

**Universität  
Rostock**



Traditio et Innovatio

**Forschungsabschlussbericht  
zum Projekt zur Erarbeitung eines Leitfadens zur  
Begutachtung der beruflichen Leistungsfähigkeit  
im Rahmen der Privaten Berufsunfähigkeitsrente**

von

**Prof. Dr. Dr. W. Schneider**

**Dipl.- Psych. D. Becker**

**Forschungsförderung durch die Dr. Karl-Wilder-Stiftung des Gesamtverbandes der Deutschen Versicherungswirtschaft (GDV)**

**Projektdauer: 2 Jahre (01.01.2009 – 31.12.2010)**

**Studienleitung: Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. Wolfgang Schneider, Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin, Universität Rostock**

### **Kooperationspartner**

PD Dr. R. Dohrenbusch; Abteilung für Methodenlehre, Diagnostik und Intervention, Institut für Psychologie, Universität Bonn

Prof. Dr. H.J. Freyberger; Direktor der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität Greifswald am Standort Stralsund

Prof. Dr. H. Gündel; Direktor der Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie; Universität Ulm

Prof. Dr. P. Henningsen; Direktor der Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Technische Universität München

Prof. Dr. V. Köllner; Fachklinik für Psychosomatische Medizin, MedClin Blietal Kliniken, Blieskastel und Medizinische Fakultät der Universität des Saarlandes, Homburg/Saar

### **Wissenschaftliche Mitarbeiter**

Dr. Dipl.- Psych. Johanna Barth; Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Technische Universität München

Dipl.-Psych. D. Becker; Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin, Universität Rostock

Dipl.-Psych. Stefanie Kahnert; Abteilung für Methodenlehre, Diagnostik und Intervention, Institut für Psychologie, Universität Bonn

Dipl.- Psych. Sonja Kowalewsky; Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität Greifswald am Standort Stralsund

Dipl.-Psych. Dagmar Kraft; Fachklinik für Psychosomatische Medizin, MedClin Blietal Kliniken

Dipl.-Psych. Simone Schickel; Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Technische Universität München

---

## Inhaltsverzeichnis

<b>Einführung</b>	<b>4</b>
<b>Der Leitfaden zur Beurteilung der Leistungsfähigkeit bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen</b>	<b>12</b>
<b>1. Allgemeines Modell der beruflichen Leistungsfähigkeit</b>	<b>12</b>
1.1 <i>Determinanten der Leistungsfähigkeit</i>	12
1.2 <i>Verbindung von Querschnitt- und Längsschnittmerkmalen</i>	15
1.3 <i>Berücksichtigung von Hemmnissen und Ressourcen</i>	16
1.4 <i>Beschwerdenuvalidierung</i>	17
1.5 <i>Diagnostische Methoden bei der Begutachtung</i>	18
1.6 <i>Zur Bedeutung der testpsychologischen Untersuchung bei der Diagnostik</i>	20
1.7 <i>Integration der unterschiedlichen Datenebene</i>	22
1.8 <i>Rahmenbedingungen der Begutachtung</i>	23
<b>2. Die diagnostischen Merkmalsbereiche der beruflichen Leistungsbeurteilung</b>	<b>24</b>
2.1 <i>Psychiatrische und psychosomatische Vorbefunde (Abschnitt A)</i>	25
2.2 <i>Psychische und Psychosomatische Funktionen und Funktionseinschränkungen (Abschnitt B)</i>	28
2.3 <i>Krankheitsverarbeitung (Abschnitt C)</i>	41
2.4 <i>Aktivitäten (Abschnitt D)</i>	51
2.5 <i>Beurteilung etwaiger tendenziöser Haltungen (Abschnitt E)</i>	63
2.6 <i>Partizipation und berufliche Leistungsbeurteilung (Abschnitt F)</i>	76
2.7 <i>Prognose aus der Sicht des Gutachters (Abschnitt G)</i>	79
<b>Empirische Überprüfung des Leitfadens</b>	<b>81</b>
<i>Korrelationsstudien</i>	81
<i>Analyse bereits vorliegender Gutachten</i>	86
<i>Delphibefragungen</i>	88
<b>Literatur</b>	<b>92</b>
<b>Veröffentlichungen zum Leitfaden</b>	<b>94</b>
<b>Anhang</b>	
<b>Abbildungsverzeichnis</b>	<b>96</b>
<b>Ratingbogen zur Beurteilung der beruflichen Leistungsfähigkeit</b>	<b>97</b>

---

## **Einführung**

Im Rahmen einer von der Dr.Karl-Wilder-Stiftung geförderten multizentrischen und interdisziplinären Studie (Leitung: Prof. Dr. Dr. Wolfgang Schneider, Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin) ist ein Leitfaden zur Begutachtung der beruflichen Leistungsfähigkeit bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen erstellt worden, der zukünftig als ein inhaltlicher und methodischer Standard der Begutachtung gelten sollte. Dieser Leitfaden stellt auch die Grundlage für die aktuell noch von den einschlägigen medizinischen Fachverbänden zu autorisierten Leitlinien zur Begutachtung der beruflichen Leistungsfähigkeit dar.

## **Hintergrund**

Bei Rentenanträgen wegen verminderter Erwerbsfähigkeit im Rahmen der gesetzlichen Rentenversicherung wie auch bei der Privaten Berufsunfähigkeitsversicherung nehmen die Antragssteller, die psychische und psychosomatische Erkrankungen als Ursache für ihre eingeschränkte Leistungsfähigkeit angeben, eine zahlenmäßig große Bedeutung ein.

Seit vielen Jahren stellen diese Krankheiten bei den Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit die größte Zahl an Rentenzugängen dar (Köllner 2011). Die in epidemiologischen Studien aufgezeigten hohen Prävalenzraten psychischer und psychosomatischer Erkrankungen (1) sowie die hohe Zahl an Arbeitsunfähigkeitszeiten wegen dieser Erkrankungen verdeutlichen die volkswirtschaftliche Bedeutung dieser Erkrankungen.

Dabei bieten sich psychische und psychosomatische Störungen aufgrund der „Weichheit“ ihrer Symptome hinsichtlich der Beanspruchung von Renten oder Schadensansprüchen in besonderer Weise als Begründungsmodelle an. Aber auch chronische körperliche Erkrankungen sind oftmals durch psychosomatische Komplikationen gekennzeichnet, aus denen sich entsprechende Rechtsansprüche grundsätzlich ableiten lassen. So werden vielfach bei entsprechenden Rentenverfahren, wenn somatische Erkrankungen und damit verbundene Funktionsbeeinträchtigungen einen Rentenanspruch nicht rechtfertigen, psychische und psychosomatische Gründe oder Komplikationen als Begründung für rentenrechtlich relevante Leistungseinschränkungen vorgebracht.

## **Begutachtungsprobleme**

Die Begutachtung der beruflichen Leistungsfähigkeit bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen ist aufgrund der nur eingeschränkten Verfügbarkeit von angemessenen Methoden und Beurteilungskriterien als problematisch anzusehen.

**Insbesondere die komplexe Determiniertheit des Begutachtungsgegenstandes sowie die „Weichheit“ oder „Unschärfe“ der zu bewertenden Variablen und Befunde stellen eine besondere Anforderung für den Gutachter dar.**

Deshalb ist es hier besonders bedeutsam, dass für die Begutachtung der Leistungsfähigkeit oder etwaiger Kausalitätszusammenhänge bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen die inhaltlichen Konzepte und die methodischen Standards so elaboriert und so klar wie möglich definiert und beschrieben werden. Insbesondere **die Kriterien, die zur Entscheidungsfindung führen, müssen expliziert und transparent sein.** Diese Anforderungen sind in der Vergangenheit in einer Vielzahl von einschlägigen Begutachtungen nicht erfüllt worden.

Eine besondere Anforderung im Rahmen gutachterlicher Bewertungen zur Frage der beruflichen Leistungsfähigkeit bei Personen mit psychischen und psychosomatischen Erkrankungen stellt die **Abklärung etwaiger tendenziöser Haltungen oder Verfälschungstendenzen** auf Seiten des Begutachtungsprobanden dar. Die Beurteilung etwaiger systematischer Aggravationstendenzen muss unserer Ansicht nach auf einer umfassenden Analyse unterschiedlicher Informationen (z. B. Interviewverhalten, Befunde der klinischen Untersuchung, testpsychologische Ergebnisse und Testverhalten) aufbauen. Nur unter der Berücksichtigung und Integration unterschiedlicher Hinweise auf das Vorliegen von Aggravationstendenzen im konkreten Fall lässt sich diese Problematik einigermaßen angemessen beantworten.

Die Bewertung der Leistungsfähigkeit kann nicht nur im Querschnittsbefund vorgenommen werden (Wie ist die Leistungsfähigkeit jetzt einzuschätzen?), sondern muss auch den Längsschnitt unter Berücksichtigung bisheriger therapeutischer und rehabilitativer Maßnahmen und mit Bezug auf ihre zukünftige Entwicklung (z.B. nach weiteren rehabilitativen oder therapeutischen Maßnahmen) berücksichtigen. Diese inhaltlichen und methodischen Gesichtspunkte haben dazu geführt, dass im Rahmen einer multizentrischen und interdisziplinären Arbeitsgruppe<sup>1</sup> ein Leitfaden zur

---

<sup>1</sup> Förderung durch die Dr.Karl-Wilder-Stiftung des Gesamtverbandes der Deutschen Versicherungswirtschaft (GDV).

Begutachtung der beruflichen Leistungsfähigkeit entwickelt worden und systematisch empirisch überprüft worden ist. Dieser Ansatz wird auch in den aktuell erarbeiteten Leitlinien zur Begutachtung der Leistungsfähigkeit im Auftrag der einschlägigen Fachgesellschaften (Koordination W.Schneider, Rostock und P.Henningsen, München) verfolgt.

### **Zum Begriff der beruflichen Leistungsfähigkeit**

Das diagnostische Grundverständnis des Leitfadens geht davon aus, dass die Leistungsfähigkeit eines Individuums mit einer psychischen oder psychosomatischen Erkrankung/Störung sich nicht allein aus der Symptomatologie ergibt, sondern eine Folge der Wechselwirkung von individuellen Verarbeitungsprozessen und Umweltfaktoren darstellt. **Das dem Leitfaden zugrundeliegende diagnostische Modell ist an der International Classification of Functioning (ICF) der WHO orientiert**, deren zentralen diagnostischen Kategorien neben der Störung und den somatischen und psychischen Funktionen insbesondere die Ebenen der Aktivität und der Partizipation sind.

Die berufliche „Leistungsfähigkeit“ wird im Sinne der ICF als ein Konstrukt verstanden, das als Beurteilungsmerkmal das höchstmögliche Niveau der Funktionsfähigkeit angibt, das eine Person an Aktivitäten und Teilhabe an unterschiedlichen Lebensbereichen (Partizipation) zu einem gegebenen Zeitpunkt erreicht. Leistungsfähigkeit spiegelt die umwelt-adjustierte, bezogen auf die Berufsfähigkeit also die an die beruflichen Arbeitsbedingungen adjustierte Leistungsfähigkeit wider. Insofern geht die Beurteilung der beruflichen Leistungsfähigkeit über eine einfache Beschreibung des allgemeinen Funktionsniveaus (Aktivität und Partizipation) hinaus.

### **Der Leitfaden zur Beurteilung der Leistungsfähigkeit bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen**

Der Leitfaden stellt einen operationalisierten und manualisierten Ansatz zur Begutachtung der beruflichen Leistungsfähigkeit dar. Der Leitfaden umfasst die folgenden diagnostischen Merkmalsbereiche.

## Diagnostische Merkmalsbereiche des Leitfadens

- A. Psychiatrische und psychosomatische Vorbefunde/Vorbehandlungen
- B. Psychische und psychosomatische Funktionen
- C. Krankheitsverarbeitung
- D. Aktivität
- E. Beurteilung tendenziöser Haltungen
- F. Beurteilung der beruflichen Leistungsfähigkeit unter Berücksichtigung der Prognose (Partizipation)

**Das zentrale Ziel bei der Entwicklung des Leitfadens bestand darin, ein möglichst hohes Ausmaß an Reliabilität und Validität der Diagnostik zu erreichen sowie den gutachterlichen Prozess und die Entscheidungsfindung so transparent wie möglich zu machen.** Die Reliabilität (Zuverlässigkeit) gibt Auskunft darüber, inwieweit mehrere Beurteiler zum gleichen diagnostischen Ergebnis kommen und die Validität (Gültigkeit) stellt ein Maß dafür dar, inwieweit die unterschiedlichen diagnostischen Bewertungen die Merkmale angemessen abbilden

Im **Handbuch des Leitfadens** werden mit Ausnahme der diagnostischen Hauptkategorie A (psychiatrische und psychosomatische Vorbefunde) die **diagnostischen Merkmale (Kategorien) in einem ersten Schritt definiert und dann durch Kriterien beschrieben, die der Operationalisierung des Bewertungsprozesses dienen.** Der Ausprägungsgrad der einzelnen diagnostischen Merkmale soll dann auf einer fünfstufigen Skala (1 = nicht vorhanden, 3 = mittlere Ausprägung, 5 = hohe Ausprägung) beurteilt werden. Zur Erleichterung der Bewertung des Ausprägungsgrades eines Merkmals werden Ankerbeispiele für eine niedrige, mittlere und hohe Ausprägung des Merkmals angeführt. **Auch der Prozess der gutachterlichen Entscheidungsfindung wird im Leitfaden beschrieben.** Im Anhang des Leitfadens findet sich ein Glossar, in dem die relevanten Begriffe des diagnostischen Modells definiert sind.

### Krankheitsverarbeitung

Die Beeinträchtigungen aber auch die Ressourcen auf der Ebene der psychischen und psychosomatischen Funktionen aber auch der Aktivitäten sind weiter durch die

Krankheitsverarbeitung beeinflusst, die insbesondere Aspekte des Leidensdruckes, des Krankheitskonzeptes, der Veränderungsmotivation und Selbstregulation sowie der Veränderungsressourcen umfasst. **Prozesse der Krankheitsverarbeitung beeinflussen so in relevanter Weise auch die letztlich vorhandene berufliche Leistungsfähigkeit.** Insofern stellt ein Verständnis der Krankheitsverarbeitungsprozesse auf Seiten des zu Begutachtenden einen wichtigen Bestandteil sowohl der Begutachtung der aktuell vorhandenen Leistungsfähigkeit dar und gleichzeitig ergibt es wichtige Hinweise über die Prognose etwaig zu indizierenden therapeutischen und rehabilitativen Massnahmen.

### **Aktivitäten**

**Für die Beurteilung der Leistungsfähigkeit sind die Aktivitäten und Fähigkeiten, die ein Individuum noch umsetzt oder prinzipiell noch umsetzen könnte zentral.**

Die Bewertung der Aktivitäten und Fähigkeiten orientiert sich an der Beurteilung dessen, was Personen in ihrer tatsächlichen Umwelt tun. Um im Bereich der Berufsunfähigkeitsbegutachtung eine möglichst umfassende Bewertung relevanter Aktivitäten und Fähigkeiten eines Individuums zu gewährleisten, sollten prinzipiell alle berufsrelevanten Aktivitäten und Funktionen als Bezugsrahmen herangezogen werden. Bei der Beschreibung und der Bewertung der Aktivitäten/ Fähigkeiten haben wir in dem von uns entwickelten diagnostischen Modell einen engen Bezug auf die Kategorien für Aktivitäten und Fähigkeiten des Mini-ICF-APP genommen. Diese beschreiben Funktions- und Fähigkeitsbereiche, die für die allgemeine und insbesondere berufliche Leistungsfähigkeit von Bedeutung sind.

Bei der Bewertung der Aktivitäten sollte auch berücksichtigt werden, welche Aktivitäten einem Individuum grundsätzlich aufgrund seiner vorhandenen psychischen Funktionen möglich sein sollten, auch wenn er diese aktuell (z.B. aufgrund regressiver Tendenzen) nicht umsetzt. Zentral ist die Frage, inwieweit eine Aktivität zukünftig möglich sein wird oder nicht (Prognose).

**Die Bewertung der (beruflichen) Leistungsfähigkeit ergibt sich dann aus dem Abgleich der dem Individuum möglichen Aktivitäten/ Fähigkeiten mit dem beruflichen Anforderungsprofil (Partizipation).**



D.h. es muss geprüft werden, ob und in welchem Ausmaß das Individuum in der Lage ist, aufgrund seiner ihm verfügbaren Aktivitäten/ Fähigkeiten die beruflichen Leistungsanforderungen umzusetzen. Zugleich muss berücksichtigt werden, dass dem Individuum u. U. der Transfer von ihm grundsätzlich verfügbaren Aktivitäten/ Fähigkeiten in unterschiedliche Lebensbereiche (hier die Berufstätigkeit) nicht oder nur eingeschränkt möglich sein kann.

### **Beurteilung tendenziöser Haltungen**

Die berichtete oder bei der Untersuchung dargestellte Symptomatik, aber auch etwaige Beeinträchtigungen der psychischen Funktionen oder Aktivitäten sollten bei der Begutachtung soweit als möglich gegen Simulation, Aggravation oder Dissimulation (z.B. der Leistungsfähigkeit) abgegrenzt werden können.

Im Leitfaden werden unterschiedliche Gruppen von Kriterien expliziert, die als Hinweise für Tendenzen zur Simulation und Aggravation gewertet werden können. Dazu zählen z.B. externe Anreize für tendenziöse Haltungen, Hinweise aus der testpsychologischen Untersuchung, Antwortverzerrungen und plakative Schilderungen, Widersprüche und Inkonsistenzen bei der Beschwerdenschilderung und klinischen Befunden sowie zwischen einzelnen diagnostischen Ebenen.

Die Beurteilung der Beschwerdvalidität darf nicht nur aufgrund des klinischen Eindrucks vorgenommen werden oder in Gegenübertragungsprozessen des Gutachters begründet sein, sondern muss die verschiedenen Informationsquellen, die einem Gutachter zur Verfügung stehen, kritisch reflektieren und für Außenstehende (z.B. Richter) transparent und nachvollziehbar sein. Wichtig ist es, verbleibende Inkonsistenzen oder Zweifel im Gutachten explizit darzulegen und keine Sicherheit in der Beurteilung vorzugeben, wo sie nicht existiert.

### **Beurteilung der beruflichen Leistungsfähigkeit**

Die berufliche Leistungsfähigkeit ergibt sich aus den dem Individuum zur Verfügung stehenden somatischen und psychosozialen Funktionen bzw. deren Einschränkungen sowie den ihm möglichen Aktivitäten. Auf der Basis dieser Faktoren lässt sich, soweit diese differenziert heraus gearbeitet sind, ein Leistungsprofil in Bezug auf qualitative und quantitative arbeitsbezogene Leistungsanforderungen erstellen.

Bei der Begutachtung im Rahmen der Privaten Berufsunfähigkeitsversicherungen geht es z.B. um die Beurteilung der konkreten Leistungsfähigkeit in Bezug auf das spezifische Anforderungsprofil seiner beruflichen Tätigkeit. Zur Beurteilung der beruflichen Leistungsfähigkeit müssen die berufsbezogenen Aufgaben in die unterschiedlichen Aktivitätskategorien „übersetzt“ bzw. durch diese beschrieben werden.

