben gezeigt, dass „die wissenschaftlichen Erfahrungsgrundsätze“, an denen sich die Sachverständigen und damit indirekt auch die Gerichte orientieren, auch danach akzentuiert sein können, ob sie in psychologischen oder medizinischen Standardwerken formuliert sind oder sie den psychologischen oder medizinischen Forschungsstand beschreiben. Wenn das Gericht im Rahmen der Beweismäßigkeit die psycholo-

gische Praxis der Befundsicherung für geeignet hält, dann erkennt es damit auch die Notwendigkeit an, die Voraussetzungen und Bedingungen beklagter Beschwerden und Funktionseinschränkungen im Detail zu prüfen und gegen Alternativerklärungen abzusichern. Damit verbunden ist meist auch ein größerer Untersuchungsaufwand mit höheren Kosten. Trotz dieser Einschränkung zeigt sich die wachsende Überzeugung der Gerichte vom Wert psychologischer Begutachtung mittlerweile im internationalen Vergleich. Demnach sind psychologische Sachverständige in den letzten 30 Jahren überproportional deutlich häufiger in die gerichtliche Beweissicherung einbezogen worden, v.a. aufgrund der mit psychologischer Begutachtung verbundenen methodologischen Vorteile (Chafetz et al., 2015; Grove, Zald, Lebow, Snitz, & Nelson, 2000; Sweet & Morgan, 2009).

Dennoch überwiegt aktuell mit weitem Abstand die Praxis medizinischer Begutachtung und ihrer Befundsicherungspraktiken in allen Bereichen der sozialrechtlichen Bewertung von Krankheiten, psychischen Störungen und Krankheitsfolgen. Die Gerichte können in diesen Fällen angesichts vorwiegend klinisch orientierter Validierungsbemühungen davon ausgehen, dass weniger Alternativerklärungen für Beschwerden und Klageverhalten geprüft werden und damit das Risiko von Fehlzuschreibungen erhöht ist. Beschwerden und Beeinträchtigungen werden leichter als krankhaft, krankheitswertig oder krankheitsbedingt bewertet, auch wenn kein Krankheitswert und keine Behandlungsbedürftigkeit vorliegt. Bei der Beurteilung von Teilhabebeeinträchtigungen mit Einschluss intakter Eigenschaften, Fähigkeiten und Ressourcen ist die Bedeutung der unterschiedlichen Befundsicherungspraktiken noch höher zu veranschlagen, weil in diesen Fällen die nicht klinischen Validierungsmaße an Bedeutung gewinnen.

Letztlich entscheidend für die vollbeweisliche Sicherung anspruchsbegründender Tatsachen ist die Überzeugungskraft des Gutachtens für das Gericht (BGH NJW 87, 442). Diese wird – unabhängig von der fachlichen Ausrichtung des Sachverständigen – hoch sein, wenn das Gutachten verständlich formuliert und fachliche Konzepte laienverständlich erläutert werden, die Bewertungen im Einklang mit der fachspezifischen „wissenschaftlichen Lehrmeinung“ erfolgen, die für die Befundsicherung relevanten Sachverhalte vollständig erfasst und Besonderheiten der Begutachtungssituation in die Ergebnis- und Befundinterpretation einbezogen werden. Ergänzend sollten aber – so unsere Empfehlung – die fachspezifischen Befundsicherungspraktiken psychologischer und medizinischer Sachverständiger in die gerichtliche Beweiswürdigung einbezogen werden. Dies kann dazu beitragen, dass jeweils unterschiedliche Grade der „Strenge“ bzw. „Milde“ bei der Interpretation medizinischer und psychologischer Befunde als angemessen bewertet werden.

Fazit

Sachverständige zur Beurteilung von Krankheitsfolgen sollten klinische und teilhabebezogene Befunde sorgfältig sichern, wenn das Gericht unter Bezugnahme auf das Gutachten Anknüpfungstatsachen im Sinne des Vollbeweises zu sichern hat. Die Gren-

zen einer alleinigen oder ganz überwiegenden Ausrichtung der Befundsicherung an klinischen Kriterien sollten dem Gericht im Gutachten deutlich gemacht werden. Insbesondere bei Befunden zu Funktions- und Leistungseinschränkungen, Partizipation, Arbeits- und Erwerbsfähigkeit, Behinderung oder anderen Merkmalen der Teilhabe sollte die Befundsicherung nicht auf den Abgleich mit klinischen Merkmalen beschränkt sein.

