



**Vivantes** Netzwerk für Gesundheit

Klinikum im Friedrichshain, Berlin  
Klinik für Neurologie

## Beschwerdenuvalidierung bei der Begutachtung kognitiver Störungen

---

*ANB, Heidelberg 2009*

**Thomas Merten**  
**Klinikum im Friedrichshain**  
**Berlin**

Im Rahmen der neuropsychologischen Begutachtung gibt es kein zweites Thema, das in den vergangenen Jahren soviel diskutiert wurde, soviel Methodenentwicklung und empirische Forschung inspiriert hat wie die Diagnostik der Beschwerdenvalidität.



## Begriffsbestimmung

- **Beschwerdenvalidität** (symptom validity): Authentizität oder Glaubhaftigkeit präsentierter Symptome, geschilderter Beschwerden und erreichter Ergebnisse in psychologischen Tests
- **Beschwerdenvalidierung**: Prozess der Beurteilung der Beschwerdenvalidität; Untersuchungstechniken und -ansätze, die zu Aussagen über die Validität geltend gemachter Beschwerden und gezeigter Symptome führen

## 1. Ergebnisse in Leistungstests sind keine Objektivierung von Funktionsstörungen

b q b q p d b q b d q b d b q p q b d b b

Auto – Blume – Fenster – Fuchs – Wolke

Herbst : Regen = Winter : ?

## Suboptimales Antwortverhalten

b q b q p d b q b d q b d b q p q b d b b

Die 5 Wörter waren: Taxi – Hase – weiß-  
nicht-mehr

Herbst : Regen = Winter : Schirm

## 2. Negative Antwortverzerrungen treten im gutachtlichen Kontext gehäuft auf

Vorstellungsgrund	Auftretenshäufigkeit (adjustiert)	Vertrauensintervall (95 %)
Leichtes SHT	41,2 %	(4,5)
Fibromyalgie oder chronische Erschöpfung	38,6 %	(5,5)
Schmerz oder somatoforme Störungen	33,5 %	(5,5)
Neurotoxische Störungen	29,5 %	(5,8)
...		
Anfallsleiden	9,4 %	(3,4)

Quelle: Mittenberg et al. (2002). *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 24, 1094-1102.

## 3. Ohne eine adäquate Beurteilung der Leistungsmotivation sind die Ergebnisse testpsychologischer Untersuchungen nicht sinnvoll zu interpretieren.

→ Ohne eine adäquate Diagnostik der Beschwerdengültigkeit sind neuropsychologische Gutachten unvollständig.

## Positionspapier (2005)

Neurol Rehabil 2006; 12 (2): 69–74

### **Diagnostik der Beschwerdendvalidität: Praktische Gesichtspunkte und medizinische Erfordernisse\***

S. S. Bush, R. M. Ruff, A. I. Tröster, J. T. Barth, S. P. Koffler, N. H. Pliskin, C. R. Reynolds, C. H. Silver  
*National Academy of Neuropsychology (USA), Policy and Planning Committee*

## Entwicklungen im deutschsprachigen Raum

- a) Instrumente vorhanden:
- Anleitungen für Alternativwahlverfahren
  - Word Memory Test
  - Test of Memory Malingering
  - Amsterdamer Kurzzeitgedächtnistest
  - Morel Emotional Numbing Test
  - eigene deutsche Entwicklungen
  - eingebettete Validitätsparameter ...

b) Leitlinie „Neuropsychologische Begutachtung“

Herausgeber: Gesellschaft für  
Neuropsychologie

*Z. Neuropsychol.*, 2009, 20, 69-83

c) Gutachten-Aufträge

Berufsgenossenschaften, Privatversicherungen,  
Hauptgutachter

d) Gerichtsurteile zur Entscheidung bei  
Aggravation

(Aggravation als Beweishinderungsgrund)

e) Internationale Tagung

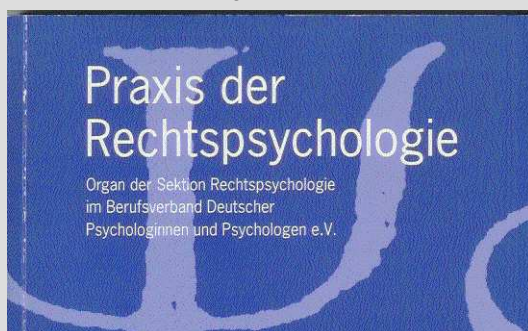
Würzburg, 8. - 9. Mai 2009



[www.koenigundmueller.de](http://www.koenigundmueller.de)