Abschließend muss der Gutachter eine prognostische Einschätzung über die Entwicklung der Leistungsfähigkeit vornehmen. Dabei müssen die Merkmale der unterschiedlichen Beurteilungsebenen nicht nur im „Hier und Jetzt“ (Querschnitt) bewertet werden, sondern auch in ihrem Verlauf (Längsschnitt) antizipatorisch eingeschätzt werden, um Aussagen über die zukünftige Entwicklung und Beeinflussbarkeit durch therapeutische und/oder rehabilitative Interventionen treffen zu können

### **Diagnostische Methoden bei der Begutachtung auf der Grundlage des Leitfadens**

Der Begutachtung liegen unterschiedliche diagnostische Zugangsweisen bzw. Methoden zugrunde. Zu diesen gehören: die Auswertung der Akten, das psychotherapeutisch- psychosomatische Interview (biographische Anamnese, insbesondere auch die Berufsanamnese), die psychiatrische Exploration sowie die klinische Untersuchung. Entlang der Aktenvorbefunde sind die etwaig vorliegenden somatischen Grunderkrankungen und Vorbehandlungen zu beurteilen und zu gewichten. Soweit die somatische Diagnostik nicht vollständig und angemessen umgesetzt worden ist, sollten ggf. zusätzliche somatische diagnostische Vorgehensweisen indiziert werden. Einen weiteren wichtigen methodischen Zugang zur angemessenen Bearbeitung der komplexen Begutachtungsfragestellung stellt die testpsychologische Diagnostik dar, die neben der Fremdbeurteilung (durch den Gutachter) auch die Selbstbeschreibung des zu Begutachtenden und nicht zuletzt eine direkte Leistungsmessung ermöglicht. Einsatz von psychologischen Tests bei der Begutachtung der beruflichen Leistungsfähigkeit grundsätzlich insofern indiziert, als dass sie gleichzeitig als „Belastungserprobung“ für den zu Begutachtenden dienen, in der sich insbesondere auch motivationale Haltungen - z.B. eine Aggravationstendenz - ausdrücken können.

Sie stellen somit in Ergänzung zur klinischen Untersuchung eine breitere Datenbasis zur Verfügung und können der Systematisierung sowie Differenzierung von Befunden dienen.

### **Integration der unterschiedlichen Datenebenen**

Die hier angesprochenen unterschiedlichen methodischen Zugangsweisen müssen schließlich in die Gesamtbewertung integriert werden. Dabei müssen die Befunde mit unterschiedlichen Methoden für die einzelnen Merkmalsebenen auf ihre Konsistenz geprüft werden. In einem nächsten Schritt ist zu prüfen, inwieweit Widersprüche zwischen unterschiedlichen Informations/Datenebenen vorliegen. Soweit sich entsprechende Widersprüche finden, muss geklärt werden, ob diese Widersprüche zwischen verschiedenen diagnostischen Ebenen in einer unzulänglichen Erhebung (z.B. mangelnder Zuverlässigkeit der Messung oder mangelnder Validität der Erhebungsmethoden oder Validitätseinschränkung aufgrund willentlicher Verfälschungen) begründet sind.

**Bei Vorliegen von widersprüchlichen Ergebnissen entlang der unterschiedlichen Datenebenen muss im Gutachten begründet werden, warum der Gutachter „so oder so“ entscheidet.**

Im folgenden Abschnitt erfolgt die Darstellung des Leitfadens zur Beurteilung der Leistungsfähigkeit bei Personen mit psychischen und psychosomatischen Erkrankungen.

## **Der Leitfaden zur Beurteilung der Leistungsfähigkeit bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen**

### **1. Allgemeines Modell der beruflichen Leistungsfähigkeit**

Gemäß der International Classification of Functioning (ICF; WHO 1998, deutsche Version 2002) wird „Leistung“ definiert als „ein Konstrukt, das als Beurteilungsmerkmal angibt, **was Personen in ihrer gegenwärtigen tatsächlichen Umwelt tun** und deshalb den Gesichtspunkt des Einbezogenenseins einer Person in Lebensbereiche berücksichtigt“. In Abgrenzung zum Begriff der „Leistung“ bezeichnet „Leistungsfähigkeit“ nach ICF ein Konstrukt, das als Beurteilungsmerkmal das **höchstmögliche Niveau der Funktionsfähigkeit** angibt, das eine Person in einer Domäne der Aktivitäten- und Partizipationsliste zu einem gegebenen Zeitpunkt erreicht. Leistungsfähigkeit spiegelt die umwelt-adjustierte, bezogen auf die Berufsfähigkeit also die an die beruflichen Arbeitsbedingungen adjustierte Leistungsfähigkeit wider. Insofern geht die Beurteilung der Leistungsfähigkeit über eine einfache Beschreibung des allgemeinen Funktionsniveaus- und Fähigkeitsniveaus (Aktivität und Partizipation) hinaus. Die Frage der Leistungsfähigkeit gilt nicht allein dem Funktionsniveau, das der zu Begutachtende aktuell in seinem Alltag realisiert, sondern dem Leistungsniveau, das er unter bestimmten kontextuellen (z.B. arbeitsplatzbezogenen) Bedingungen unter Berücksichtigung eventueller gesundheitlicher Beeinträchtigungen realisieren kann.

#### **Statement 1**

Der hier verwendete Begriff der beruflichen Leistungsfähigkeit orientiert sich an der International Classification of Functioning (ICF). Danach beschreibt das Konstrukt das höchstmögliche Niveau der Funktionsfähigkeit, welches ein Individuum im arbeitsplatzbezogenen Kontext erreichen kann.

#### **1.1 Determinanten der Leistungsfähigkeit**

Bei der Begutachtung der Leistungsfähigkeit generell und bei der Begutachtung des Grades der Berufsunfähigkeit im Speziellen ist davon auszugehen, dass sich die Leistungsfähigkeit (Ressourcen und Hemmnisse) nicht direkt aus der somatischen, psychischen oder psychosomatischen Erkrankung im Gesamt ihrer Psychopathologie herleitet.

Die Leistungsfähigkeit im Arbeitsleben ist vielmehr als abhängig zu sehen von drei Variablen Gruppen:

1. **Der Art und dem Ausmaß psychischer und psychosomatischer Funktionen und Funktionsstörungen.** In die Bewertung einbezogen sind psychische Funktionen und Funktionsbeeinträchtigungen, die das klinische Erscheinungsbild aktuell und in der jüngeren Vergangenheit bestimmt haben. Sie können auf psychophysiologischer, emotionaler, kognitiver, verhaltensbezogener und interaktioneller Ebene beschrieben werden (**Abschnitt B: Psychische und psychosomatische Funktionen und Funktionseinschränkungen**). Ebenso in die Beurteilung einzubeziehen sind Ressourcen, also Angaben über individuelle Fähig- und Fertigkeiten und individuelle Stärken, die geeignet sind, bestehende Funktionsminderungen zu kompensieren. Diagnosen stehen hier nicht im Vordergrund. Die psychischen Funktionen (z. B. Emotionalität, kognitive Prozesse, Verhaltens- und interaktionelle Prozesse) sollten möglichst konkret und umfassend beschrieben werden. Soweit körperlich begründete Einschränkungen und Funktionsstörungen vorliegen, sind diese bei der Beurteilung der Leistungsfähigkeit ebenfalls zu berücksichtigen.
2. Die Beeinträchtigungen auf der psychischen und psychosomatischen Ebene sind weiter durch die **Krankheitsverarbeitung** beeinflusst, die insbesondere Aspekte des Leidensdruckes, des Krankheitskonzeptes, der Veränderungsmotivation und der Veränderungsressourcen umfasst. Die Beurteilung der psychischen und psychosomatischen Funktionen ist nicht unabhängig von den Prozessen der Krankheitsverarbeitung zu sehen, die funktional oder dysfunktional die psychischen und psychosomatischen Einschränkungen und Ressourcen beeinflussen können.
3. Zentral für die Beurteilung der Leistungsfähigkeit sind die **Aktivitäten und Fähigkeiten**, die ein Individuum noch umsetzt oder prinzipiell noch umsetzen könnte. Die Bewertung der Aktivitäten und Fähigkeiten orientiert sich an der Beurteilung dessen, was Personen in ihrer tatsächlichen Umwelt tun. Um eine möglichst umfassende Bewertung relevanter Aktivitäten und Fähigkeiten eines Individuums zu gewährleisten, sollten prinzipiell alle berufsrelevanten Aktivitäten und Funktionen als Bezugsrahmen herangezogen werden. Bei der

Beschreibung und der Bewertung der Aktivitäten/ Fähigkeiten nehmen wir einen engen Bezug auf die Kategorien für Aktivitäten und Fähigkeiten des Mini-ICF-APP (Linden et al., 2009). Diese beschreiben Funktions- und Fähigkeitsbereiche, die für die allgemeine und insbesondere berufliche Leistungsfähigkeit von Bedeutung sind. (z.B. Anpassung an Regeln und Routinen, Strukturierung von Aufgaben, Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit, Interaktions- und Kommunikationsfähigkeit etc.).

**Die Bewertung der (beruflichen) Leistungsfähigkeit ergibt sich dann aus dem Abgleich der dem Individuum möglichen Aktivitäten/ Fähigkeiten mit dem beruflichen Anforderungsprofil (Partizipation).** D.h. es muss geprüft werden, ob und in welchem Ausmaß, die dem Individuum grundsätzlich verfügbaren Aktivitäten/ Fähigkeiten die Umsetzung der beruflichen Leistungsanforderungen, die im Rahmen der BUZ in der Regel durch die Arbeits- und Anforderungsprofile ausformuliert sind, ermöglichen. In diesem Zusammenhang ist der Begriff der „zumutbaren Willensanstrengung“ zu nennen, der sich auf die Frage bezieht, ob der zu Begutachtende mit zumutbarer Willensanstrengung die Hemmungen, die einer Arbeitsaufnahme entgegenstehen, überwinden kann. Die bestehende Symptomatik muss hierbei eindeutig gegen Aggravation oder Simulation (siehe 1.4) abgegrenzt werden können. Dabei sollte jedoch berücksichtigt werden, dass dem Individuum u. U. der Transfer von ihm grundsätzlich verfügbaren Aktivitäten/ Fähigkeiten in unterschiedliche Lebensbereiche (hier die Berufstätigkeit) nicht oder nur eingeschränkt möglich sein kann. In diesem Fall sind die transferbehindernden individuellen oder umweltbezogenen Bedingungen herauszuarbeiten, um die Voraussetzungen für die Teilhabe am Arbeitsprozess – z.B. über dazwischengeschaltete Interventionen – zu schaffen. Bei den Begutachtungen sind die beruflichen bzw. erwerbsbezogenen Anforderungsprofile jedoch in Abhängigkeit vom konkreten Begutachtungskontext/ Rechtsgebiet unterschiedlich differenziert zu beantworten. So wird bei der Bewertung der Leistungsfähigkeit im Rahmen von Rentenverfahren wegen verminderter Erwerbsfähigkeit lediglich auf den „allgemeinen Arbeitsmarkt“ Bezug genommen. Bei der Bewertung der Leistungsfähigkeit im

Rahmen der Privaten Berufsunfähigkeitsrente muss dem gegenüber Bezug auf die in der Versicherungspolice angeführten beruflichen Aufgaben- bzw. Anforderungsprofile genommen werden.

**Statement 2**

Die berufliche Leistungsfähigkeit wird von der Art und dem Ausmaß psychischer und psychosomatischer Funktionen und Funktionsstörungen, der Art der Krankheitsverarbeitung sowie von den dem Individuum zur Verfügung stehenden Aktivitäten und Fähigkeiten determiniert. Die Bewertung der konkret vorliegenden (beruflichen) Leistungsfähigkeit ergibt sich dann aus dem Abgleich der dem Individuum möglichen Aktivitäten/ Fähigkeiten mit dem beruflichen Anforderungsprofil (Partizipation).

**1.2 Verbindung von Querschnitt- und Längsschnittmerkmalen**

Zum Verständnis der bio-psycho-sozialen Hintergrundbedingungen der Entwicklung der beruflichen Leistungsfähigkeit sind in der Regel die längsschnittliche / biografische Entwicklung sowie aktuelle und chronische körperliche oder psychosoziale Belastungen von Bedeutung. Psychische Charakteristika des Individuums (z.B. spezielles konflikthafte Erleben, Störungen der Persönlichkeitsstruktur) beeinflussen so oftmals sowohl die Entstehung der Erkrankung als auch den Krankheitsverlauf. So muss im Einzelfall geprüft werden, inwieweit psychologische Konzepte zur Entstehung und Aufrechterhaltung der Erkrankung aber auch der aktuell bestehenden Leistungsfähigkeit für die Beurteilung der Leistungsfähigkeit und deren Prognose von Bedeutung sind. Eine wichtige, den Krankheitsverlauf beeinflussende Funktion nehmen Prozesse der Krankheitsverarbeitung ein, die u. a. durch spezifische emotionale, kognitive und handlungsbezogene (Persönlichkeits-) Eigenschaften des Individuums aber auch krankheitsbezogene und sonstige situative Bedingungen beeinflusst werden. Auch die Erfahrungen im Behandlungsprozess können die Krankheitsverarbeitung des Individuums in bedeutsamer Weise mit prägen. Bei der Prognose der Leistungsfähigkeit sind bislang erfolgte Behandlungsmaßnahmen sowie deren Ergebnisse zu berücksichtigen.

### **Statement 3**

Die Erhebung der längsschnittlichen / biografischen Entwicklung sowie der akuten oder chronischen körperlichen oder psychosozialen Belastungen ermöglicht Aussagen darüber, inwieweit psychische Charakteristika des Individuums (z.B. spezielles konflikthafte Erleben, Störungen der Persönlichkeitsstruktur) die Entstehung der Erkrankung, den Krankheitsverlauf und die berufliche Leistungsfähigkeit beeinflussen.

### **1.3 Berücksichtigung von Hemmnissen und Ressourcen**

Bei der Bewertung der psychischen/ psychosomatischen Funktionen und Funktionsstörungen, der Krankheitsverarbeitung als auch der Aktivitäten/ Fähigkeiten sollten sowohl Hemmnisse, als auch Ressourcen des Individuums berücksichtigt werden.

Das **psychische/psychosomatische Funktionsniveau** eines Individuums zu einem spezifischen Zeitpunkt stellt ein Resultat seiner emotionalen, kognitiven und verhaltensbezogenen Entwicklungsparameter im Wechselspiel mit den durch die Erkrankung bedingten Einschränkungen/Hemmnisse dar.

Für den Bereich der **Krankheitsverarbeitung** sind Hemmnisse bestimmt durch rigide und dysfunktionale Formen der Stress- und Krankheitsbewältigung sowie durch unwirksame Behandlungsversuche. Ressourcen sind bestimmt durch protektive körperliche und/oder psychosoziale Personenmerkmale sowie soziale Bedingungen, die eine Kompensation der dysfunktionalen Bewältigungsmuster und unzureichender Behandlungserfolge ermöglichen.

In Bezug auf **Aktivitäten und Fähigkeiten** ist zu fragen, welche Ressourcen zur Erhaltung oder Erweiterung des Aktivitätsspektrums vorliegen und welche konkreten (körperlichen, emotionalen, kognitiven, kommunikativ-sozialen) Hemmnisse bestehen. Dabei sind Ressourcen überwiegend bestimmt durch die noch vorhandenen Fähigkeiten, Fertigkeiten und motivationalen Bedingungen, die das positive Leistungsbild bestimmen. Hingegen sind Hemmnisse überwiegend bestimmt durch die Art und das Ausmaß der Funktions- und Leistungsbeeinträchtigungen sowie durch negative motivationale Bedingungen.



Für den Bereich der **beruflichen Partizipation** beziehen sich Hemmnisse auf Aktivitäts- und Fähigkeitseinbußen bei einem gegebenen beruflichen Anforderungsprofil. Ressourcen betreffen personale Faktoren (Eigenschaften, Fähigkeiten, spezifische Kompetenzen) oder konkrete äußere (physikalische oder soziale) Arbeitsplatzbedingungen, die zur Kompensation der krankheitsbedingten beruflichen Leistungsbeeinträchtigungen beitragen können.

### Beurteilung der Leistungsfähigkeit

Probleme: **Validität; Aggravation, Simulation- oder Dissimulation**

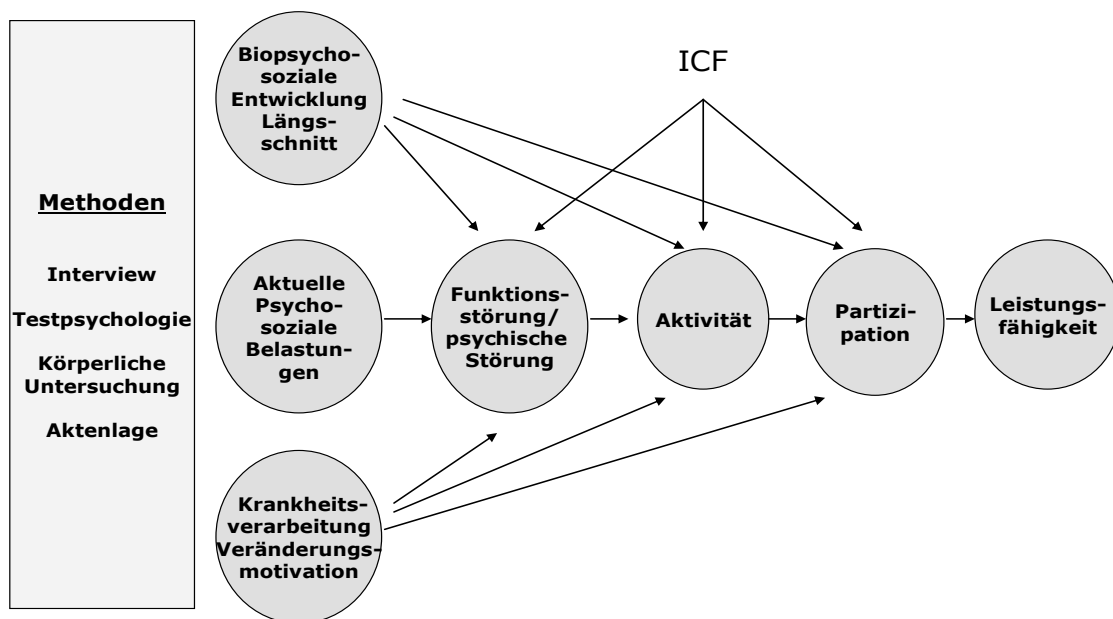


Abbildung 1: Modell der beruflichen Leistungsfähigkeit

#### Statement 4

Bei der Bewertung der psychischen / psychosomatischen Funktionen und Funktionsstörungen, der Krankheitsverarbeitung wie auch der Aktivitäten / Fähigkeiten sollten sowohl Hemmnisse als auch Ressourcen des Individuums berücksichtigt werden.

#### 1.4 Beschwerdvalidierung (Aggravation, Dissimulation und Simulation)

Etwaige tendenziöse Haltungen oder Verfälschungstendenzen sind bei der Beschreibung der unterschiedlichen Merkmale des Leitfadens angemessen zu berücksichtigen.