Sozialgerichten, aber auch anderen Entscheidungsträgern, kann empfohlen werden, die fachspezifischen Befundsicherungspraktiken in die Bewertung von `Anknüpfungstatsachen` einzubeziehen. Es kann erwartet werden, dass psychologische Befundsicherungsmaßnahmen v.a. dann angemessen sind, wenn das Gericht Tatsachen (Gesundheitsschäden) im Sinne des Vollbeweises sichern muss, um daraus Leistungsansprüche der Betroffenen abzuleiten. Besondere Anforderungen an die Befundsicherung können erforderlich sein bei deutlichen Vorteilen durch den Nachweis von Gesundheitsschäden, bei Hinweisen auf invalide Angaben oder Testergebnisse in früheren Untersuchungen, bei Zweifeln am Krankheitswert von Beschwerden und Beeinträchtigungen und bei erheblichen Differenzen zwischen Krankheits schwere und Krankheitsverhalten.

Die Empfehlung des Berufsverbandes deutscher Psychologen (2002), ärztliche Sachverständige bei einer engen Vermischung der psychischen Symptomatik mit körperlichen Erkrankungen zu beauftragen, Psychologen hingegen bei abgeklärten somatischen Erkrankungen für eine differenzierte Leistungsbeurteilung und bei Verdacht auf Simulation/Aggravation Begutachtung vorzusehen, beurteilen wir kritisch, weil sich Fragen der Befundsicherung für Erkrankungen, psychische Störungen und Funktionseinschränkungen durchgängig und störungsbildübergreifend im Begutachtungskontext stellen. Eine enge Zusammenarbeit aller beteiligten Berufsgruppen sollte daher die Regel sein.

Literatur

Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie (AMDP) (Hrsg.) (2018). *Manual zur Dokumentation psychiatrischer Befunde*. Göttingen: Hogrefe.

Arbeitsgemeinschaft der medizinisch wissenschaftlichen Fachgesellschaften (AWMF) (Hrsg.). (2017). *Leitlinie für die ärztliche Begutachtung von Menschen mit chronischen Schmerzen*. Reg. Nr. 094–003. Online Publikation https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/094-003l_S2k_Schmerzbegutachtung_2018-01.pdf. vom 29.10.2019

Berufsverband Deutscher Psychologen (2002). *Stellungnahme zur Tätigkeit des Diplom-Psychologen als Sachverständiger im Sozialgerichtsverfahren*. Onlinepublikation <https://www.bdp-verband.de/publikationen/politische-positionen/2002/stellungnahme-zur-taetigkeit-des-diplom-psychologen-als-sachverstandiger-im-sozialgerichtsverfahren.html>. 09.01.2021

- Binder, L. M., & Chafetz, M. D. (2018). Determination of the smoking gun of intent: significance testing of forced choice results in social security claimants. *The Clinical neuropsychologist*, 32(1), 132–144.
- Bühner, M. (2011). *Einführung in die Test- und Fragebogenkonstruktion*. München: Pearson.
- Dandachi-Fitz, G., Merckelbach H., Ponds, R.W. (2017). Neuropsychologists' ability to predict distorted symptom presentation. *J Clin Exp Neuropsychol.*, 39(3), 257–264.
- Deutsche Gesellschaft für neurowissenschaftliche Begutachtung (DGNB) (2019). *Allgemeine Grundlagen der medizinischen Begutachtung*. Onlinepublikation https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/094-001l_S2k_Allgemeine_Grundlagen_der_medizinischen_Begutachtung_2019-04.pdf
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN, 2011). Stellungnahme zur Anwendung von Beschwerdenvalidierungstests in der psychiatrischen Begutachtung. *Der Nervenarzt*, 3, 388–390.
- Deutsche Rentenversicherung Bund (2018). *Leitlinien für die sozialmedizinische Begutachtung. Sozialmedizinische Beurteilung bei psychischen und Verhaltensstörungen*. Berlin: Deutsche Rentenversicherung.
- Dohrenbusch, R. (2019). Kontrolle von Antworttendenzen und Beschwerdenvalidierung mittels Fragebogen. In D. Schellig, D. Heinemann, B. Schächtele, W. Sturm (Hrsg.), *Handbuch neuropsychologischer Testverfahren Band 3* (S. 667–704). Göttingen: Hogrefe.
- Dohrenbusch, R., Becker, D., Kahnert, S., Kowalewsky, S., Kraft, D., Schickel, S. (2012). Gutachten zu psychisch bedingter Berufsunfähigkeit: Eine Analyse quantitativer und qualitativer Merkmale. In W. Schneider, P. Henningsen, R. Dohrenbusch, H.J. Freyberger, H. Irle, V. Köllner, B. Widder (Hrsg.), *Begutachtung bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen* (1. Aufl., S. 301–334). Bern: Huber.
- Dreßing, H., Förster, K., Schneider, F. (2018). Begutachtung psychischer Erkrankungen in der gesetzlichen Renten- und Unfallversicherung. *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie*, 86, 422–27.
- Förster, K., Weig, W. (2003). Psychische und Verhaltensstörungen. In Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.), *Sozialmedizinische Begutachtung für die gesetzliche Rentenversicherung* (S. 525–558). Berlin: Springer.
- Gerrig, R. (2018). *Psychologie*. 21. Aufl. Hallbergmoos: Pearson.
- Gillard, N. D. (2010). *Methodological Issues in Malingering Research: The use of simulation designs* (M.S.), University of North Texas, Denton, Texas.
- Grove, W.M., Zald, D.H., Lebow, B.S., Snitz, B.E., Nelson, C. (2000). Clinical Versus Mechanical Prediction: A Meta-Analysis. *Psychological Assessment*, 12, 19–30.
- Kloefler, J., Krahl, G. (2017). Psychiater und Psychologe – wer begutachtet was?