## f) Veröffentlichungen

- Fortschritte der Neurologie Psychiatrie, 2002, 70, 126-138.
- Fortschritte der Neurologie Psychiatrie, 2007, 75, 140-154.
- Aktuelle Neurologie, 2007, 34, 134-139.
- Aktuelle Neurologie, 2008, 35, 8-15.



Themenheft  
1/2007

- Buchveröffentlichung, Sommer 2009 (Dettenborn & Merten, Hrsg.).

## g) Forschungsarbeiten

- Dissertationen, Diplomarbeiten, Forschungsprojekte

## h) Bundesamt für Sozialversicherungen (Bern)

BEITRÄGE ZUR SOZIALEN SICHERHEIT

*Bericht im Rahmen des mehrjährigen  
Forschungsprogramms zu Invalidität und Behinderung (FoP-IV)*

**Der Einsatz von  
Beschwerdevalidierungstests  
in der IV-Abklärung**

*Forschungsbericht Nr. 4/08*

## Was sollte der Neurologe *nicht* tun?

Fallbeispiel:

Narzisstische  
Persönlichkeit;  
Dysthyme Störung;  
schwerste Aufmerksamkeitsstörungen



Beispiele:	d	d	d												
	¨	¨	¨	¨	¨	¨	¨	¨	¨	¨	¨	¨	¨	¨	¨
Übungszeile:	d	p	d	d	d	d	p	d	d	p	d	d	d	d	p
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15

## Was sollte der Neurologe *nicht* tun?

Fallbeispiel:

Narzisstische  
Persönlichkeit;  
Dysthyme Störung;  
**schwerste Aufmerksamkeitsstörungen**



Jetzt kommt eine GANZ schwere Aufgabe:

Jetzt kommt eine GANZ schwere Aufgabe:

A	B	C
1	2	3
a	b	c
○	□	△
I	II	III

Was sollte der Neurologe *nicht* tun?

Sensitivität : 10 - 20 % (**bis 2 %**)

Spezifität : 90 - 95 %

**NPP**

PPP

Rey (1941)

A	B	C
1	2	3
a	b	c
○	□	△
I	II	III

~~Was sollte der Neurologe *nicht* tun?~~

~~Sensitivität : 10 - 20 %~~

~~Spezifität : 90 - 95 %~~

~~NPP~~

~~PPP~~

~~Rey (1941)~~

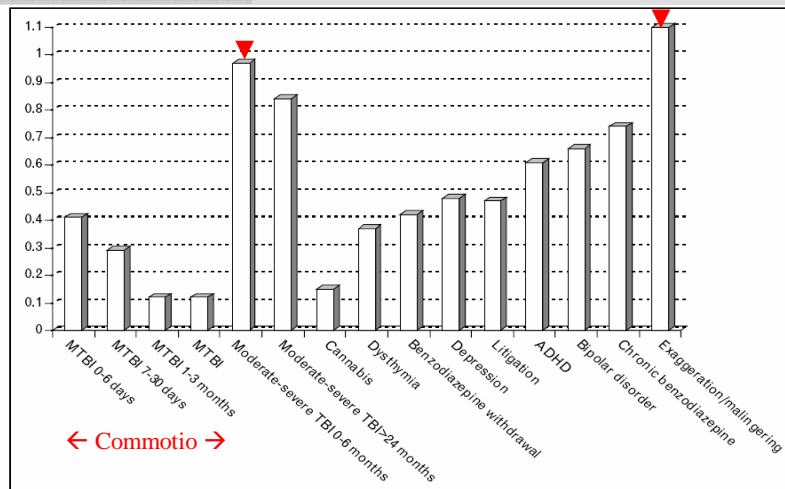
A	B	C
1	2	3
a	b	c
○	□	△
I	II	III

Was kann der Neurologe tun?