Dazu eignen sich je nach zu bewertendem Funktionsbereich unterschiedliche Formen der Beschwerdvalidierung (d.h. der Überprüfung mutmaßlich bewusstseinsnah verzerrter oder verfälschender Beschwerdedarstellung).

Grundsätzlich sollte die Validierung der beklagten Beschwerden und ihrer Auswirkungen auf eine möglichst breite methodologische Grundlage gestellt werden, die inter- und intraindividuelle Vergleiche ermöglicht. Folgende Methoden können zur Validierung von Angaben über Symptome, Funktionseinschränkungen, Krankheitsverlaufsmerkmale und Behandlungswirkungen sowie zum Konsistenzabgleich geeignet sein: Exploration/Interview, Verhaltensbeobachtung, standardisierte/normierte Fragebögen, Fragebogenkontrollskalen oder Fragebögen zu Antworttendenzen, körperliche Funktions- und Leistungstests, psychologische Funktions- und Leistungstests, Symptomvalidierungstests, Labortests/ Kontrolle des Serumspiegels.

#### **Statement 5**

Die bei der Begutachtung berichteten Beschwerden müssen grundsätzlich mit den unterschiedlichen zur Verfügung stehenden geeigneten Methoden validiert werden, um relevante „Verfälschungstendenzen“ zu identifizieren.

### **1.5 Diagnostische Methoden bei der Begutachtung**

Der Begutachtung liegen unterschiedliche diagnostische Zugangsweisen bzw. Methoden zugrunde. Die Begutachtung muss umfassen:

1. die Diagnostik etwaiger körperlicher Funktionsstörungen,
2. die Ebene der Psychopathologie,
3. etwaige psychosomatische Interaktionen,
4. die biografische Anamnese sowie eine detaillierte Berufsanamnese,
5. die systematische Analyse der psychosozialen Längsschnittentwicklung,
6. die Krankheitsverarbeitung,
7. die Aspekte, die im engeren Sinne für die Bewertung der Leistungsfähigkeit von Bedeutung sind (Aktivität, Partizipation)

Entlang der Aktenvorbefunde sind die etwaig vorliegenden somatischen Grunderkrankungen und Vorbehandlungen zu beurteilen und zu gewichten. Soweit die somatische Diagnostik nicht vollständig und angemessen umgesetzt worden ist, sollten ggf. zusätzliche somatische diagnostische Vorgehensweisen indiziert werden.

Zur Erhebung der Psychopathologie ist eine psychiatrisch – psychosomatisch orientierte Exploration vorzunehmen. Ein Einsatz spezieller halb strukturierter oder strukturierter psychiatrischer diagnostischer Verfahren ist in der Regel nicht angezeigt und sollte nur in begründeten Ausnahmefällen vorgenommen werden.

Bei der psychiatrischen Exploration und Untersuchung muss unterschieden werden zwischen Befunden, die wir „sehen“ können (z.B. affektive Niedergeschlagenheit, Konzentrationsmangel, Antriebsmangel) und vom Begutachteten berichtete Beschwerden (z.B. Ängste). Zu prüfen ist, ob diese beiden Ebenen getrennt aufgeführt werden.

Die Erhebung der biografischen Anamnese sowie der Berufsanamnese und der psychosozialen Entwicklungslinien des zu Begutachtenden erfolgt im Rahmen eines psychosomatischen Interviews, bei dem der zu Begutachtende insbesondere Raum erhält, seine subjektive Sichtweise dem Interviewer darzulegen.

Die Aktivitäten, die der zu Begutachtende unternimmt, sollen detailliert für unterschiedlichste Aktivitätsbereiche im Interview erhoben werden. Ergänzend bietet sich an, dem zu Begutachtenden ein halbstrukturiertes Aktivitätenprotokoll vorzulegen. Es ist evident, dass ein derartiger Ansatz ein hohes Ausmaß an Kompetenz des Gutachters bezüglich dieser unterschiedlichen diagnostischen Zugänge erfordert. Er muss in der Lage sein, das Gespräch flexibel zwischen einer „aktiv-explorierenden“ und einer „offen-reflexiven“ Interaktion zu gestalten.

**Statement 6**

Die Begutachtung umfasst unterschiedliche diagnostische Ebenen, die mit den jeweils angemessenen Methoden erhoben werden müssen. Dabei muss beachtet werden, dass sich aus dem psychopathologischen Befund allein die Bewertung der beruflichen Leistungsfähigkeit nicht ergibt. Für die Beurteilung der beruflichen Leistungsfähigkeit sind insbesondere die dem Individuum zur Verfügung stehenden Aktivitäten sowie die Beurteilung von etwaigen Hindernissen bei der Partizipation (hier speziell im beruflichen Kontext) von Bedeutung. Die Ausbildungs- und Arbeitsanamnese muss stärker als in der herkömmlichen Anamnese berücksichtigt werden.

**1.6 Zur Bedeutung der testpsychologischen Untersuchung bei der Diagnostik**

Grundsätzlich stellt die testpsychologische Diagnostik einen wichtigen methodischen Zugang bei der Begutachtung dar, da multimethodale und -modale diagnostische Zugänge, die neben der Fremdbeurteilung (durch den Gutachter) auch die Selbstbeschreibung des zu Begutachtenden umfassen, besser geeignet sind, die komplexen Begutachtungsaufgaben, angemessen zu bearbeiten.

Psychologische Tests zeichnen sich in der Regel durch ihre Objektivität (das Ausmaß, in dem eine psychologische Messung bei dem gleichen Probanden unter den gleichen Ausgangsbedingungen bei unterschiedlichen Diagnostikern zu dem gleichen Ergebnis kommt), ihre Reliabilität (die Messgenauigkeit) sowie ihre Validität (misst der Test auch die Merkmale, die er zu messen beansprucht?) aus.

Ein wichtiges Indikationskriterium für den Einsatz von psychologischen Tests bei der Begutachtung ist die Kosten-Nutzen-Relation. Rechtfertigt der Nutzen, den ein Testergebnis für die gutachterliche Entscheidung liefert, den mit der Testung verbundenen Aufwand (Zeit und Kosten, Zumutbarkeit für den Probanden)? Der Nutzen von Testergebnissen kann -ebenso wie der Nutzen explorativ erhobener Angaben - eingeschränkt sein durch systematische Verfälschungstendenzen auf Seiten des zu Begutachtenden. Wenn die Transparenz der Testaufgaben hoch und die inhaltliche Zielrichtung der Items für den Probanden erkennbar ist, dann eröffnen Symptomskalen, Persönlichkeitsfragebögen, Fragebögen zur Messung der Krankheitsverarbeitung oder Psychotherapiemotivation sowie Schmerzdokumentationen dem zu Begutachtenden relativ leicht die Möglichkeit, den

Test intentional verzerrt zu bearbeiten. So wird er sich z.B. bei Vorliegen einer Aggravationstendenz auf einer Symptomskala hoch belastet darstellen oder bei Tests, die die kognitive Leistungsfähigkeit messen, seine Leistungsfähigkeit schwächer darstellen, als diese ist.

Trotz aller Vorbehalte plädieren wir für den reflektierten Einsatz von geeigneten Testverfahren. Sie sind grundsätzlich geeignet, uns eine breitere Datenbasis in Ergänzung zur klinischen Untersuchung zur Verfügung zu stellen und können der Systematisierung und Differenzierung von Befunden dienen. Gleichzeitig kann die Testung als „Belastungserprobung“ für den zu Begutachtenden dienen, in der sich insbesondere auch motivationale Variablen – z.B. auch eine Aggravationstendenz – ausdrücken können. Das Testverhalten, monoforme und extreme oder inkonsistente Testergebnisse aber auch kritische Werte auf Offenheitsskalen (z.B. FPI-R, Fahrenberg, 1994) können auf dieser Ebene Hinweise auf „sozial erwünschtes“ oder tendenziöses Antwortverhalten geben. Von speziellem Interesse ist die Frage, welche psychologischen Fragebogenverfahren regelhaft oder ergänzend, soweit indiziert, dem Gutachten zugrunde gelegt werden müssen. Hier plädieren wir dafür, dass regelhaft ein Basisinventar verwendet werden sollte, mit dem die Aspekte der psychischen bzw. psychosomatischen Symptomatik, der Persönlichkeitsentwicklung und der Krankheitsverarbeitung bzw. Veränderungsmotivation untersucht werden kann. Der Einsatz spezieller Testinstrumente sollte dann im Einzelfall entlang der konkreten Problemstellung vorgenommen werden.

**Statement 7**

Der Begutachtungsprozess umfasst unterschiedliche diagnostische Ebenen, die mit unterschiedlichen Methoden beurteilt werden müssen. Dabei ist zu beachten, dass die mit unterschiedlichen Methoden erhobenen Befunde so reliabel und valide wie möglich sind, dass der Einsatz der unterschiedlichen diagnostischen Vorgehensweisen in einem angemessenen Kosten-Nutzen-Verhältnis steht und für den zu Begutachtenden zumutbar ist.

### 1.7 Integration der unterschiedlichen Datenebene

Die hier angesprochenen unterschiedlichen methodischen Zugangsweisen müssen in die Gesamtbewertung integriert werden. Dazu sind die folgenden Schritte notwendig:

- Muss für jede diagnostische Merkmalsebene geprüft werden, ob die Befunde und Aussagen reliabel und valide erhoben worden sind;
- Dazu muss geprüft werden:
  - Ob die Informationen/ Befunde methodisch angemessen erhoben worden sind?
  - Ob die Befunde einer diagnostischen Ebene in sich schlüssig und kongruent sind?
  - Ob die Bewertung und Interpretation der Befunde innerhalb einer diagnostischen Ebene angemessen ist?
  - Ob eine tendenzielle Beantwortung/ Haltung des Probanden z.B. Aggravation zum Tragen kommt?
  - Ob sich die (Teil-) Ergebnisse der verschiedenen diagnostischen Ebenen weitgehend widerspruchsfrei zu einem Gesamtbild oder einer Gesamtbewertung zusammenfügen lassen?

In einem nächsten Schritt ist zu prüfen, inwieweit Widersprüche zwischen unterschiedlichen Informations/Datenebenen vorliegen. Soweit sich entsprechende Widersprüche finden, muss geklärt werden, ob diese Widersprüche zwischen verschiedenen diagnostischen Ebenen in einer unzulänglichen Erhebung (mangelnde Zuverlässigkeit der Messung, mangelnde Validität) begründet sind. **Bei Vorliegen von widersprüchlichen Ergebnissen entlang der unterschiedlichen Datenebenen muss die Beurteilung begründet/ transparent gemacht werden!** Warum berücksichtigen wir u.U. den klinischen Eindruck (Interview) stärker als die dazu im Widerspruch stehenden testpsychologischen Befunde (z.B. Durchschaubarkeit des Tests und tendenzielles Beantwortungsverhalten, Testverhalten des Probanden). Wenn die Widersprüche nicht geklärt werden können, muss dies explizit im Gutachten angeführt werden. Da an der Begutachtung häufig unterschiedliche Fachdisziplinen (z.B. Ärzte für Psychosomatische Medizin oder Psychiatrie und Diplompsychologen) beteiligt sind, sollten diese unbedingt an der kritischen Diskussion und Integration der Befunde teilnehmen.

**Statement 8**

Bei der Integration der unterschiedlichen Befundebenen muss geprüft werden, inwieweit zwischen den unterschiedlichen Datenebenen Widersprüche vorliegen. Soweit dies der Fall ist, muss transparent gemacht werden, wie sich dies auf die gutachterliche Wertung auswirkt.

**1.8 Rahmenbedingungen der Begutachtung**

Für den Gutachter ist essenziell die Besonderheiten des Gutachtenprozesses zu beachten und zu reflektieren. Die Beziehung zwischen dem Gutachter und dem Patienten ist anders als z.B. in der medizinischen Behandlung weniger in eine duale, sondern in der Regel in eine trianguläre Interaktion (Gutachtauftraggeber, zu Begutachtender und Gutachter) eingebunden. Wenn entsprechende Begutachtungen dann in Rahmen von gerichtlichen Prozessen geklärt werden, wird die Interaktion noch komplexer, vielschichtiger und unübersichtlicher in Bezug auf die unterschiedlichen Interessen und Intentionen der Beteiligten. Der ärztliche oder psychologische Gutachter muss in dieser Konstellation den Überblick und den genügenden Abstand bewahren, um die Begutachtung nach wissenschaftlichen Standards umzusetzen und sich nicht von der Dynamik, die sich aus den divergierenden Interessen und Absichten der am Begutachtungsprozess beteiligten Personen und Institutionen ergeben, beeinflussen zu lassen.

Auf die Bedeutung von Gegenübertragungsprozessen bei der Begutachtung ist vielfach hingewiesen worden (Sandweg, 1988). Diese diagnostische Dimension der Begutachtung kann einen Zugang zu wichtigen Informationen verschaffen, jedoch auch ein hohes Ausmaß an Unschärfe oder Urteilsverzerrungen bedingen, wenn sie nicht reflektiert gehandhabt wird. Auf der Ebene der Reflexion eigener Wahrnehmungsverzerrungen ist erforderlich, dass der Gutachter für diese Problematik sensibel ist und an einer Minimierung dieses „Bias“ arbeitet.

Neben der selbstkritischen Bewertung des eigenen diagnostischen Vorgehens und der diagnostischen Entscheidungsbildung im Einzelfall bietet sich die Supervision der Gutachtenerstellung sowie die Teilnahme an gutachtenspezifischen Balint-Gruppen an, in denen aktuelle Begutachtungsfälle der Teilnehmer unter Berücksichtigung der spezifischen Beziehungsmuster und insbesondere auch der Gegenübertragungsprozesse reflektiert werden können.

**Statement 9**

Die Begutachtung muss nach wissenschaftlichen Standards umgesetzt werden. Auch sollten die Besonderheiten der Interaktion im Gutachtenprozess angemessen berücksichtigt werden. Insbesondere sollten systematische Wahrnehmungsverzerrungen im diagnostischen Prozess reflektiert und möglichst eliminiert werden. Der zu Begutachtende sollte über den Zweck der Begutachtung aufgeklärt sein und darüber informiert werden, dass alle Informationen, die im Begutachtungsprozess erhoben werden, bei der gutachterlichen Wertung berücksichtigt werden.

**2. Die diagnostischen Merkmalsbereiche der beruflichen Leistungsbeurteilung**

Die Darstellung und Herausarbeitung der relevanten psychischen, psychosomatischen und somatischen Symptome erfolgt auf den folgenden Ebenen:

- A Psychiatrische und psychosomatische Vorbefunde
- B Psychische und psychosomatische Funktionen
- C Krankheitsverarbeitung
- D Aktivität
- E Beurteilung tendenziöser Haltungen
- F Partizipation und berufliche Leistungsbeurteilung
- G Prognose

Bei der Erarbeitung der einzelnen Abschnitte des Leitfadens orientierte sich die Arbeitsgruppe an folgenden Hauptquellen: Abschnitt C *Krankheitsverarbeitung* in Anlehnung an die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD-2, 2006); Abschnitt D *Aktivität* erfolgte in Anlehnung an die MINI-ICF (Linden, Baron, & Muschalla, 2003); Abschnitt E Beurteilung tendenziöser Haltungen (Dohrenbusch, 2007; Schneider, Henningsen, & Rüger, 2001); Abschnitt F *Partizipation und berufliche Leistungsbeurteilung* (DRV-Schriften, 2006).



Im Folgenden werden die unterschiedlichen diagnostischen Merkmalsbereiche, die für die Leistungsfähigkeitsbeurteilung von Bedeutung sind, definiert. Anschließend an die jeweiligen Definitionen führen wir Beurteilungskriterien für die spezielle diagnostische Kategorie an. Diese Kriterien erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit, sondern sollen lediglich der Orientierung des klinisch erfahrenen Gutachters dienen.

## **2.1 Psychiatrische und psychosomatische Vorbefunde (Abschnitt A)**

Hier soll im Gutachten auf der Grundlage der Aktenvorbefunde bzw. der anamnestischen Angaben des zu Begutachtenden Stellung genommen werden zu den Untersuchungen/Untersuchungsbefunden (A1), dem Ausmaß an Vorbehandlungen (A2) sowie zu bereits vorliegenden somatischen und psychiatrisch-psychosomatischen Diagnosen (A3).

Unter **A1. Untersuchungen/Untersuchungsbefunde** entscheidet der Gutachter sowohl über die Vollständigkeit als auch über die Nachvollziehbarkeit der in den zugeleiteten Akten vorliegenden Befunde. Bei Unvollständigkeit der Befunde, die jedoch wesentlich für das weitere diagnostische Vorgehen im Gutachtenprozess sind, muss hier die Begutachtung entsprechend erweitert werden. Weiterhin ist zufragen, ob die notwendigen Untersuchungen (z.B. Röntgenaufnahmen, CT, EEG) adäquat durchgeführt, befundet und interpretiert worden sind.

In Abschnitt **A2** sollen die Art und die Angemessenheit bereits durchgeführter **Vorbehandlungen** beurteilt werden. Hierbei soll durch den Gutachter beurteilt werden, inwieweit die unterschiedlichen Behandlungsansätze auf dem psychosomatisch-psychiatrischen Gebiet grundsätzlich indiziert waren oder sind. In einem nächsten Schritt soll dann beurteilt werden, ob eine vorgenommene Psychopharmakotherapie angemessen umgesetzt worden ist. Die entsprechenden psychopharmakologischen, psychotherapeutischen, psychosomatischen Vorbehandlungen sowie die medizinischen und/oder beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen müssen auf ihre therapeutische Angemessenheit und in Bezug auf ihre therapeutischen Effekte berücksichtigt werden. Die hier gesammelten Informationen über Art, Umfang und Erfolg an Vorbehandlungen des zu Begutachtenden dienen als erste Hinweise für die Feststellung und die Prognose der Leistungsfähigkeit (Abschnitte F und G).

Werden die Vorbehandlungen als überwiegend unangemessen und unwirksam bewertet, dann ist die Annahme begründet, dass bei angemessener Behandlung zukünftig noch eine positive Wirkung erzielt werden kann (günstige Prognose). Werden hingegen angemessene Vorbehandlungen als überwiegend unwirksam bewertet, dann spricht dies eher für eine ungünstige Prognose. Des Weiteren erlaubt hier die Leitfadenstruktur dem Gutachter einen schnellen Überblick, welche therapeutischen bzw. rehabilitativen Maßnahmen zum Beobachtungszeitpunkt noch indiziert werden können. Unter **A3** sind die somatischen als auch die psychiatrisch-psychosomatischen **Diagnosen** entsprechend der ICD-10 Klassifikation zu benennen und nach gutachterlicher Einschätzung in ihrer Angemessenheit zu beurteilen.

#### **Statement 10**

Beurteilt werden muss, ob zum Zeitpunkt der Begutachtung die notwendige organmedizinische und psychiatrisch-psychosomatisch-psychotherapeutische Diagnostik vorgenommen worden ist und die Befundinterpretation adäquat war. Weiterhin ist zu beurteilen, inwieweit die indizierten therapeutischen und/oder rehabilitativen Maßnahmen (adäquat) durchgeführt worden sind und welche Effekte diese Interventionen gezeigt haben. Nur auf der Basis dieser Bewertung lassen sich die Prognose der Erkrankung und die damit verbundene berufliche Leistungsfähigkeit bewerten und lassen sich ggf. indizierte therapeutische oder rehabilitative Maßnahmen empfehlen.