- Einführung aus psychologischer Sicht. *Der medizinische Sachverständige*, 113(6), 264–268.
- Klos, S. (2018). *Erfassung und Bewertung motivationaler Prozesse in Gutachten zur beruflichen Leistungsminderung*. Masterarbeit. Bonn: Universität Bonn.
- Krohne, H.W., Hock, M. (2015). *Psychologische Diagnostik. Grundlagen und Anwendungsfelder*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Kubinger, K. (2019). *Psychologische Diagnostik. Theorie und Praxis psychologischen Diagnostizierens*. 3. Aufl. Göttingen: Hogrefe.
- Larrabee, G. J. (2007). *Assessment of malingered neuropsychological deficits*. New York: Oxford University Press.
- Merten, T. (2014). *Beschwerdengültigkeit*. Göttingen: Hogrefe.
- Meyer-Ladewig, J., Keller, W., Leitherer, S. (2012). *Sozialgerichtsgesetz Kommentar*. 10. Aufl. München: CHBeck.
- Millis, S.R., Kaufmann, P.M. (2018). Assessment of Incomplete Effort and Malingering in the Neuropsychological Examination. In J.E. Morgan & J.H. Ricker (eds.), *Textbook of Clinical Neuropsychology* (2nd. ed.; p. 927–941). New York: Routledge.
- Myers, D.G. (2013). *Psychologie*. Berlin: Springer.
- Nedopil, N., Trott, G.E., Lodemann, E., Scherbaum, N. (2012). Psychische Krankheiten und Störungen. In J. Fritze und F. Mehrhoff (Hrsg.), *Die ärztliche Begutachtung* (8. Aufl., S. 689–738). Berlin: Springer.
- Roth, E., Holling, H., Heidenreich, K. (Hrsg.) (1999). *Sozialwissenschaftliche Methoden*. Berlin: De Gruyter Oldenbourg.
- Rogers, R. (ed.) (2008). *Clinical assessment of malingering and deception*. New York: Guilford Press.
- Roos, E., Wahrendorf, V., Aussprung, J. et al. (2014). *Sozialgerichtsgesetz SGG*. München: CH Beck.
- Schneider, W., Dohrenbusch, R., Freyberger, H.J., Henningsen, P., Irle, H., Köllner, V., Widder, B. (2016) (Hrsg.). *Begutachtung bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen. Autorisierte Leitlinien und Kommentare*. Göttingen: Hogrefe.
- Sweet, J. J., & Morgan, J. E. (2009). What we currently know about malingering "to a reasonable degree of neuropsychological certainty" vs. what we would like to know in the future. In J. Sweet & J. Morgan (Eds.), *Neuropsychology of Malingering Casebook* (pp. 557–565). New York: Psychology Press
- Weltgesundheitsorganisation WHO (2001). *Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit ICF*. Köln: DIMDI.
- Woody, H. R. (2016). Psychological Testimony and the Daubert Standard. *Psychological Injury and Law*, 9, 91–96. doi:10.1007/s12207-016-9255-5

Korrespondenzadresse

PD Dr. Ralf Dohrenbusch
Universität Bonn, Institut für Psychologie
Kaiser-Karl-Ring 9
53111 Bonn
r.dohrenbusch@uni-bonn.de