- (1) Kenntnis der aktuellen Entwicklungslinien
- (2) Eigene sorgfältige Konsistenz- / Plausibilitätsprüfung
- (3) Streichung eines Textbausteins – Explizierung der Beurteilung von Antwortverzerrungen
- (4) Versuch einer engen, optimierten Zusammenarbeit mit einem Klinischen Neuropsychologen
- (5) Qualifizierte Indikationsstellung für neuropsychologische Zusatzbegutachtungen oder Zusatzuntersuchungen
- (6) Kompetente und kritische Beurteilung der eingeholten Befunde
- (7) Kritische Anwendung differenzialdiagnostischer Erwägungen

- Eine Beschwerdenschilderung ist weder für den Symptommachweis noch für die Aufklärung einer Ätiologie (Kausalitätsklärung) ausreichend.
- Ein beträchtlicher Anteil an Untersuchten in neuropsychologischen Begutachtungen weist negative Antwortverzerrungen auf.
- Experten sind in der Erkennung von Manipulationsversuchen kaum genauer als der Zufall.
- Die Leistungsmotivation hat einen größeren Einfluss auf die Testergebnisse als die Schwere der Beeinträchtigungen eines Patienten.

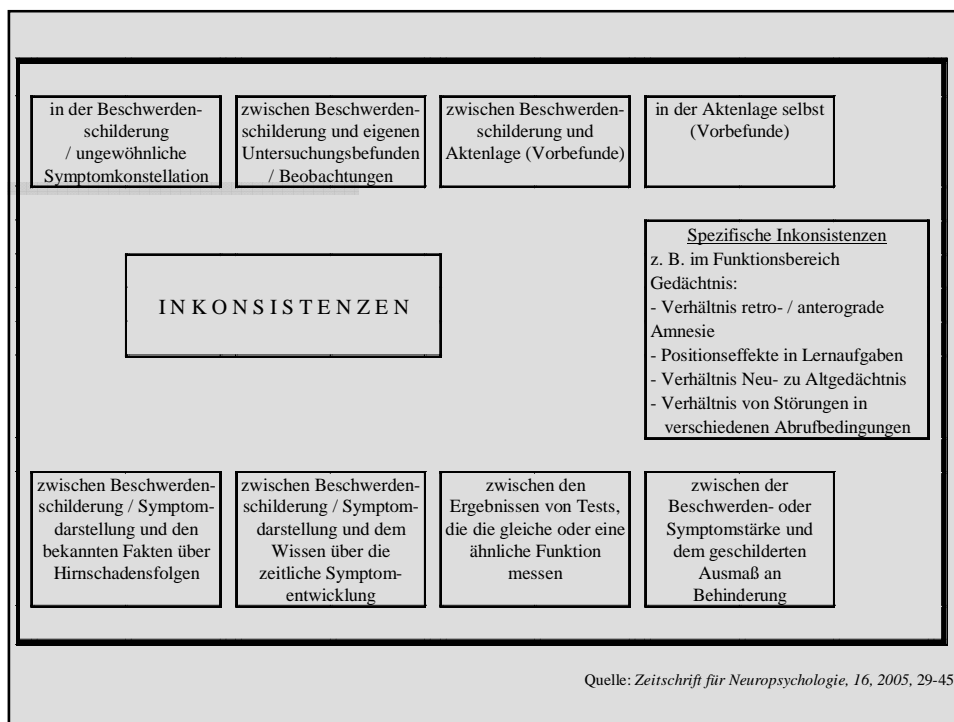
## Effektstärken (Iverson, 2005)



Lässt sich suboptimales Leistungsverhalten messen? - Diagnostik bei Simulationsverdacht