#### **A1. Untersuchungen/Untersuchungsbefunde**

Der Gutachter sichtet alle relevanten Vorbefunde aus den ihm zugeleiteten Akten und prüft diese auf Vollständigkeit und Adäquatheit der Durchführung und Interpretation.

#### **Beurteilungskriterien**

Bei Unvollständigkeit der Befunde bzw. deren unsachgemäßer Durchführung muss hier die Begutachtung entsprechend erweitert werden.

Bsp: Nach Aktenlage ist beim zu Begutachtenden eine Neuroborreliose befundet worden, ohne dass sich in den Unterlagen ein Liquorbefund findet. Dies muss dann entsprechend durch eine neurologische Untersuchung ergänzt werden, bevor der Gutachtenprozess durch den Gutachter fortgeführt werden kann.

## **A2. Vorbehandlungen**

Liegen Vorbehandlungen vor, ist die Art der Vorbehandlung (psychopharmakologisch, psychotherapeutisch, psychosomatisch usw.), die Angemessenheit der Vorbehandlungen sowie der Erfolg der Behandlung im Sinne eines globalen Ratings vorzunehmen. Die Beurteilung erfolgt auf dem Hintergrund der klinischen Expertise und Erfahrung des Gutachters

### **Beurteilungskriterien**

#### **A.2.1 Angemessenheit der Pharmakobehandlung**

Wenig angemessen sind:

- unterdosierte Pharmakotherapie (z.B. häufig bei antidepressiver Therapie);
- bedarfsabhängige Applikation von Medikamenten mit Missbrauchs- oder Suchtrisiko (z.B. Opioide bei chronifizierten somatoformen Schmerzen oder dauerhafte Einnahme von Benzodiazepinen);
- bisherige ausschließliche pharmakologische Therapie bei chronifizierten psychischen oder psychosomatischen Krankheitsverläufen, die ausschließlich auf eine kurzfristige Linderung der Beschwerden ohne begleitende psychotherapeutische und/oder verhaltensmodifizierende Begleitbehandlung ausgerichtet sind.

#### **A.2.2 – A.2.6 Angemessenheit psychotherapeutischer und psychiatrischer Vorbehandlungen/ Medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen/Beruflicher Rehabilitationsmaßnahmen sowie somatomedizinischer Interventionen**

Hinweise auf eine eingeschränkte Angemessenheit bisheriger Behandlungs- und Rehabilitationsmaßnahmen können sein:

- langfristige Medikalisierung eines primär psychischen oder psychosomatischen Gesundheitsproblems durch häufig wiederholte medizinisch-diagnostische Prozeduren (bildgebende Verfahren, Labor) oder durch (erfolglose) körperliche (pharmakologische, chirurgische) Behandlungsversuche
- unzureichende Vermittlung eines angemessenen biopsychosozialen Störungsmodells
- unzureichende Berücksichtigung biografischer Bedingungen/ latenter Konflikte
- unzureichende Berücksichtigung motivationaler Bedingungen
- unzureichende Etablierung neuer Denk- und Verhaltensgewohnheiten

- Inanspruchnahme sogenannter alternativer Therapien ohne Wirksamkeitsnachweis
- Fehlende/unzureichende Maßnahmen zur gestuften beruflichen Wiedereingliederung

### **A3 Diagnosen**

Die Festlegung der Diagnose orientiert sich an der ICD-10 (WHO, 2005). Körperliche Erkrankungen und psychische Störungen sind gleichermaßen zu benennen. Diagnosen, die sich nicht an den ICD-10 Kriterien orientieren, sollten vermieden werden. Eine umfassende klinische Diagnostik mit Hilfe eines standardisierten klinischen Interviews (SKID, DIA-X o.ä.) erscheint nicht erforderlich, da der Begutachtungsschwerpunkt nicht auf eine umfassende Differentialdiagnostik abzielt, sondern auf der Beurteilung geminderter Leistungsfunktionen liegt. Psychologische oder psychodynamische Erklärungsmodelle der konkreten Störung sollten dann vorgenommen werden, wenn sie für die spezifische Problemstellung hilfreich und sinnvoll sind.

### **Angemessenheit früher gestellter Diagnosen**

Die Beurteilung der Angemessenheit früher gestellter somatischer und/oder psychiatrisch-psychosomatischer Diagnosen sollte auf der Grundlage der eigenen diagnostischen Befunde und deren Wertung vorgenommen werden.

Als „nicht beurteilbar“ ist die Angemessenheit früherer Diagnosen dann zu bewerten, wenn relevante Informationen zum klinischen Erscheinungsbild, zu zeitlichen Kriterien (Erkrankungsdauer) oder zur Ätiologie der Erkrankung/psychischen Störung in den Akten oder Vorbefunden nicht verfügbar sind.

## **2.2 Psychische und Psychosomatische Funktionen und Funktionseinschränkungen (Abschnitt B)**

Für die Bewertung der Leistungsfähigkeit ist die Herausarbeitung der dem Individuum verfügbaren psychischen und psychosomatischen Funktionen und Funktionseinschränkungen angezeigt, da diese einen zentralen Einfluss auf die dem Individuum mögliche Aktivität und Partizipation haben.

Sie stellen ein Resultat von Hemmnissen und Ressourcen auf Seiten des zu Begutachtenden dar, die u. a. in dessen emotionalen, kognitiven und verhaltensbezogenen Entwicklungsparametern begründet sind. Aktuelle Störungen oder Erkrankungen des Individuums sind oftmals als Folge von Persönlichkeitscharakteristika, spezifischen intrapsychischen Konfliktkonstellationen oder typischen maladaptiven Lernerfahrungen zu verstehen und beeinflussen gleichzeitig das aktuell verfügbare psychische Funktionsniveau des Individuums. Neben den psychischen Funktionen müssen jedoch auch die dem Individuum verfügbaren körperlichen Funktionen bzw. deren Beeinträchtigungen für die Beurteilung der Aktivitäten und Fähigkeiten wie der beruflichen Partizipation berücksichtigt werden. Die verfügbaren Funktionen eines zu Begutachtenden sind jedoch nicht nur als Ausdruck von Hemmnissen oder Einschränkungen zu sehen, sondern in diese gehen natürlich auch Ressourcen des zu Begutachtenden ein (Reservekapazität). Als Ressourcen für die Leistungsfähigkeit sind auch Kompetenzen zur Bewältigung einzelner Hemmnisse oder Funktionsbeeinträchtigungen zu rechnen. Weiterhin sind psychische Funktionen, die im Verhältnis zu anderen psychischen Funktionen relativ besser verfügbar sind, unter Umständen im Sinne von Ressourcen zu sehen.

**Statement 11**

Unter psychischen und psychosomatischen Funktionen und Funktionseinschränkungen versteht man sowohl die zur Verfügung stehenden emotionalen, kognitiven und verhaltensbezogenen Ressourcen eines Individuums als auch dessen Hemmnisse. Im Rahmen der sozialrechtlichen Beurteilung ist das aktuell verfügbare psychische Funktionsniveau zu erheben.

Die Beschreibung der psychischen Funktionen bzw. deren Beeinträchtigungen sind nicht im Sinne der klassischen Psychopathologie aufzufassen. Jedoch lassen sich oftmals aus charakteristischen Störungen der psychischen und psychosomatischen Funktionen psychopathologische Symptome und klinische Syndrome ableiten. Im Rahmen der Begutachtung ist für jeden zu Begutachtenden eine Beurteilung der hier beschriebenen unterschiedlichen psychischen und psychosomatischen Funktionen und Funktionsstörungen vorzunehmen. In einem nächsten Schritt lassen sich daraus das Aktivitätsprofil wie auch die Leistungsfähigkeit ableiten.

**Statement 12**

In der Gesamtbeurteilung der Leistungsfähigkeit stellt die Erhebung der individuellen Funktionen eine der Grundlagen für die Bewertung der Aktivität (Teil D) und Partizipation (Teil E) dar.

So kann ein zu Begutachtender mit einer Panikstörung z.B. Somatisierungstendenzen, emotionale Probleme (z.B. Erwartungsängste, depressive Verarbeitungstendenzen), Antriebsstörungen verbunden mit sozialem Rückzug und Verhaltensprobleme im Sinne von Vermeidungstendenzen aufweisen.

Grundsätzlich gilt für die Operationalisierung (Beurteilung) einzelner Funktionsbereiche, dass die Ergebnisse aller zur Verfügung stehenden objektiven (z.B. Exploration, Verhaltensbeobachtung während der Untersuchungssituation, Fremdanamnese, Akte) und subjektiven Informationen (z.B. Befragung des zu Begutachtenden nach dessen subjektivem Erleben) heranzuziehen sind. Aus Diagnosen oder Verdachtsdiagnosen sollten dabei keine Rückschlüsse auf die Funktionsfähigkeit gezogen werden. Zu beurteilen ist der Befund, welcher den Querschnitt der letzten vier Wochen darstellt, in besonderen Fällen ist jedoch auch ein längeres Zeitintervall zu berücksichtigen, zum Beispiel bei fluktuierenden Funktionsbeeinträchtigungen.

Die Ergebnisse der Erhebung können und sollten in einzelnen Fällen durch psychologische Testverfahren ergänzt werden. Der ausführliche Befund der psychischen und psychosomatischen Funktionen und Funktionsstörungen behält aber regelhaft den Vorrang. Die Indikation zum Einsatz von Testverfahren, welche nach der klinischen Untersuchung erfolgt, sollte gezielt nach spezifischen Fragestellungen erfolgen und unter Berücksichtigung der vorangegangenen psychiatrischen und psychosomatischen Untersuchung ausgewertet werden.

**Statement 13**

Für die Beurteilung der psychischen und psychosomatischen Funktionen sind primär alle während der gutachterlichen Untersuchung zur Verfügung stehenden objektiven und subjektiven Daten des zu Begutachtenden zu evaluieren. Bei der Anwendung der psychologischen Testverfahren ist zu beachten, dass die vorangegangene psychiatrische und psychosomatische Untersuchung berücksichtigt wird. Dazu soll eine aus der klinischen Untersuchung resultierende Indikation für psychologische Testverfahren bestehen und eine gezielte und spezifische Fragestellung hierfür vorhanden sein.

**Beurteilt werden neun psychische und psychosomatische Funktionsbereiche (Merkmale) sowie abschließend das Ausmaß der Gesamtbeeinträchtigung:**

- (1) Ausmaß an Somatisierung
- (2) Emotionalität
- (3) Ausmaß an Antriebs- bzw. psychomotorischen Störungen
- (4) Ausmaß an kognitiven Störungen
- (5) Ausmaß an psychotischem oder psychosenahem Erleben und Verhalten
- (6) Ausmaß an qualitativen und quantitativen Bewusstseins- und Orientierungsstörungen
- (7) Ausmaß an Verhaltensauffälligkeiten
- (8) Ausmaß an zwischenmenschlichen Problemen
- (9) Ausmaß an körperlichen Funktionsbeeinträchtigungen
- (10) Gesamtbeeinträchtigungen durch (1) bis (9)

**Bei der Beurteilung sollen folgende Kriterien berücksichtigt werden:**

- Anzahl der Symptome / Beschwerden
- Intensität der Symptome / Beschwerden
- Häufigkeit und Dauer der Symptome / Beschwerden
- Vorhandene Ressourcen in diesem Bereich
- Subjektiver Leidensdruck
- Subjektives Beeinträchtigungserleben
- Auswirkungen auf Aktivität und Partizipation

Aus der Gesamtheit dieser Kriterien soll für jeden Funktionsbereich (Merkmal) das Ausmaß der Beeinträchtigung ermittelt werden. Dabei liegt der Schwerpunkt auf den Kriterien Leidensdruck und subjektives Beeinträchtigungserleben sowie Aktivität und Partizipation, wobei die zuletzt genannten aus den zuerst genannten resultieren. Inkonsistente und schwer nachvollziehbare Kriterienausprägungen für ein Merkmal können Anhaltspunkte für tendenziöse Haltungen geben. Zu beachten ist auch, dass die Beurteilungskriterien jeweils auf die einzelnen Merkmale bezogen werden und nicht auf das globale, aus allen Merkmalen resultierende Funktionsniveau. Jeder pathologische Befund im Rahmen der Funktionsbeeinträchtigungen muss durch mindestens ein Beispiel in der individuellen Anamnese belegt sein.

**Folgende Beurteilungsmöglichkeiten der psychischen und psychosomatischen Funktionen und Funktionseinschränkungen stehen im Ratingbogen zur Verfügung:**

**„Keine Beeinträchtigung“:** Nur sehr vereinzelt oder gar nicht auftretende Beschwerden, kein Leidensdruck oder Beeinträchtigungserleben, Aktivität und Partizipation sind durch dieses Merkmal nicht eingeschränkt.

**„Leichtgradige Beeinträchtigung“:** Geringes Ausmaß an Intensität, Häufigkeit und Anzahl der Beschwerden, Leidensdruck und Beeinträchtigungserleben leicht ausgeprägt, geringer Einfluss auf Aktivität und Partizipation.

**„Mittelgradige Beeinträchtigung“:** Mäßiges Ausmaß an Intensität, Häufigkeit und Anzahl der Beschwerden, Leidensdruck und Beeinträchtigungserleben mäßig ausgeprägt, relevanter Einfluss auf Aktivität und Partizipation.

**„Schwergradige Beeinträchtigung“:** Hohes Ausmaß an Intensität, Häufigkeit und Anzahl der Beschwerden, Leidensdruck und Beeinträchtigungserleben schwer ausgeprägt, starker Einfluss auf Aktivität und Partizipation.

**„Vollständige Beeinträchtigung“:** Extremes Ausmaß an Intensität, Häufigkeit und Anzahl der Beschwerden, Leidensdruck und Beeinträchtigungserleben sehr schwer ausgeprägt, massiver Einfluss auf Aktivität und Partizipation bzw. Unfähigkeit zu Aktivität und Partizipation.



Im Anhang finden sich Tabellen mit den Beeinträchtigungsgraden und entsprechenden Ausprägungen der Beurteilungskriterien sowie mit konkreten „Ankerbeispielen“ für die oben angegebenen Funktionsbereiche (Merkmale). In diesen werden jeweils beispielhaft „leichtgradige“ und „schwergradige Beeinträchtigungen“ ohne Anspruch auf Vollständigkeit dargestellt.

Zu beachten ist, dass das psychische und psychosomatische Gesamtfunktionsbild nicht lediglich die Summe der einzelnen Funktionen und Funktionsstörungen darstellt.

### **2.2.1 Ausmaß an Somatisierung**

#### **Definition**

Hier wird das Ausmaß der subjektiv erlebten Körperbeschwerden des zu Begutachtenden dokumentiert. Wichtig ist dabei die Betonung des Subjektiven. Ein hohes Maß an Somatisierung kann auch dann festgestellt werden, wenn der zu Begutachtende nur wenige organisch nachweisbare körperliche Befunde vorweisen kann, subjektiv aber viele Körperbeschwerden schildert.

#### **Beurteilungskriterien**

Zu beurteilen sind die subjektiv von den zu Begutachtenden erlebten Körperbeschwerden, unabhängig davon, ob diese mit „objektiven“ körperlichen Befunden korrespondieren. Als Beurteilungszeitraum sollte der letzte Monat veranschlagt werden.

Zu erfassen sind dabei Beschwerden wie zum Beispiel Bauchschmerzen, Rückenschmerzen, Schmerzen in Armen, Beinen oder Gelenken, Menstruationsbeschwerden oder andere Probleme mit der Menstruation, Schmerzen oder Probleme beim Geschlechtsverkehr, Kopfschmerzen, Schmerzen im Brustbereich, Schwindel, Ohnmachtsanfälle, Herzklopfen oder Herzrasen, Kurzatmigkeit, Obstipation, „nervöser Darm“ oder Durchfall, Übelkeit, Erbrechen, Blähungen oder Verdauungsbeschwerden.

## 2.2.2 Ausmaß an Emotionalen Problemen

### Definition

Es soll beurteilt werden, in welchem Ausmaß der Zubegutachtende emotionale Merkmale wie emotionale Schwingungsfähigkeit und Flexibilität, Vorherrschen bestimmter Emotionen (z.B. depressive, aggressive oder angstbesetzte Affekte), emotionale Belastbarkeit sowie Frustrationstoleranz aufweist. Soweit das Ausmaß der Beeinträchtigung durch dysfunktionale Emotionen und/oder durch positive Emotionen (z.B. Freude) beziehungsweise einen bewältigungsorientierten Umgang mit eigenen Emotionen charakterisiert ist, sollte dies bei der Beurteilung berücksichtigt werden.

### Beurteilungskriterien

Die Beurteilung der Emotionalität erfolgt auf der Grundlage des klinischen Interviews. Darüber hinaus sollte zumindest ein Screeninginstrument zur Erhebung von emotionalen/affektiven Merkmalen bei der Begutachtung eingesetzt werden, um die Beurteilungsbasis zu erweitern. Soweit die Problemstellung es notwendig werden lässt, sollten spezifische testpsychologische Verfahren eingesetzt werden (z.B. Angst- und Depressionsfragebögen)

Berücksichtigt werden sollten z.B. **an spezifischen Emotionen:**

#### a) Ängste

- allgemeine versus spezifische Ängste
- das Ausmaß an Beeinträchtigung und die Art der Bewältigung von Angstgefühlen

#### b) depressive Verstimmungen

- Niedergedrücktheit
- Emotionale Leere etc.
- Umgang mit den emotionalen Problemen

#### c) Aggressivität

- Wut, Ärger, Reizbarkeit und Feindseligkeit
- Grad der Beeinträchtigung sowie Form der Bewältigung dieser Affekte

**Darüber hinaus sind emotionale Beeinträchtigungen im Sinne von emotionaler Labilität und veränderter Schwingungsfähigkeit zu berücksichtigen.**

### **2.2.3 Ausmaß an Antriebsstörungen**

#### **Definition**

Antrieb ist die vom Willen weitgehend unabhängig wirkende belebende Kraft, welche die Bewegung aller seelischen Funktionen hinsichtlich Tempo, Intensität und Ausdauer bewirkt. Ein ausreichender Antrieb ist Voraussetzung dafür, dass der zu Begutachtende überhaupt zur Erfüllung gezielter Aufgaben in der Lage ist. So unterhält der Antrieb zum Beispiel Lebendigkeit, Initiative, Motivation, Aufmerksamkeit, Tatkraft, Unternehmungsgeist. Das Aktivitätsniveau und die Psychomotorik sind erkennbarer Ausdruck des Antriebs (siehe z.B. AMDP). Eine Antriebssteigerung kann zu motorischer Unruhe, zielloser und ungerichteter motorischer Aktivität bis hin zum Erregungszustand führen.

#### **Beurteilungskriterien**

Wichtig ist bei der Erhebung des Antriebes die Exploration über konkrete Fragen (z.B. „Wie steht es mit Ihrer Schwung, Ihrer Lust etwas zu tun?“).

In die Gesamtbeurteilung bezüglich des **Antriebes und der Psychomotorik** sollten folgende 4 Submerkmale (AMDP) einfließen:

- Antriebsarmut
- Antriebshemmung
- Antriebssteigerung
- Motorische Unruhe

### **2.2.4 Ausmaß an Kognitiven Störungen**

#### **Definition**

Hier werden Störungen des Gedächtnisses, der Aufmerksamkeit und Aufmerksamkeitslenkung sowie der Konzentration beurteilt, die sich auf Qualität und Tempo der zu leistenden Arbeit auswirken können. Diese Funktionen können grundlegend gestört sein oder aber im Zeitverlauf abnehmen (Ermüdung). Je nach Ausprägungsgrad wird sich eine Einschränkung der quantitativen und/oder qualitativen Leistungsfähigkeit ergeben.

### **Beurteilungskriterien**

Im Zusammenhang mit der Leistungsfähigkeit sind folgende Kriterien von Bedeutung:

- Aufmerksamkeit, Konzentration, Ermüdbarkeit
- Gedächtnisleistung
- Reaktionsschnelligkeit, Genauigkeit
- Fähigkeit zu logischem Denken, kognitive Flexibilität
- Informationsaufnahme und –verarbeitung
- Problemlösefähigkeit
- Wahrnehmungskompetenzen oder –einschränkungen

Zur Objektivierung sollten gegebenenfalls standardisierte neuropsychologische oder testpsychologische Verfahren (siehe Anhang) zur Leistungsdiagnostik hinzugezogen werden.

### **2.2.5 Ausmaß an psychotischem oder psychosenahem Erleben und Verhalten**

#### **Definition**

Hierbei wird das Ausmaß an psychotischen oder psychosenahen Merkmalen dokumentiert, welche im Rahmen von Sinnestäuschungen (Halluzinationen), Wahn (inhaltliche Denkstörungen) und Ich-Störungen entstehen.

#### **Beurteilungskriterien**

Wahnsymptome sind in ihren Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit im Einzelfall zu betrachten. Isolierte Wahninhalte müssen Aktivität und Leistungsvermögen nicht unbedingt beeinträchtigen. Über möglicherweise bestehende qualitative Einschränkungen hinaus kann es, insbesondere bei stark affektiv besetzten Wahninhalten, auch zu quantitativen Leistungseinschränkung kommen.

Zu beachten ist bei diesem Merkmal zudem, dass es Auswirkungen auf den Grad der sozialen Anpassung (z.B. leichte, mittlere, schwere Anpassungsschwierigkeiten) hat, welche im Rating berücksichtigt werden sollten. Ebenso haben psychotische oder psychosenahe Merkmale mehr als andere Merkmale Auswirkungen auf andere Kategorien wie zum Beispiel die Emotionalität (Misstrauen) oder die kognitiven Leistungen (z.B. Konzentration), auch diese sollten in die jeweiligen Überlegungen einfließen.

## **2.2.6 Ausmaß an qualitativen und quantitativen Bewusstseinsstörungen und Orientierungsstörungen**

### **Definition**

Quantitative Bewusstseinstörungen beziehen sich auf das Ausmaß an Wachheit (wach, schläfrig, somnolent etc.). Qualitative Bewusstseinsstörungen umfassen z.B. Zustände der Bewusstseinsengung und Bewusstseinsverschiebung wie Trance. Auch Störungen der zeitlichen und örtlichen Orientierung sowie zur Person sollten unter diesem Merkmal bewertet werden.

### **Beurteilungskriterien**

Diese Merkmale sind durch Verhaltensbeobachtung (Bewusstsein: Z.B. der zu Begutachtende ist schläfrig, abgelenkt, versteht einfache Fragen nicht) und Exploration (Orientierung) im Rahmen der Begutachtung zu erheben. Zu beachten ist darüber hinaus, dass bei zu Begutachtenden mit Bewusstseinsstörungen in der Regel auch Störungen der Auffassung und des Gedächtnisses sowie verschieden stark

ausgeprägte Erinnerungsstörungen bestehen, die gesondert zu beurteilen und raten sind. In die Gesamtbeurteilung der Bewusstseinsstörungen sollten folgende Symptome einfließen:

- Bewusstseinsverminderung (dösig, schläfrig, abgelenkt)
- Bewusstseinsstrübung (z.B. Aspekte sinnvoll miteinander zu verbinden misslingt)
- Bewusstseinsengung (z.B. Fixierung auf bestimmte Erlebnisse)
- Bewusstseinsverschiebung (z.B. gesteigerte Sinnesempfindungen)

## **2.2.7 Ausmaß an Verhaltensauffälligkeiten**

### **Definition**

Hier werden charakteristische Verhaltensweisen des Individuums beurteilt, die zu einer dysfunktionalen Anpassung an die Umweltafordernungen oder zu konflikthaften Auseinandersetzungen mit anderen führen können.

Auch selbstdestruktive Verhaltensweisen werden darunter gefasst bis hin zu klinisch bedeutsamen Verhaltensstörungen, beispielsweise aufgrund von Persönlichkeitsstörungen, Störungen durch psychotrope Substanzen, Essstörungen oder Entwicklungsstörungen.

### **Beurteilungskriterien**

Es werden Verhaltensprobleme des zu Begutachtenden dokumentiert, welche sich aus den objektiven und subjektiven Informationen ergeben. Verhaltensauffälligkeiten sind beispielsweise:

- selbstverletzendes Verhalten
- suchtbezogene Verhaltensweisen
- dysfunktionale Verhaltensweisen im Rahmen von z.B. Essstörungen, Zwangsstörungen
- massive Arbeitsstörung
- relevante Störung der Leistungsmotivation

## **2.2.8 Ausmaß an zwischenmenschlichen Problemen**

### **Definition**

Hierunter werden psychosoziale und interaktionelle Kompetenzen oder Schwierigkeiten beurteilt, die im zwischenmenschlichen Bereich von Bedeutung sind und die Aktivitäten, Kontakte und ggf. die Möglichkeit des Individuums, sich in den Arbeitsprozess zu integrieren, beeinträchtigen.

### **Beurteilungskriterien**

Besonders wichtig ist es anhand von konkreten Fragen und Beispielnennungen durch den zu Begutachtenden, übliche zwischenmenschliche Verhaltensweisen zu explorieren, welche förderliche und hemmende Faktoren im Berufsleben bezüglich u.a. folgender Kategorien darstellen können:

- psychosoziale Anpassungsfähigkeit
- Konfliktverhalten und Kritikfähigkeit
- Verantwortungskompetenzen, Übernahme von Führungs- und Leistungsfunktionen, Durchsetzungsvermögen
- Fähigkeit, sich in Gruppen einzugliedern (Teamfähigkeit)
- Kommunikationsfähigkeit

In der sozialen Interaktion kann bei einzelnen Mitgliedern einer Gemeinschaft eine Befindlichkeitsstörung entstehen, wenn deren soziale Rolle von außen oder von innen her gestört ist (zum Beispiel Mobbing oder Isolation; Kränkbarkeit). Hierfür ist es wichtig, dass über die Exploration ein „inneres Bild“ über den Probanden entsteht, aus dem deutlich wird, wie er sich gegenüber anderen Menschen verhält. Als akzentuierte Interaktionsstile, die häufiger zu intra- und interpsychischen Spannungen führen können, sind zum Beispiel anzusehen (orientiert am IIP, Horowitz et al., 1994):

- dominant, kontrollierend, manipulierend
- streitsüchtig, konkurrierend, misstrauisch
- abweisend, kalt, Schwierigkeiten, Gefühle zu zeigen
- introvertiert oder anderen Menschen gegenüberängstlich, sozial vermeidend
- selbstunsicher, unterwürfig, Probleme, die eigenen Bedürfnisse zu äußern und sich abzugrenzen
- ausnutzbar, nachgiebig, Angst, andere zu verletzen, leichtgläubig
- (über-) fürsorglich, freundlich, anderen zu sehr gefallen wollen, sich zu sehr von den Problemen anderer leiten lassen
- expressiv, aufdringlich, zu offen und gesprächig, keine Geheimnisse bewahren können

### **2.2.9 Ausmaß an körperlichen Funktionsbeeinträchtigungen**

#### **Definition**

Hier sind körperliche Funktionsbeeinträchtigungen mit Bezug auf die damit verbundenen Einschränkungen im Alltag zu beurteilen, welche sowohl durch neurologische / somatische Erkrankungen oder körperliche Behinderungen aber auch (mittelbar) psychisch verursacht werden können (z.B. psychisch bedingtes Vermeidungs- bzw. Schonverhalten bei Angsterkrankungen mit der Folge von körperlichen Funktionsbeeinträchtigungen auf der Ebene der Motorik und Kraft). Bei der Beurteilung sollte kein Bezug auf die Verursachung der Funktionsstörungen genommen werden, sondern nur das Ausmaß an Beeinträchtigungen berücksichtigt werden.

### **Beurteilungskriterien**

In diesem Rating soll der Ausprägungsgrad an körperlichen Funktionsstörungen u.a. in folgenden Bereichen exploriert werden.

- 
- Allgemeinzustand, körperliche Belastbarkeit allgemein
- Ernährungszustand
- Bewegungsapparat
- Herz / Lunge
- Gastrointestinaltrakt
- Urogenitaltrakt
- Endokrinium
- Hals-Nasen-Ohren-Bereich
- Augen
- Neurologie (Motorik, Koordination, Sensorik, zerebrale Funktion)

#### **2.2.10 Schwere psychischer und psychosomatischer Symptome insgesamt:**

Aus den neun bisher beschriebenen Funktionsbereichen soll schließlich eine Gesamtbeurteilung der psychischen und psychosomatischen Funktionen und Funktionseinschränkungen des zu Begutachtenden vorgenommen werden. Wichtig ist es hierbei noch einmal alle beeinträchtigenden und/oder zu persönlichem Leidensdruck führenden psychischen und psychosozialen Funktionsstörungen zu bedenken und zu interpretieren. Bei der Beurteilung können – mit Einschränkungen – Skalen wie die DSM-IV-GAF-Skala (Global Assessment of Functioning) oder die WHO-DD-Skala (WHO Disability Diagnostic Scale) hilfreich sein.

***Die Bewertung von 2.2.10 ergibt sich aus der Zusammenschau der psychischen und psychosomatischen Funktionen unter 2.2.1 –2.2.9.***



#### **Statement 14**

Die neun psychischen und psychosomatischen Funktionen werden anhand festgelegter Kriterien beurteilt und nach Beeinträchtigungsgraden geratet, für die ein Ratingbogen und konkrete Ankerbeispiele im Anhang zur Verfügung stehen.

### **2.3 Krankheitsverarbeitung (Abschnitt C)**

#### **2.3.1 Leidensdruck**

##### **Definition**

Hier wird das subjektive Leiden des zu Begutachtenden dokumentiert. Das Ausmaß des Leidensdrucks ergibt sich aus der Schwere der Symptomatik, Art und Folgen der Diagnose, angewendete Behandlungsprozeduren sowie individuellen und gesellschaftlichen Einstellungen zur Erkrankung (Stigmatisierung). Der Leidensdruck wird dem Gutachter gegenüber verbalisiert und/oder ist aus dem Verhalten des zu Begutachtenden wahrnehmbar. Aus theoretischer Sicht stellt der Leidensdruck eine wichtige motivationale Ressource dar und ist bedeutsam für die Herausbildung von Therapiemotivation und Behandlungserwartungen. Zu beachten ist bei diesem Merkmal eine Neigung zur Aggravation im Kontext der Begutachtungssituation.

##### **Beurteilungskriterien**

In der Begutachtungssituation ist der momentane Leidensdruck des Betroffenen zu beurteilen (Beurteilungszeitraum: die letzten vier Wochen), der unabhängig davon, ob dieser mit dem „objektiven“ Leiden korrespondiert, subjektiv vom Betroffenen sehr hoch erlebt werden kann. Während der Begutachtung ist von Interesse, wie der Begutachtende seinen Leidensdruck berichtet und wie sich dieses in Mimik und Gestik und/oder auf Verhaltensebene widerspiegelt. Wenn das Leidensgefühl bagatellisiert/dissimuliert bzw. dramatisiert/aggraviert erscheint, soll der Gutachter versuchen, diesen Eindruck durch tiefer gehende Fragen oder weitergehende Beobachtungen zu verifizieren.

**Kein/geringer Leidensdruck:**

Der zu Begutachtende lässt kein Leidensgefühl erkennen. Weder erkennbare Anzeichen (z.B. emotionale Beteiligung) werden geäußert, noch ist eine kognitive Beschäftigung mit Belastungen und Problemen vorhanden.

**Mittlerer Leidensdruck:**

Der zu Begutachtende gibt an unter der Erkrankung und den damit verbundenen Beeinträchtigungen und Belastungen deutlich zu leiden oder in der Vergangenheit gelitten hat.

**Hoher Leidensdruck:**

Der zu Begutachtende zeigt deutlich per Mimik/Gestik, auf der Verhaltens- und Handlungsebene sowie verbal sein Leiden und ist mit allen ihm zur Verfügung stehenden Mitteln inhaltlichen und affektiven Ausdrucks bemüht, Hilfe bei anderen zu suchen.

**Statement 15**

In der Begutachtungssituation ist der momentane Leidensdruck des Betroffenen zu beurteilen (Beurteilungszeitraum: die letzten vier Wochen). Das Ausmaß des Leidensdrucks ergibt sich aus der Schwere der Symptomatik, Art und Folgen der Diagnose, aus den angewandten Behandlungsprozeduren sowie individuellen und gesellschaftlichen Einstellungen zur Erkrankung (Stigmatisierung) Der Leidensdruck kann unabhängig davon, ob dieser mit dem „objektiven“ Leiden korrespondiert, subjektiv vom Betroffenen sehr hoch erlebt werden.

Zu beachten sind Schilderungen des zu Begutachtenden über sein mit den Beschwerden verbundenen „Leiden“ sowie die Darstellung von subjektiven Belastungen des zu Begutachtenden im Erleben und Verhalten während der Untersuchungssituation.

### **2.3.2 Krankheitskonzept**

**Somatisches Krankheitskonzept:**

**Definition**

Dieses Item erfasst, inwieweit der zu Begutachtende seine Beschwerden und Probleme durch körperliche Mängel, Gebrechen, krankhafte Körperprozesse bzw. -mechanismen verursacht bzw. beeinflusst sieht.

Das Krankheitsverständnis des zu Begutachtenden muss im Gespräch exploriert werden. Der Gutachter fragt gezielt nach den Vorstellungen des zu Begutachtenden über Auslösung, Entstehung und Entwicklung seiner Beschwerden und nimmt Bezug zu den beruflichen Anforderungen.

### **Offenheit für psychosoziale Anteile:**

#### **Definition**

Hier wird erfasst, inwieweit der zu Begutachtende psychosoziale Hintergrund- und Rahmenbedingungen als relevant für seine aktuellen Probleme ansieht.

Der Gutachter macht sich ein Bild davon, in welchem Ausmaß der zu Begutachtende psychologische Faktoren wie eigenes Erleben, eigene Einstellungen und Verhaltensweisen oder zwischenmenschliche (interaktionelle) Erfahrungen als auslösend und verursachend für die Entstehung und Entwicklung seiner Beschwerden ansieht. Weiterhin kann der zu Begutachtende soziale Kontextbedingungen (Arbeitslosigkeit, drohender Arbeitsplatzverlust, Arbeitsamt, Hartz-IV, Arbeitsverdichtung) und Personen („mobbing“ Kollegen, degradierender Chef) in Zusammenhang mit weiteren Beschwerden ansehen.

#### **Statement 16**

Das Krankheitsverständnis des zu Begutachtenden muss im Gespräch exploriert werden. Gezielt zu erfragen sind die Vorstellungen des zu Begutachtenden über Auslösung, Entstehung und Entwicklung seiner Beschwerden sowie der Bezug zu den beruflichen Anforderungen. Von besonderer Bedeutung ist, inwieweit der zu Begutachtende psychosoziale Hintergrund- und Rahmenbedingungen als relevant für seine aktuellen Probleme ansieht.

### 2.3.3 Subjektives Leistungskonzept

#### Definition

Untersucht wird das Konzept des zu Begutachtenden über seine eigene Leistungsfähigkeit bezogen auf das Hier und Jetzt. Dieses umfasst sowohl Aspekte

der psychischen Belastbarkeit (emotional, kognitiv), verhaltensbezogene bzw. interaktionelle Leistungsaspekte als auch die körperliche Leistungsfähigkeit.

Zur Erfassung des Leistungskonzeptes werden sowohl die leistungsbezogenen Ressourcen (Leistungsreserve) als auch die Beeinträchtigungen der Leistungsfähigkeit auf der motivationalen Ebene exploriert (siehe 2.3.5). Die leistungsbezogenen Ressourcen umfassen das Erreichen beruflicher Ziele, das Erleben und Umsetzen eigener Ressourcen, die Bereitschaft zur beruflichen Veränderung als auch das Erleben kollegialer Unterstützung.

#### Statement 17

Zu erfassen ist das Konzept des zu Begutachtenden über seine eigene Leistungsfähigkeit bezogen auf das Hier und Jetzt. Hierzu gehören leistungsbezogene Ressourcen ebenso wie Beeinträchtigungen.

### 2.3.4 Ressourcen

Für die Prognose der Erkrankung wie möglicher Veränderungsprozesse sind unterschiedliche individuelle und soziale Ressourcen von Bedeutung. Ressourcen sind bestimmt durch protektive körperliche und/oder psychosoziale Personenmerkmale sowie soziale Bedingungen, die eine Kompensation der dysfunktionalen Bewältigungsmuster und unzureichender Behandlungserfolge ermöglichen. Als allgemeine Ressourcen gelten alle Angaben über individuelle Fähig- und Fertigkeiten und individuelle Stärken, die geeignet sind, bestehende Funktionsminderungen zu kompensieren. Diese umfassen z.B. körperliche Fähigkeiten, kognitive, emotionale und verhaltensbezogene Faktoren sowie interaktionelle und kommunikative Kompetenzen.

Die Ressourcendefinition hat hier ihren Fokus auf die leistungsbezogenen Ressourcen (siehe 2.3.4.1). Unabhängig davon sind im Gesamtkontext der Begutachtung allgemeine Ressourcen in Form allgemeiner Fähig- und Fertigkeiten einer Person (schützende und fördernde Kompetenzen) zu berücksichtigen. Diese werden hier unter Punkt 2.3.7 Veränderungsressourcen subsummiert und sind dort zu raten.

### **2.3.4.1 Leistungsbezogene Ressourcen**

Unter therapeutischen und rehabilitativen Gesichtspunkten sind insbesondere die veränderungsrelevanten Ressourcen von Bedeutung, die sich auf die potenzielle Leistungsfähigkeit des zu Begutachtenden beziehen. Diese Ressourcen stellen somit eine potenzielle Leistungsreserve dar, die nach Training und Therapie erreichbar ist.