## Was kann der Neurologe tun?

- (1) Kenntnis der aktuellen Entwicklungslinien
- (2) Eigene sorgfältige Konsistenz- / Plausibilitätsprüfung**
- (3) Streichung eines Textbausteins – Explizierung der Beurteilung von Antwortverzerrungen
- (4) Versuch einer engen, optimierten Zusammenarbeit mit einem Klinischen Neuropsychologen
- (5) Qualifizierte Indikationsstellung für neuropsychologische Zusatzbegutachtungen oder Zusatzuntersuchungen
- (6) Kompetente und kritische Beurteilung der eingeholten Befunde
- (7) Kritische Anwendung differenzialdiagnostischer Erwägungen



Lässt sich suboptimales Leistungsverhalten messen? - Diagnostik bei Simulationsverdacht

## Vier „klassische“ Konsistenzprobleme

- a) Sind die Befunde innerhalb und zwischen den einzelnen Funktionsbereichen konsistent?
- b) Ist das Profil der gezeigten Funktionsstörungen konsistent mit der dokumentierten, vermuteten oder behaupteten Erkrankung, Verletzung, psychischen Störung?
- c) Sind die Befunde mit der dokumentierten Schwere der Erkrankung oder Verletzung konsistent?
- d) Sind die geltend gemachten Beschwerden und gezeigten Funktionsstörungen mit dem tatsächlichen Verhalten des Probanden konsistent, wie es auf der Beobachtungsebene zugänglich ist (u. a. psychischer Befund)?

### *Achtung!*

Manchmal lösen sich Inkonsistenzen auf.

Unplausibilitäten werden mitunter bei kritischer Prüfung plausibel.

Aber gerade solche sich auflösenden Inkonsistenzen sollen unbedingt *nachvollziehbar* expliziert werden!

Gütemaßstab ist die Nachvollziehbarkeit durch den Empfänger.

Kein Hinweis auf  
symptomverstärkende  
Darstellungsformen,  
Aggravation, Simulation ...

~~Kein Hinweis auf  
symptomverstärkende  
Darstellungsformen,  
Aggravation, Simulation ...~~

## Was kann der Neurologe tun?

- (1) Kenntnis der aktuellen Entwicklungslinien
- (2) Eigene sorgfältige Konsistenz- / Plausibilitätsprüfung
- (3) Streichung eines Textbausteins – Explizierung der Beurteilung von Antwortverzerrungen
- (4) **Versuch einer engen, optimierten Zusammenarbeit mit einem Klinischen Neuropsychologen**
- (5) **Qualifizierte Indikationsstellung für neuropsychologische Zusatzbegutachtungen oder Zusatzuntersuchungen**
- (6) Kompetente und kritische Beurteilung der eingeholten Befunde
- (7) Kritische Anwendung differenzialdiagnostischer Erwägungen

## Klinischer Neuropsychologe GNP

Gesellschaft für Neuropsychologie e.V.



Die Gesellschaft für Neuropsychologie e. V. verleiht Herrn

**Dipl.-Psych. Martin Mustermann**

geboren am 01.01.1970 in Mustershausen

aufgrund nachstehender Qualifikation den Titel

**Klinischer Neuropsychologe GNP**

Für den Vortrag der GNP e. V.  
Fulda, den 18.01.2008

Dr. Hendrik Niemann  
1. Vorsitzender

Dr. Thomas Guthke  
2. Vorsitzender

Die Weiterbildung in Klinischer Neuropsychologie wird getragen von der Deutschen Gesellschaft für Neurologie [DGN], dem Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen [BDP], der Deutschen Gesellschaft für Psychologie [DGfPs] und der Gesellschaft für Neuropsychologie [GNP].

Die Weiterbildung in Klinischer Neuropsychologie wird getragen von der Deutschen Gesellschaft für Neurologie [DGN], dem Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen [BDP], der Deutschen Gesellschaft für Psychologie [DGfPs] und der Gesellschaft für Neuropsychologie [GNP].