Im engeren Sinne berufsbezogene Ressourcen sind (siehe Schneider et al., 2009)

#### **a) Erreichen beruflicher Ziele**

- zielgerichtetes Verhalten und Handeln
- Ehrgeiz, Ausdauer
- interpersonell konkurrierend

#### **b) Erleben eigener Ressourcen**

- diese umfassen z.B. körperliche Fähigkeiten, kognitive, emotionale und verhaltensbezogene Faktoren sowie interaktionelle und kommunikative Kompetenzen

#### **c) Umsetzen eigener Ressourcen**

- Ressourcen in anderen Lebensbereichen, die eine prognostische Aussage zur Partizipationsfähigkeit des Zubegutachtenden im Arbeitsprozess zulassen

#### **d) Bereitschaft zur Veränderung**

- neuer Beruf
- neues Tätigkeitsfeld im alten Beruf

#### **e) Erleben kollegialer Unterstützung**

- Sieht sich der zu Begutachtende durch bedeutsame Andere unterstützt und kann er verfügbare Unterstützung annehmen?

#### **f) Arbeitsplatzbezogene Ressourcen**

- Gibt es Möglichkeiten der Umschulung oder des Arbeitsplatzwechsels?
- Sind der Lohn, die Karrieremöglichkeiten und/oder die gesellschaftliche Anerkennung der Tätigkeit eine befriedigende Gratifikation für den Betroffenen?
- Sind die Arbeitszeiten flexibel?
- Gibt es innerbetrieblich Möglichkeiten zur Mitgestaltung, Verantwortungsübernahme?
- Sind die innerbetrieblichen Entscheidungen transparent?
- Wie sicher ist der Arbeitsplatz?

### **Statement 18**

Zu erfassen sind im Gesamtkontext der Begutachtung allgemeine Ressourcen in Form allgemeiner Fähig- und Fertigkeiten einer Person (schützende und fördernde Kompetenzen) ebenso wie leistungs- und berufsbezogene Ressourcen. Hierzu gehören:

- a) Erreichen beruflicher Ziele
- b) Erleben eigener Ressourcen
- c) Umsetzen eigener Ressourcen
- d) Bereitschaft zur Veränderung
- e) Erleben kollegialer Unterstützung
- f) Arbeitsplatzbezogene Ressourcen

Ressourcen stellen eine potenzielle Leistungsreserve dar, die nach Training und Therapie erreichbar ist.

## **2.3.5 Leistungsmotivation**

### **Definition**

Vielfach wird die Leistungsfähigkeit eines zu Begutachtenden durch seine Leistungsmotivation beeinflusst werden. Dabei spielt die eigene Einschätzung des Leistungsvermögens oder das Konzept darüber eine wichtige Rolle. Allgemein umfasst die Leistungsmotivation die Tendenz oder das Bedürfnis einer Person „etwas zu leisten“, nach Erfolg zu streben und die eigenen Leistungen zu bewerten. Die Leistungsbereitschaft oder der Leistungswille einer Person wird dabei von unterschiedlichen Faktoren beeinflusst, u.a. von der Erfolgs- oder Misserfolgswahrscheinlichkeit oder auch dem Anreiz für ein Leistungsverhalten.

### **Beurteilungskriterien**

Hier wird das Ausmaß an Leistungsmotivation erfasst, das sich in dem Vermögen oder Unvermögen bzw. dem Willen oder Unwillen des zu Begutachtenden ausdrückt, sich in die Arbeitswelt zu reintegrieren, Misserfolge tolerieren zu können sowie einer Aufgabe soviel Wert beizumessen, dass sie mit hinreichender Ausdauer (Beständigkeit) bis zum erfolgreichen Abschluss bearbeitet werden kann. Die Leistungsmotivation kann bezüglich ihres Ausmaßes (niedrig vs. hoch) und ihrer Beständigkeit beurteilt werden.

Die Leistungsmotivation des zu Begutachtenden beeinflusst oftmals entscheidend die subjektiv eingeschätzte Leistungsfähigkeit. Cave: Die aktuelle Leistungsmotivation ist grundsätzlich veränderbar! Sie kann z.B. durch pessimistische Denkweisen, wie sie bei depressiven Störungen häufig sind, aktuell eingeschränkt sein.

**Keine/geringe Leistungsmotivation:**

Der zu Begutachtende ist nicht/kaum motiviert in den Arbeitsprozess zurückzukehren. Er hat ein deutlich negatives Leistungskonzept. Seine Leistungsmotivation, Frustrationstoleranz und Motivation zur Beständigkeit sind nur gering bis gar nicht vorhanden.

**Mittlere Leistungsmotivation:**

Es bestehen Zweifel auf Seiten des zu Begutachtenden, dass eine Reintegration in den Arbeitsprozess gelingen könnte. Die Frustrationstoleranz sowie die Beständigkeit an einer Aufgabe zu arbeiten, sind eingeschränkt bzw. werden nur durch Motivation von außen beendet.

**Hohe Leistungsmotivation:**

Der zu Begutachtende ist trotz seiner somatischen und psychischen Beeinträchtigungen motiviert in den Arbeitsprozess zurückzukehren. Er ist sich möglicher Hindernisse und Erschwernisse im Arbeits- und rehabilitativen Prozess bewusst, verfügt aber über eine ausreichend hohe Frustrationstoleranz bzw. Misserfolgstoleranz sowie eine hohe Ausdauer (Beständigkeit), dass er damit umgehen kann.

#### **Statement 19**

Im Rahmen der Begutachtung ist die Ausprägung der Leistungsmotivation zu erfassen, die sich in dem Vermögen oder Unvermögen bzw. dem Willen oder Unwillen des zu Begutachtenden ausdrückt, sich in die Arbeitswelt zu reintegrieren, Misserfolge zu tolerieren sowie einer Aufgabe soviel Wert beizumessen, dass sie mit hinreichender Ausdauer (Beständigkeit) bis zum erfolgreichen Abschluss bearbeitet werden kann. Die Leistungsmotivation ist bezüglich ihres Ausmaßes (niedrig vs. hoch) und ihrer Beständigkeit zu beurteilen.

### **2.3.6 Veränderungsmotivation**

#### **Definition**

Hier wird erfasst, inwieweit der zu Begutachtende eine Veränderungsbereitschaft signalisiert. Sieht der zu Begutachtende für seine Situation einen Handlungsbedarf und wenn ja, in welcher Form soll die Veränderung stattfinden (Art der Behandlung). Es werden innere und äußere Veränderungshemmnisse unterschieden.

Cave: Ein starker Berentungswunsch führt i.d.R. zu einer geringen bis fehlenden Veränderungsmotivation.

Bei diesem Item wird beurteilt, inwieweit der zu Begutachtende den Wunsch nach Veränderung seiner Beschwerden oder Probleme hat. Hierbei ist zwischen Eigen- und Fremdmotivation beim Betroffenen zu unterscheiden. In diesem Zusammenhang ist die gewünschte Art der Behandlung zu explorieren (körperliche, psychotherapeutische Behandlung oder Unterstützung im sozialen Bereich). Die Veränderungsmotivation weist häufig, aber nicht zwangsläufig eine Beziehung zum Ausmaß an Behandlungsmotivation und –bereitschaft auf.

### **Innere Veränderungshemmnisse**

#### **Definition**

Dieses Item umfasst die „inneren Hemmnisse“ des zu Begutachtenden, die sich aus seinen spezifischen psychischen Entwicklungslinien ergibt. Dazu gehören z.B. fehlende Motivation, eine geringe emotionale und/oder kognitive Belastbarkeit und Ressourcen sowie ein enges Verhaltensrepertoire. Weiterhin sind eine geringe emotionale oder fehlende Introspektionsfähigkeit, ein hohes regressives Potenzial durch den Berentungswunsch, persönlichkeitsstrukturelle Eigenschaften (wie z.B. eine mangelnde Frustrationstoleranz) als innere Veränderungshemmnisse anzusehen.

Zur Feststellung innerpsychischer Veränderungshemmnisse sind die kognitiven, emotionalen und verhaltensbezogenen Ressourcen oder Hemmnisse des zu Begutachtenden zu prüfen. Daneben sind etwaige intrapsychische konflikthafte Motive und regressiven Haltungen von Interesse, die eine Veränderungsbereitschaft beim zu Begutachtenden hemmen.



## **Äußere Veränderungshemmnisse:**

### **Definition**

Zu den äußeren Veränderungshemmnissen zählen alle Faktoren, die sich letztlich gegen eine Veränderung des zu Begutachtenden ausrichten. Zum Beispiel könnte ein Berentungswunsch auf dem Hintergrund von Insuffizienzgefühlen und regressiv-abhängigen Motiven und den daraus resultierenden Ängsten (z.B. vor materieller Not) von Bedeutung sein.

Als äußere Veränderungshemmnisse sind mit Bezug auf den bisherigen Krankheits- und Behandlungsverlauf z.B.: Probleme am Arbeitsplatz/ ein drohender Verlust des Arbeitsplatzes/ ein hoher sekundärer Krankheitsgewinn/ Berentungswunsch/ fehlende oder keine Unterstützung aus dem sozialen Umfeld/ Angst vor sozialen Konsequenzen sowie mangelnde Verfügbarkeit/Erreichbarkeit indizierter Maßnahmen und/oder materielle/finanzielle Aspekte anzusehen.

### **Keine/geringe Veränderungsmotivation:**

Der zu Begutachtende zeigt aufgrund ausgeprägter innerer und/oder äußerer Hemmnisse eine geringe bis gar keine Veränderungsmotivation. Der zu Begutachtende bricht in Tränen aus beim geringsten Anlass, kann kaum in sich hinein spüren und hat große Wünsche nach Versorgung von außen bzw. einen deutlichen Berentungswunsch.

### **Mittlere Veränderungsmotivation:**

Der zu Begutachtende beschreibt, dass er gerne etwas ändern wollen würde, aber nicht weiß wie oder wohin er sich wenden könnte. Er fürchtet, dass z.B. eine Psychotherapie emotional sehr belastend sein könnte oder dass Freunde und Nachbarn ihn für verrückt halten könnten, wenn er eine Psychotherapie aufnehmen würde.

### **Hohe Veränderungsmotivation:**

Der zu Begutachtende hat sich bereits über Maßnahmen informiert oder hat vor dies zu tun, um seine Beschwerden und Beeinträchtigungen zu bewältigen. Er berichtet, dass seine Familie, Freunde etc. ihn dabei ermutigen und ihn unterstützen.

### **Statement 10**

Einzuschätzen ist, inwieweit der zu Begutachtende den Wunsch nach Veränderung seiner Beschwerden oder Probleme hat. Hierbei ist zwischen Eigen- und Fremdmotivation beim Betroffenen zu unterscheiden. Die Art und die gewünschte Art der Behandlung ist zu explorieren. Erfasst werden sollen sowohl innere und äußere Veränderungshemmnisse.

## **2.3.7 Veränderungsressourcen**

### **Persönliche Ressourcen**

#### **Definition**

Hier wird erfasst, in welchem Ausmaß der zu Begutachtende über gesundheits- als auch leistungsförderliche Fähigkeiten und Verhaltensweisen verfügt. Eine Person mit hohen persönlichen Ressourcen kann sich aktiv mit ihrer Krankheit und auch ihrer eigenen Leistungsfähigkeit kritisch auseinandersetzen und ihren vorhandenen Lebensstil beibehalten oder diesen sogar gesundheitsförderlicher bzw. leistungsförderlicher gestalten.

#### **Beurteilungskriterien**

In der Begutachtungssituation soll auf die anpassungsfördernden, konstruktiven Bewältigungsaktivitäten wie sie sich im beruflichen und privaten Alltag des zu Begutachtenden darstellen, geachtet werden.

### **Psychosoziale Unterstützung**

#### **Definition**

Das Konzept der sozialen Unterstützung ist facettenreich und betrifft hier allgemein die Möglichkeit des zu Begutachtenden aus dem sozialen Netz in unterschiedlichster Weise (z.B. emotional, informational, instrumentell) Unterstützung und Hilfe zu erhalten. Die Bereiche psychosozialer Unterstützung beziehen sich dabei auf die familiäre, partnerschaftliche und sonstige soziale Unterstützung im privaten und gesellschaftlichen Bereich und werden in der Begutachtungssituation exploriert. Hierbei ist darauf zu achten, dass vielfach der ausdrückliche Rentenwunsch des zu Begutachtenden von seinem familiären Umfeld gestützt wird.

## Beurteilungskriterien

Hier wird eingeschätzt, ob der zu Begutachtende sein soziales Umfeld im Sinne einer Ressource bei der Bewältigung seiner Probleme und Beschwerden für sich wahrnehmen und mobilisieren kann.

z.B.: - Ist der zu Begutachtende in soziale Beziehungen eingebunden? (Partnerschaft, Ehe, Familie); Fühlt er sich einer Gruppe zugehörig, in der er Zuneigung, Anerkennung, Hilfe, Sicherheit erfährt? (z.B. Vereine, Glaubensgemeinschaften)

Keine/wenig Veränderungsressourcen:

Der zu Begutachtende hat keinerlei Unterstützung aus dem sozialen Umfeld bzw. kann diese für sich auch nicht akquirieren. Er vermeidet es, sich mit seiner Erkrankung auseinanderzusetzen und sieht diese als Schicksal an. Seinen gewohnten Lebensstil hat der Betroffene weitestgehend aufgegeben.

Mittlere Veränderungsressourcen:

Der zu Begutachtende hat Schwierigkeiten sein Umfeld um Hilfe und Unterstützung zu bitten bzw. kann angebotene Hilfe nur bedingt für sich annehmen

Hohe Veränderungsressourcen:

Der zu Begutachtende hat trotz der Beschwerden seinen Lebensstil weitestgehend beibehalten. Zum Beispiel versucht er trotz großer Ängste, sich immer wieder der Angst machenden Situation zu stellen. Er habe mit seinem Chef über seine Erkrankung gesprochen und kann die Arbeitszeiten flexibel gestalten oder von zu Hause aus arbeiten.

### Statement 21

Erfasst werden soll, in welchem Ausmaß der zu Begutachtende über gesundheits- als auch leistungsförderliche Fähigkeiten und Verhaltensweisen (Veränderungsressourcen) verfügt. Hierzu zählen persönliche Ressourcen ebenso wie die psychosoziale Unterstützung.

## 2.4 Aktivitäten (Abschnitt D)

Unter Aktivitäten wird alles gefasst, was ein Individuum tut oder tun könnte, sowohl auf der Ebene der körperlichen Aktivität als auch auf der psychosozialen Ebene (z.B. in der Interaktion mit anderen). Die Einschränkungen auf den Ebenen der Aktivität sind neben dem Ausmaß an psychischen Funktionsstörungen zentral für die Beurteilung der Leistungsfähigkeit. Aktivitäten umfassen körperliche und psychosoziale Variablen sowie Umweltfaktoren.

Die Einschränkungen der Aktivitäten resultieren aus den Einschränkungen der psychischen und somatischen Funktionen (2.2 Abschnitt B) und werden maßgeblich durch Faktoren der Krankheitsverarbeitung (2.3 Abschnitt C) beeinflusst. Damit wird der eingeeengte Blick auf die Pathologie als monokausalem Hintergrund für die Einschränkungen auf der Aktivitäts- und Partizipationsebene aufgegeben!

Bei der Beurteilung der Aktivitäten soll insbesondere Bezug auf derartige Aktivitäten genommen werden, die für die konkrete berufliche Tätigkeit von Bedeutung sind.

### **Definition**

Eine Aktivität beschreibt allgemein eine Tätigkeit, eine Handlung (z.B. die Durchführung einer Aufgabe) bzw. die Fähigkeit einer Person wirksam auf seine Umwelt einzuwirken und sie zu verändern.

Im Rahmen der Begutachtung der beruflichen Leistungsfähigkeit muss geprüft werden, inwieweit der zu Begutachtende aufgrund seiner ihm möglichen Aktivitäten noch seinen beruflichen Anforderungen entsprechen kann.

Bei der Beurteilung der Aktivität werden sowohl Hemmnisse als auch Ressourcen des zu Begutachtenden berücksichtigt. Mögliche Einschränkungen der Aktivität können resultieren aus Störungen der kognitiven, emotionalen und verhaltensbezogenen Funktionen (2.2, Abschnitt B), der Krankheitsverarbeitung (2.3, Abschnitt C) sowie auf der somatischen Ebene durch sensorische Störungen, Störungen der Mobilität, Vitalität, Schmerz und damit zusammenhängenden Funktionsstörungen. Die Aktivitäten müssen möglichst konkret beschrieben werden. Bei der Bewertung der Aktivitäten sollte auch berücksichtigt werden, welche Aktivitäten einem Individuum aufgrund seiner vorhandenen psychischen Funktionen möglich sein sollten, auch wenn er diese aktuell (z.B. aufgrund regressiver Tendenzen) nicht umsetzt. Zentral ist die Frage, inwieweit eine Aktivität zukünftig möglich sein wird oder nicht (Prognose). Beurteilt werden die unterschiedlichen Aktivitäten bzw. Störungen der Aktivität des alltäglichen und berufsbezogenen Lebens. Das Ausmaß an Aktivitäten kann neben dem hier vorgelegten Aktivitätenrating zusätzlich mit Schmerz- und/oder Aktivitätsprotokollen erfasst werden.

Es geht um die Beantwortung der Fragen: Was kann der zu Begutachtende? Was tut er? Beurteilt wird der aktuelle Status des zu Begutachtenden.

Von besonderem Interesse bei der Beurteilung der Aktivität im Rahmen der BUZ-Begutachtung sind solche Aktivitäten, die eine besondere Nähe zu den beruflichen Arbeitsanforderungen aufweisen.

#### **Statement 22**

Im Rahmen der Begutachtung wird die Aktivität auf Basis der vorangegangenen Evaluation der psychischen und psychosomatischen Funktionen (Teil B), der Krankheitsverarbeitung (Teil C) und der vorhandenen körperlichen Einschränkungen beurteilt. Ergänzend müssen die konkret vom Begutachtenden im Alltag umgesetzten Aktivitäten mit Hilfe von Aktivitätslisten systematisch erhoben werden. Zentral ist dabei auch die prognostische Einschätzung des Ausmaßes an Aktivitäten mit Relevanz für die beruflichen Arbeitsanforderungen.

#### **Aktivitätsdimensionen – Definitionen und Beispiele**

Beurteilt werden zwölf Bereiche:

- (1) Körperliche Aktivität
- (2) Anpassung an Regeln und Routinen
- (3) Strukturierung von Aufgaben
- (4) Flexibilität und Umstellungsfähigkeit
- (5) Anwendung fachlicher Kompetenzen
- (6) Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit
- (7) Durchhaltefähigkeit
- (8) Selbstbehauptungs- und Durchsetzungsfähigkeit
- (9) Interaktions- und Kommunikationsfähigkeit
- (10) Gruppenfähigkeit
- (11) Selbstversorgung
- (12) Mobilität/Wegefähigkeit

Für die zwölf Dimensionen und deren Ratingstufen (0 = keine Beeinträchtigung, 2 = mittelgradige Beeinträchtigung und 4 = vollständige Beeinträchtigung) werden ausführliche Ankerdefinitionen gegeben, die aus der Mini-ICF-APP (Linden et al., 2003) abgeleitet wurden.

### **2.4.1 Körperliche Aktivität**

Beurteilt wird die Fähigkeit des zu Begutachtenden, körperliche Aktivität aufzubringen und umzusetzen, um z.B. Gegenstände zu heben, zu tragen oder zu verschieben. Es geht demnach um die Verfügbarkeit und Aktivierbarkeit physischer Kräfte (Motorik, Koordination, Steuerung, Motilität, Sinnesfunktionen).

So kann zum Beispiel beurteilt werden, inwieweit der zu Begutachtende in der Lage ist leichte, mittelschwere oder schwere Tätigkeiten zu verrichten. Die konkreten Anforderungen im Bereich körperlicher Aktivität müssen im Rahmen der Berufsunfähigkeitsbegutachtung dem berufsspezifischen Anforderungsprofil der jeweiligen Versicherung des zu Begutachtenden entnommen werden.

#### keine Beeinträchtigung

Der zu Begutachtende hat keine Schwierigkeiten die berufsspezifischen Anforderungen an seine körperliche Aktivität aufzubringen und auszuführen.

#### mittelgradige Beeinträchtigung

Der zu Begutachtende hat Schwierigkeiten, die für seine berufsspezifischen Anforderungen früher erbrachte körperliche Aktivität aufzubringen. Er ist jedoch in der Lage, unter bestimmten Rahmenbedingungen wie z.B. häufigeren Erholungspausen, körperliche Aktivität aufzubringen.

#### vollständige Beeinträchtigung

Der zu Begutachtende ist aufgrund körperlicher und/oder psychischer Beeinträchtigungen/Handicaps unfähig körperliche Aktivität aufzubringen. Seine bisherigen Aufgaben, die körperliche Aktivität erfordern, müssen von Dritten übernommen werden.

### **2.4.2 Fähigkeit zur Anpassung an Regeln und Routinen**

Beurteilt wird die Fähigkeit des zu Begutachtenden, sich an Regeln zu halten, Termine einzuhalten und sich in Organisationsabläufe einzufügen.

Beispiele: pünktliches Erscheinen auf der Arbeit, Einhalten von Verabredungen, die Erfüllung von täglichen Routineabläufen (z.B. Einhaltung der Hausordnung)

keine Beeinträchtigung

Der zu Begutachtende erscheint pünktlich zur Arbeit bzw. zu anderen Terminen und hält Verabredungen ein. Er hat keine Schwierigkeiten, sich in Organisationsabläufe einzufügen oder täglichen Routinen zu entsprechen.

mittelgradige Beeinträchtigung

Der zu Begutachtende hat größere Schwierigkeiten sich der täglichen Routine anzupassen und/oder sich in Organisationsabläufe einzufügen. Er hat häufiger Probleme, Verabredungen z.B. mit Freunden oder Bekannten einzuhalten oder pünktlich zu Terminen oder zur Arbeit zu erscheinen oder sich an die Hausordnung zu halten. Er behindert hierdurch das Leben seiner Mitmenschen bzw. löst für sich negative Reaktionen aus.

vollständige Beeinträchtigung

Der zu Begutachtende ist nicht in der Lage sich an Termine oder Absprachen zu halten. Er vergisst diese und/oder ist ständig unpünktlich, erscheint nicht zur Arbeit oder einem geplanten Termin. Andere müssen ihn erinnern, herbeiholen oder beaufsichtigen. Von diesen ist er abhängig bzgl. der Einhaltung von Terminen und Absprachen (z.B. Arztbesuche oder Medikamenteneinnahmen) und der Erfüllung von Routineaufgaben.

### **2.4.3 Strukturierung von Aufgaben**

Beurteilt wird die Fähigkeit des zu Begutachtenden, den Tag und/oder anstehende Aufgaben zu planen und zu strukturieren, d.h. angemessene Zeit für Arbeiten aufzuwenden und die Reihenfolge der Arbeiten sinnvoll zu strukturieren.

Beurteilt wird, inwieweit angemessene Zeit für Arbeit, Haushaltsführung, Erholung und andere Tages- oder Freizeitaktivitäten aufgewendet werden kann und ob der Tag in sinnvoller Weise und zielführend verbracht wird. Beurteilt wird, ob der Proband in der Lage ist, alltägliche Pflichten, Vorhaben oder Arbeitsabläufe zu planen, wie geplant durchzuführen und zu beenden.

keine Beeinträchtigung

Der Tagesablauf ist gut und selbständig strukturiert. Es besteht eine gute Balance zwischen Arbeit/Pflichterfüllung und Erholung. Anstehende Aufgaben werden zweckmäßig und in logischer Folge erledigt. Der zu Begutachtende kann sich nach der Aufgabenerfüllung von diesen lösen und sich anderen Dingen problemlos zuwenden.

#### mittelgradige Beeinträchtigung

Der zu Begutachtende hat größere Schwierigkeiten, den Tagablauf angemessen zeitlich und/oder inhaltlich zu strukturieren. Er ist entweder inaktiv (Aktivitätendefizit) oder mit zu vielen verschiedenen Aufgaben beschäftigt (Aktivitätenexzess), so dass deren Erfüllung und/oder Qualität leidet. Es werden einige Tätigkeiten nicht zu Ende geführt oder er muss häufig mehr Zeit aufwenden als vorgesehen bzw. verfügbar.

#### vollständige Beeinträchtigung

Der zu Begutachtende hat keine Tagerstruktur mehr bzw. sie kann nicht aufrechterhalten werden. Der Tag wird mit „Nichtstun“ oder planloser und zielloser Geschäftigkeit verbracht. Übernommene oder geforderte Aufgaben können nicht geordnet und somit gar nicht erledigt werden. Es wird eine enge Aufsicht und Anleitung durch Dritte benötigt.

### **2.4.4 Flexibilität und Umstellungsfähigkeit**

Hier wird die Fähigkeit beurteilt, sich im Verhalten, Denken und Erleben wechselnden Situationen anzupassen, d.h. inwieweit er in der Lage ist, je nach Situation unterschiedliche Verhaltensweisen zu zeigen.

Dies kann Veränderungen in den Arbeitsanforderungen, kurzfristige Zeitveränderungen, räumliche Veränderungen, neue Sozialpartner oder auch die Übertragung neuer Aufgaben betreffen.

#### keine Beeinträchtigung

Das Verhaltensrepertoire des zu Begutachtenden ist angemessen differenziert und umfassend. Er kann umdenken, sich in neue Situationen einfühlen und an neue Situationen anpassen.

#### mittelgradige Beeinträchtigung

Der zu Begutachtende hat Schwierigkeiten, sich neuen Situationen erwartungsgemäß anzupassen. Er ist wenig flexibel, d.h. seine Fähigkeit, sich in Bezug auf wechselnde Anforderungen der Umwelt angemessen zu verhalten, ist deutlich eingeschränkt. Wenn es z.B. zum Wechsel von Arbeitsaufgaben, Mitarbeitern oder Räumen kommt, zeigt der zu Begutachtende deutliche negative emotionale Reaktionen und/oder eine reduzierte Leistung. Seine mangelnde Anpassungsfähigkeit führt bei Anderen zu negativen Reaktionen.

#### vollständige Beeinträchtigung

Neue oder wechselnde Situationen überfordern den zu Begutachtenden außerordentlich. Sein Verhalten, Denken und Fühlen zeichnet sich durch große Rigidität aus. Wird von ihm etwas „außer der Reihe“ verlangt, dekompenziert er und Dritte müssen für ihn einspringen.



### **2.4.5 Anwendung fachlicher Kompetenzen**

Beurteilt wird die Fähigkeit des zu Begutachtenden zur Anwendung seiner fachlicher Kompetenzen, die körperlich (Kraft, Beweglichkeit) und/oder mental (Produktivität/Kreativität) sein können.

#### keine Beeinträchtigung

Der zu Begutachtende kann die seines beruflichen Anforderungsprofils entsprechenden fachlichen Kompetenzen und Fertigkeiten realisieren und erbringt eine den Erwartungen entsprechende Leistung.

#### mittelgradige Beeinträchtigung

Der zu Begutachtende schafft es störungsbedingt nicht, eine seiner beruflichen Anforderungen entsprechende fachliche Kompetenz zu realisieren. Er wird den an ihn gestellten Erwartungen nicht gerecht. Seine Mitarbeit und Kollegen müssen die Minderleistung des zu Begutachtenden kompensieren, indem sie z.B. seine Arbeit inhaltlich überprüfen oder korrigieren müssen.

#### vollständige Beeinträchtigung

Der Proband ist nicht fähig, die entsprechend seines Berufs grundlegenden Kompetenzen zur Anwendung zu bringen. Seine Arbeitsleistung ist für den Arbeitgeber weitgehend wertlos.

### **2.4.6 Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit**

Beurteilt wird die Fähigkeit des zu Begutachtenden, kontextbezogen und angemessen Entscheidungen zu fällen oder Urteile abzugeben.

Hierbei ist einzuschätzen, zu welchem Grad der zu Begutachtende Sachverhalte differenziert und kontextbezogen auffasst, inwieweit er in der Lage ist, daraus die angemessenen Schlussfolgerungen und Konsequenzen zu ziehen und dies in erforderliche Entscheidungen umzusetzen.

#### keine Beeinträchtigung

Der zu Begutachtende ist in der Lage Zusammenhänge zu erfassen, sachbezogene Schlüsse daraus zu ziehen und in erforderliche Entscheidungen umzusetzen.

#### mittelgradige Beeinträchtigung

Der zu Begutachtende tut sich schwer mit Schlussfolgerungen und Entscheidungen. Statt die gegebenen Fakten zur Kenntnis zu nehmen, lässt er sich verwirren oder durch innere Zustände ablenken und treiben. Konsequenzen werden zufällig gezogen, beruhen auf Augenblickseinfällen oder werden durch intrapsychische Faktoren bestimmt, die nichts mit dem gegebenen Sachverhalt zu tun haben.

#### vollständige Beeinträchtigung

Der zu Begutachtende ist nicht in der Lage, einsichtige Schlussfolgerungen und Entscheidungen zu treffen. Gegebene Fakten haben keinen Einfluss auf das was geschieht. Entscheidungen werden durch intrapsychische Faktoren bestimmt (z.B. Angst, Rache, Halluzinationen). Dritte fühlen sich den Handlungen des Probanden ausgeliefert und müssen gegebenenfalls gegensteuern.

### **2.4.7 Durchhaltefähigkeit**

Beurteilt wird die Fähigkeit des zu Begutachtenden, hinreichend ausdauernd und während der üblicherweise erwarteten Zeit an einer Tätigkeit zu bleiben und ein durchgehendes Leistungsniveau aufrechterhalten zu können. Die Beurteilung der Durchhaltefähigkeit kann sich sowohl auf die körperliche und/oder auf die mentale Durchhaltefähigkeit des zu Begutachtenden beziehen.

Kriterium ist, in welchem Ausmaß der zu Begutachtende in seinem Beruf in der Lage ist, hinreichend ausdauernd und/oder dauerkonzentriert dabei zu bleiben. Es ist also die Frage zu beantworten, ob der zu Begutachtende über die erforderliche Zeit hinweg an seiner Aufgabe bleiben kann und ein durchgehendes Leistungsniveau aufrechterhalten kann.

#### keine Beeinträchtigung

Der zu Begutachtende verfügt über ein ausgeprägtes körperliches und/oder mentales Durchhaltevermögen. Er kann an seiner Aufgabe über die erforderliche Zeit hin aktiv bleiben. Die Qualität seiner Arbeit bleibt über die gesamte Arbeitszeit hinweg auf einem konstant hohem Niveau.

#### mittelgradige Beeinträchtigung

Der zu Begutachtende kann keine volle Leistungsfähigkeit über die ganze Arbeitszeit hinweg zum Einsatz bringen. Sein Durchhaltevermögen ist körperlich und/oder mental deutlich beeinträchtigt bzw. vermindert. Durch Nichterfüllung von Aufgaben ergeben sich Zusatzbelastungen für den Arbeitgeber oder Partner.

#### vollständige Beeinträchtigung

Der zu Begutachtende erbringt (trotz gegebener Kompetenz) nicht annähernd die erwartete Leistungsmenge in der verfügbaren Zeit. Er verfügt über keinerlei Durchhaltevermögen. Eine Entpflichtung ist unumgänglich.

#### **2.4.8 Selbstbehauptungs- und Durchsetzungsfähigkeit**

Beurteilt wird die Fähigkeit des zu Begutachtenden, in sozialen Kontakten oder auch Konfliktsituationen ohne beeinträchtigende Befangenheit bestehen zu können und für seine Überzeugungen einzustehen, ohne dabei sozial verletzend oder feindselig-aggressiv zu sein.

Kriterium ist, inwieweit der zu Begutachtende im Kontakt mit anderen Personen seine Meinung sagt, sich in Entscheidungen einbringt, seine eigene Position deutlich, nachvollziehbar und verständlich macht, seine Position erforderlichenfalls wahrt, aber sie auch mit anderen abstimmen und Kompromisse suchen kann, wobei er gleichzeitig bei der Wahrung der eigenen Position nicht sozial verletzend oder feindselig-aggressiv wird.

##### keine Beeinträchtigung

Der zu Begutachtende kann sich in sozialen, einschließlich beruflichen Situationen gut behaupten. Er ist in angemessener Weise selbstsicher, verfügt über Selbstvertrauen und kann sich dementsprechend gegenüber anderen durchsetzen. Dabei verletzt er keine Regeln der Rücksichtnahme gegenüber Dritten.

##### mittelgradige Beeinträchtigung

Der zu Begutachtende hat Schwierigkeiten, sich in sozialen, einschließlich beruflichen Situationen durchzusetzen und zu behaupten. Er lässt sich schnell einschüchtern, ist unsicher und kann nur wenig überzeugend für seine Interessen eintreten, oder er geht unangemessen und rücksichtslos vor. Seine Mitmenschen nehmen ihn nicht ernst oder ziehen sich von ihm zurück.

##### vollständige Beeinträchtigung

Der zu Begutachtende verfügt über keinerlei soziale Kompetenz. In sozialen Situationen wird er entweder nicht wahrgenommen oder aufgrund inadäquater und überschießender Reaktionen zurückgewiesen. Dritte müssen seine Interessen vertreten.

#### **2.4.9 Interaktions- und Kommunikationsfähigkeit**

Beurteilt wird die Fähigkeit des zu Begutachtenden, formelle und informelle soziale Kontakte mit anderen Menschen aufzunehmen und inwieweit er in der Lage ist, mit diesen zu interagieren, wozu auch Rücksichtnahme, Wertschätzung des Gegenübers oder die Fähigkeit zum „small-talk“ gehören. Dies bezieht sich auf Privates wie potenziell Berufliches, wie Begegnungen mit Bekannten, Kollegen, Nachbarn etc.

Beurteilt wird, ob der Proband mit anderen Menschen reden kann, ohne dass es dabei um etwas gehen muss und inwieweit er die Fähigkeit zum Sozialpartner hat. Dies umfasst die Fähigkeit, sich Bekannten oder Fremden zuzuwenden, zuzuhören, von sich selbst zu berichten, auf Äußerungen anderen einzugehen oder selbst Fakten zu einem Gespräch beizutragen.

#### keine Beeinträchtigung

Der zu Begutachtende nimmt regelmäßig Kontakt zu verschiedenen Kollegen, Freunden oder Bekannten auf. Die Beziehungen sind durch gegenseitige Akzeptanz gekennzeichnet. Es findet ein gegenseitiger Austausch und für beide Seiten zufrieden stellender Dialog statt.

#### mittelgradige Beeinträchtigung

Der zu Begutachtende hat Schwierigkeiten, sich mit Kollegen, Freunden oder Bekannten zu unterhalten. Entweder er zieht sich zurück, redet nicht und wirkt abweisend oder er bringt sich zu dominant ein und ermöglicht keine Interaktion. Entsprechend gibt es auch kaum Freunde oder Bekannte bzw. Schwierigkeiten beim Aufbau neuer Beziehungen.

#### vollständige Beeinträchtigung

Der zu Begutachtende ist nicht in der Lage, sich mit Kollegen, Freunden oder Bekannten zu unterhalten. Er hat keine Fähigkeiten zur Kommunikation mit Bekannten oder Kollegen. Entsprechend ist er isoliert und hat keinen Kontakt zu anderen Menschen. Eine Kommunikation geht ausschließlich vom gegenüber aus.

### **2.4.10 Gruppenfähigkeit**

Beurteilt wird die Fähigkeit des zu Begutachtenden, sich in Gruppen einzufügen und die expliziten oder informellen Regeln der Gruppe zu durchschauen und sich darauf einzustellen. Er kann sich öffentlich repräsentieren, sei im Arbeitsteam oder andernorts.

Beurteilt wird, wie sich der zu Begutachtende in Gruppensituationen verhält. Dazu gehören Kleingruppen wie das Arbeitsteam oder Großgruppen wie die Firma oder eine politische Gruppierung. Zu beurteilen ist, ob der zu Begutachtende Teil der Gruppe oder Außenseiter oder ausgeschlossen ist. Kann er sich an die Gruppenregeln halten oder fällt er ständig auf, weil er sich „quer“ verhält. Kann er sich in der Gruppe öffentlich präsentieren, sei es im Arbeitsteam, der Firma, im Verein, in der Kirche, in politischen Gruppen oder andernorts. Beurteilt wird, inwieweit er sich in das soziale Leben integrieren kann.

keine Beeinträchtigung

Der zu Begutachtende ist gut informiert über die Gruppenstrukturen in denen er sich bewegt oder über betriebsinterne Abläufe, er fügt sich in das Arbeitsteam oder berufliche und gesellschaftliche Organisationen oder Gruppen ein.

mittelgradige Beeinträchtigung

Der zu Begutachtende ist nur begrenzt informiert über bestehende Gruppenstrukturen. Er beteiligt sich nur sehr eingeschränkt an firmeninternen oder gesellschaftlichen Aktivitäten. Er bekommt nicht mit was läuft. Er zieht sich häufig von der Teilnahme an Gruppen oder Organisationen zurück und gerät in Konflikte mit anderen Mitgliedern, Nachbarn u.ä., weil er kein Gespür für Gruppenabläufe hat und dadurch Interessen anderer verletzt.

vollständige Beeinträchtigung

Der zu Begutachtende ist nicht in der Lage die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, in denen er sich bewegt zu erkennen und sich einzubringen. Er wird übergangen oder ist ein Störfaktor. Andere müssen einspringen und ihn führen.