## Was kann der Neurologe tun?

- (1) Kenntnis der aktuellen Entwicklungslinien
- (2) Eigene sorgfältige Konsistenz- / Plausibilitätsprüfung
- (3) Streichung eines Textbausteins – Explizierung der Beurteilung von Antwortverzerrungen
- (4) Versuch einer engen, optimierten Zusammenarbeit mit einem Klinischen Neuropsychologen
- (5) Qualifizierte Indikationsstellung für neuropsychologische Zusatzbegutachtungen oder Zusatzuntersuchungen
- (6) Kompetente und kritische Beurteilung der eingeholten Befunde**
- (7) Kritische Anwendung differenzialdiagnostischer Erwägungen**

## Konzeptionelle Probleme / Differenzialdiagnostik

- **Zweifel und Unsicherheiten dokumentieren – keine Beurteilungssicherheit suggerieren, wo die Beurteilung in Wahrheit mit hoher Unsicherheit oder gar spekulativ erfolgt**
- Sorgfältige Differenzialdiagnostik Hysterie vs. Simulation unter Berücksichtigung beweisrechtlicher Anforderungen
- Vorsicht bei der Konstatierung von Unbewusstem !
- Keine Fragen beantworten, die nicht beantwortbar sind.
- Interpretationen und Deutungen von eigenen Befunden trennen und als solche ausdrücklich kennzeichnen
- Konzeptionelle Sorgfalt bei der Verwendung der Begriffe Simulation vs. Aggravation  
vs. minderschwere Ausgestaltungen / Verdeutlichungen

## Fazit für die Neuropsychologie

- Testergebnisse in neuropsychologischen Begutachtungen sind nicht als selbstverständlich valide hinzunehmen.
- Neuropsychologische Begutachtungen ohne eine adäquate Erfassung der Leistungsmotivation sind unvollständig.
- Eine hinreichende Verfahrensauswahl steht im deutschen Sprachraum zur Verfügung.

## Fragen für den Hauptgutachter

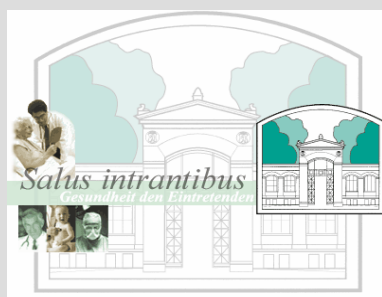
### 1. Begutachtung neuropsychologischer (kognitiver) Störungen

- Ist vom Vorliegen bedeutsamer kognitiver Störungen auszugehen?
- Kann der Hauptgutachter ein neuropsychologisches Zusatzgutachten empfehlen (wenn nein: warum nicht?)?
- Ist der (neuro-) psychologische Zusatzgutachter qualifiziert? (Minimalanforderung: Zertifizierung als Klinischer Neuropsychologe GNP oder Äquivalentes).
- Wurden BVT oder andere moderne Methoden zur Diagnostik der Beschwerdenuvalidität (Überprüfung der Kooperativität / Anstrengungsbereitschaft) eingesetzt?

## 2. Begutachtung neuropsychologischer und psychischer Störungen allgemein

- Liegt ein potenzieller Interessenkonflikt als Gutachter und als ärztlicher, psychotherapeutischer oder neuropsychologischer Behandler vor?
- Wird die Möglichkeit negativer Antwortverzerrungen ausdrücklich im Gutachten behandelt?
- Ist die Beantwortung nachvollziehbar oder basiert sie auf einem einfachen „Statement“, auf faktischen, nicht begründeten Feststellungen, reinem klinischen Eindrucksurteil?
- Wurden neben einer Plausibilitätsprüfung weitere (moderne) Methoden zur Beurteilung der Beschwerdvalidität eingesetzt?

**Danke für Ihre  
Aufmerksamkeit.**



Klinikum im Friedrichshain  
Klinik für Neurologie  
thomas.merten@vivantes.de





END OF PRESENTATION