#### **2.4.11 Selbstversorgung**

Beurteilt wird die Fähigkeit des zu Begutachtenden zur Selbstfürsorge und -pflege, also die Fähigkeit, sich zu waschen, zu pflegen, sich sauber und der Situation, dem Anlass oder der Jahreszeit entsprechend anzukleiden, Mahlzeiten zuzubereiten und einzunehmen, Gesundheitsbedürfnisse des Körpers wahrzunehmen und darauf angemessen zu reagieren. Es gibt ein zuwenig und ein zuviel.

keine Beeinträchtigung

Die Selbstversorgung und -pflege und das äußere Erscheinungsbild des zu Begutachtende entsprechen den Erwartungen der Referenzgruppe. Die Kleidung und Sauberkeit ist situationsangemessen. Er achtet auf die Ernährung, kennt seine psychischen und körperlichen Bedürfnisse, hält ein adäquates Niveau körperlicher Aktivität und merkt, wenn er sich zuviel zumutet.

mittelgradige Beeinträchtigung

Der zu Begutachtende hat Probleme, sich um seine Pflege zu kümmern. Er macht z.B. einen unsauberen und ungepflegten Eindruck oder er kleidet sich nicht situationsangemessen. Er ernährt sich ungesund. Seine körperliche Fitness ist deutlich beeinträchtigt und seine Gesundheit gefährdet. Er treibt Raubbau an sich selbst und ignoriert die eigene Gesundheit, kümmert sich nicht um notwendige Erholung oder die Rücksichtnahme auf selbstverständliche psychische Bedürfnisse.

vollständige Beeinträchtigung

Der zu Begutachtende ist auf die Hilfe anderer bei der Selbstversorgung und Gesundheitsvorsorge angewiesen bzw. von diesen abhängig. Persönliche Hygiene, äußeres Erscheinungsbild und Kleidung werden extrem vernachlässigt oder er ernährt sich extrem ungesund und nimmt keine Rücksicht auf seine Gesundheit.

### **2.4.12 Mobilität/Wegefähigkeit**

Beurteilt wird die Fähigkeit des zu Begutachtenden zu verschiedenen Orten und Situationen zu gehen und Transportmittel, wie Auto, Bus oder Flugzeug zu benutzen. Mobilität umfasst allgemein die Fähigkeit eines Individuums, sich selbständig in einer vertrauten oder auch neuen bzw. unbekanntem Umwelt zu bewegen. So kann die Mobilität/Wegefähigkeit z.B. durch das Vorliegen von Ängsten mehr oder weniger eingeschränkt sein. Im Extremfall kann die Mobilität vollständig aufgehoben sein, z.B. bei einem Angstpatienten, der seine Wohnung nicht mehr verlassen kann.

Beurteilt wird, ob der Proband ohne Probleme jeden verkehrsüblichen Platz aufsuchen und jedes verkehrsübliche Fortbewegungsmittel benutzen kann bzw. sich unbefangen in vertrauten als auch unbekanntem Umgebungen bewegen kann.

#### keine Beeinträchtigung

Die Fähigkeit, Wege zu gehen, sich fortzubewegen, sowie bei Bedarf verkehrsübliche Transportmittel einschließlich U-Bahnen und Flugzeuge zu benutzen, entspricht den Erwartungen der Referenzgruppe. Der zu Begutachtende ist in der Lage, sich in privaten wie öffentlichen Gebäuden, sowie außerhalb der eigenen Wohnung und anderer Gebäude aufzuhalten und sich umher zu bewegen.

#### mittelgradige Beeinträchtigung

Der zu Begutachtende hat Schwierigkeiten sich außerhalb der Wohnung oder anderer Gebäude umher zu bewegen. Die Benutzung bestimmter Transportmittel wird wenn möglich vermieden, ist mit starkem Unbehagen und Angst verbunden oder seine Fähigkeit zur Benutzung entsprechender Verkehrsmittel ist beeinträchtigt, so dass Hilfe benötigt wird.

#### vollständige Beeinträchtigung

Der zu Begutachtende ist nicht in der Lage, seine Wohnung zu verlassen bzw. sich außerhalb der eigenen Wohnung oder in anderen Gebäuden zu bewegen. Notwendige Erledigungen bzw. die Versorgung mit Lebensmitteln und Dingen des

täglichen Bedarfs müssen vollständig von seinen Mitmenschen übernommen werden. Er ist nicht in der Lage, Transportmittel jeglicher Art zu benutzen.

#### **Statement 23**

Die Aktivitäten stellen die Basis für die Beurteilung der Partizipation im Sinne der beruflichen (Rest-)Funktionsfähigkeit dar. Sie werden auf einer dreistufigen Skala durch den Gutachter bewertet, wobei das Ausmaß unter Beachtung der Ankerbeispiele im Anhang validiert werden sollte.

## **Partizipation**

Im Rahmen der Berufsunfähigkeitsbeurteilung ist insbesondere die Partizipation des zu Begutachtenden am Arbeitsprozess zu bewerten, das heißt hier geht es um die Beurteilung der konkreten Leistungsfähigkeit. Die Beurteilung der Partizipation wird demnach unter Punkt 2.6 *Leistungsbeurteilung* vorgenommen.

## **2.5 Beurteilung etwaiger tendenziöser Haltungen (Abschnitt E)**

Unter einer tendenziösen Haltung im Kontext der gutachterlichen Bewertung der Berufsunfähigkeitsversicherung versteht man die einseitig verzerrte Darstellung von Beschwerden und deren Auswirkungen auf die Funktions- und Leistungsfähigkeit.

Bei der Beurteilung tendenziöser Haltungen ist es wichtig, einerseits zwischen dem Grad der Bewusstheit hinsichtlich der dargestellten Beeinträchtigung durch die Symptomatik und andererseits dem tatsächlichen Vorhandensein der geschilderten Störung zu unterscheiden. Differenziert wird in der weiteren Beurteilung zwischen Simulation, Aggravation und Dissimulation sowie der Verdeutlichungstendenz. Die Begriffe werden im Folgenden näher beschrieben.

### **2.5.1 Simulation**

Unter Simulation versteht man das bewusste, absichtliche Vortäuschen einer krankhaften körperlichen, psychischen oder psychosomatischen Störung zu bestimmten, klar erkennbaren Zwecken, insbesondere um materielle und andere unmittelbare Vorteile zu erlangen. „Bewusst“ heißt hier soviel wie „bei erhaltener Steuerungsfähigkeit“. Wenn die Vortäuschung aus unbewusster Motivation geschieht, sollte der Begriff nicht verwendet werden. Differenzialdiagnostisch ist der Begriff der Simulation immer von der artifiziellen Störung, Konversionsstörungen sowie somatoformen Störungen abzugrenzen (s. 2.5.4.).

Die Ausgangswahrscheinlichkeit für das Vortäuschen nicht vorhandener Beschwerden ist selbst in einer sozialrechtlichen Begutachtungssituation, in der es offensichtlich um äußere Anreize für Beschwerdenverhalten geht, niedrig zu veranschlagen.

**Statement 24**

Unter Simulation versteht man das bewusste und absichtliche Vortäuschen einer psychischen oder physischen Störung zur Erreichung unmittelbarer Vorteile. Im Rahmen sozialrechtlicher Begutachtungen ist das Vorkommen von Simulation als gering zu veranschlagen.

**2.5.2 Aggravation und Verdeutlichungstendenz**

Unter Aggravation versteht man die bewusste, absichtlich verschlimmernde bzw. überhöhende Darstellung einer tatsächlich vorhandenen Störung zum Zweck der Erlangung von unmittelbaren (materiellen) Vorteilen. Nach Schätzungen wird sie im Rahmen sozialmedizinischer Begutachtungen in etwa 20 – 40 % der Fälle beobachtet und kann unterschiedliche Ausmaße annehmen: von einer geringen Zugabe bei deutlich vorhandenen Beschwerden bis hin zur simulationsnahen Überhöhung subjektiv gering wahrgenommener Beschwerden.

Aggravation als bewusst gesteuertes Verhalten wird konzeptionell von der sogenannten Verdeutlichungstendenz abgrenzt: Hierbei handelt es sich um ein nicht primär bewusst gesteuertes Verhalten aus der Motivation heraus, sein Gegenüber vom Vorhandensein der Symptomatik zu überzeugen. Diese Motivation ist nicht auf der Erlangung externaler Anreize begründet; vielmehr ist die Verdeutlichungstendenz nach ICD-10 mit ein wichtiges diagnostisches Kriterium bei der Beurteilung somatoformer Störungen und daher auch im Rahmen einer Begutachtung als „legitimes“ Verhalten anzusehen: „Bei diesen Störungen besteht häufig ein gewisses aufmerksamkeitsuchendes (histrionisches) Verhalten, besonders bei Patienten, die empfindlich darauf reagieren, dass es ihnen nicht gelungen ist, Ärzte von der grundsätzlich körperlichen Natur ihrer Erkrankung und von der Notwendigkeit weiterer Nachforschungen und Untersuchungen zu überzeugen“ (ICD-10 F45, Einführungstext).

Verdeutlichungsverhalten lässt sich im Unterschied zur Aggravation demnach gerade auch außerhalb des gutachterlichen Kontexts, auch gegenüber Angehörigen, beobachten; es ist personenabhängig und auch kulturell unterschiedlich stark ausgeprägt. Für eine solche Verdeutlichungstendenz soll der Begriff „Aggravation“ nicht verwendet werden.



Allerdings ist diese historisch gewachsene Unterscheidung von Verdeutlichungstendenz und Aggravation bislang lediglich konzeptioneller Art. Sie ist bislang nicht eindeutig operationalisiert, und es gibt keine empirischen Belege dafür, dass bewusstseinsnahe Aggravation und unwillkürliche Verdeutlichungstendenz in der Praxis ausreichend zuverlässig und valide unterschieden werden können.

**Statement 25**

Unter Aggravation versteht man die bewusste, absichtlich verschlimmernde/überhöhende Darstellung von tatsächlich vorhandenen Beschwerden aufgrund einer psychischen oder physischen Störung, um unmittelbare Vorteile zu erlangen. Von der sog. Verdeutlichungstendenz spricht man, wenn die Darstellung der tatsächlich vorhandenen Beschwerden nicht bewusst und absichtlich überhöht wird, um unmittelbare Vorteile zu erlangen. Die Art der Darstellung liegt bei der Verdeutlichungstendenz in der Motivation begründet, sein Gegenüber vom Vorhandensein der Symptomatik zu überzeugen und ist somit von einer aggravierenden Beschwerdedarstellung zu unterscheiden.

**2.5.3 Dissimulation**

Dissimulation ist eine verringernde, herunterspielende Darstellung von Beschwerden z.B. aufgrund einer Verdrängung oder Verleugnung gesundheitlicher Probleme. Sie muss abgegrenzt werden von einer organisch begründeten verminderten Wahrnehmungsfähigkeit von Körperbeschwerden (z.B. bei diabetischer Neuropathie). Eine erhöhte Dissimulationstendenz muss in der Begutachtungssituation vor allem bei der Beurteilung des Schweregrads in Rechnung gestellt werden im Sinne eines möglicherweise höheren Schweregrads. Es kann sein, dass die Dissimulation von Beschwerden den bewusstseinsnahen Interessen des Probanden auf Anerkennung seiner Beschwerden und Beeinträchtigungen zuwider läuft. Allerdings ist bei der Interpretation möglicherweise dissimulierter Beschwerden zu berücksichtigen, in welchem Kontext welche Beschwerden dissimuliert werden. Manche Probanden neigen dazu, psychische Symptome dissimulierend darzustellen, um auf diese Weise auf die Bedeutung körperlicher Faktoren oder behandlungsresistenter körperlicher Schäden hinzuweisen. Diese Art der Beschwerdedarstellung kann im Einklang mit Entlastungsmotiven stehen.

Andere Probanden stellen psychische Symptome dissimulierend dar, weil sie diese als selbstwertbedrohlich erleben. Dissimulation kann in diesem Kontext als ein Indikator für eine stärkere Beeinträchtigung psychischer Funktionen gedeutet werden.

Eine Dissimulation von Beschwerden darf im Übrigen nicht verwechselt werden mit dem Herunterspielen der Leistungsfähigkeit eines Probanden. Letztere ist, insoweit sie bewusst gesteuert erfolgt, im Kontext von Beschwerdeaggravation zu sehen.

**Statement 26**

Bei der Dissimulation werden tatsächlich vorhandene psychische oder physische Beschwerden in der Schilderung verringert dargestellt. Dies kann aufgrund unterschiedlicher psychischer Vorgänge geschehen. Bewusst als verringert dargestellte Leistungsfähigkeit ist im Kontext von Beschwerdeaggravation zu verstehen.

**2.5.4. Kriterien zur Beurteilung von Simulation/Aggravation und Dissimulation:**

Simulation und Aggravation können zum Ausdruck kommen in Form von Inkonsistenzen in der Beschwerdeschilderung, zwischen Beschwerdeschilderung und Befunden/Beobachtungen aus der eigenen Untersuchungssituation, zwischen Beschwerdeschilderungen und Vorbefunden, in den Vorbefunden selbst sowie zwischen der Stärke der Beschwerden und dem geschilderten Ausmaß an Beeinträchtigung. Zu Inkonsistenzen kann es auch im Rahmen der Anwendung von test- und aussagepsychologischen Methoden kommen (Merten, 2005).

Simulation/Aggravation und Dissimulation können sich weiterhin durch einen Mangel an Plausibilität in Aussagen oder im Verhalten des Probanden abzeichnen, wenn diese im Widerspruch zu medizinischen oder psychologischen Gesetzmäßigkeiten oder zu gesichertem Expertenwissen stehen.

Entsprechend sollte sich die Beurteilung von Aggravation/Simulation und Dissimulation nicht nur auf den klinischen Eindruck stützen, sondern auf mehrere Informationsquellen und Erhebungsmethoden.

Sinnvoll ist die Einbeziehung von klinischer Untersuchung, Fremdbbericht, Exploration, standardisierten und normierten Fragebögen, psychologischen Funktions- und Leistungstests, Beschwerdevalidierungstests bzw. Antwortkontrollskalen sowie Verhaltensbeobachtung unter Explorations- und Leistungstestbedingungen.

In den Leitlinien „Diagnostic criteria for malingered neurocognitive dysfunction“ nach Slick, Sherman und Iverson (1999) werden vier Kriterien zur Identifikation bewusstseinsnaher Verfälschungstendenzen (Aggravation/ Simulation) genannt:

- a) der Nachweis eines externen Anreizes
- b) Hinweise auf Verfälschungstendenzen aus der neuropsychologischen Untersuchung
- c) Hinweise aufgrund der Beschreibung der Beschwerden durch den Probanden
- d) Die negativen Antwortverzerrungen (bzw. Inkonsistenzen) können nicht durch Pathologien oder Entwicklungsstörungen erklärt werden

**Statement 27**

Zur Beurteilung bewusstseinsnaher Verfälschungstendenzen sind folgende vier Kriterien zu evaluieren:

- a) Der Nachweis eines externen Anreizes
- b) Hinweise auf Verfälschungstendenzen aus der neuropsychologischen Untersuchung
- c) Hinweise aufgrund der Beschreibung der Beschwerden durch den Probanden
- d) Die negativen Antwortverzerrungen (bzw. Inkonsistenzen) können nicht durch Pathologien oder Entwicklungsstörungen erklärt werden

Im Weiteren werden die Punkte a) bis d) näher erläutert:

Zu a) Zu klären ist, ob und in welchem Ausmaß auf der reinen Sachebene ein externer Anreiz besteht, welcher die Simulation oder Aggravation von psychischen/ psychosomatischen Beschwerden provoziert, wie z.B. die Inanspruchnahme einer Berufsunfähigkeitsversicherung. Die Höhe des Anreizes (z.B. die Höhe des Versicherungsabschlusses oder die Zahl der betroffenen Versicherungsabschlüsse) kann das Risiko bewusstseinsnah verzerrter Beschwerdedarstellung beeinflussen.

**Statement 28**

Externe Anreize, wie z.B. finanzielle Vorteile durch eine Berufsunfähigkeitsrente, können die Simulation oder Aggravation von psychischen oder physischen Beschwerden provozieren.

Zu b) Im Bereich der test- und aussagepsychologischen Methoden können drei Zugänge, welche zur Differenzierung unwillkürlicher und willkürlicher Verzerrungen im Antwort- und Reaktionsverhalten dienen, unterschieden werden.

Als erstes sind psychologische Funktions- und Leistungstests zu nennen, welche bei Klagen über kognitive oder psychomotorische Funktionsstörungen zur Anwendung kommen sollten. Sogenannte Beschwerdevalidierungstests können für die Beurteilung motivationaler Einflüsse und die Glaubhaftmachung bestimmter Testergebnisse wichtige Zusatzinformationen liefern.

Kognitive Leistungstestverfahren, in denen die Probanden unter Zeitbegrenzung bestimmte Konzentrations-, Denk- oder Gedächtnisleistungen erbringen sollen, schaffen in der Regel eine gute Gelegenheit, um das Leistungsverhalten der Probanden unter Testbedingungen direkt zu beobachten. Im Einzelfall können diese Beobachtungen ergänzende Hinweise auf motivationale Einflüsse bei der Testbearbeitung liefern. Insbesondere Tests mit sehr niedrigen Aufgabenschwierigkeiten (hoher Lösungswahrscheinlichkeit) können geeignete Voraussetzungen dafür bieten, um motivationale Einflüsse im Test- oder Antwortverhalten zu identifizieren.

Neuropsychologische Beschwerdevalidierungstests sind entweder aufgrund sehr geringer Aufgabenschwierigkeiten oder bestimmter Prozeduren, die eine Überprüfung psychologischer Gesetzmäßigkeiten im Antwortmuster leisten, in der Lage, motivationale Einflüsse im Antwortmuster aufzudecken.

Beispiele für Beschwerdevalidierungstests zur Überprüfung motivationaler Einflüsse bei der Beschwerdedarstellung:

- Word Memory Test, WMT
- Word Completion Memory Test, WMCT
- Test of Memory Malingering, TOMM
- Amsterdamer Kurzzeitgedächtnistest, AKGT

Auffällige Testwerte in Beschwerdevalidierungstests sind als Hinweise auf bewusstseinsnah verzerrende oder verfälschende Tendenzen im mentalen Leistungsverhalten zu bewerten, sie allein begründen aber keine generalisierende Aussage über die Aggravation oder Simulation von psychischen Beschwerden oder beschwerdebedingten Beeinträchtigungen.

Insgesamt existiert zu Fragen der Aggravation und Simulation psychischer und psychomotorischer Funktionsstörungen eine umfangreiche internationale Literatur, die aber im deutschsprachigen Raum bislang nur unzureichend rezipiert wird.

Das Angebot neuropsychologischer Symptomvalidierungstests ist im deutschsprachigen Raum relativ begrenzt, es bestehen aber eine Reihe unterschiedlicher psychodiagnostischer Möglichkeiten, um formale und inhaltliche Antworttendenzen zu identifizieren.

Als zweites ist die Anwendung von psychologischen Fragebögen zu nennen, welche jedoch aufgrund ihrer Testgüteeigenschaften anfällig für bewusste Antwortverzerrungen sind. Insbesondere ist dies bei Symptom- und Beschwerdefragebögen der Fall. Hilfreich kann deren Anwendung z.B. aber bei der Erhebung eines einzelnen Merkmals sein, um Verzerrungen aufgrund externer Einflüsse zu minimieren. Psychologische Fragebögen sollten nur gezielt eingesetzt und sorgsam interpretiert werden, um fehlerhafte Schlussfolgerung aufgrund ihrer Nutzung zu vermeiden.

Als letztes ist die Aussagepsychologie zu nennen. Das Ziel hierbei ist, aus den Aussagen des Probanden unmittelbare Erkenntnisse zu deren Gültigkeit zu erlangen. Steller und Köhnken (1989) haben als Indikatoren für fragliche glaubhafte Darstellungen die logische Inkonsistenz der Angaben, eine sprunghafte Darstellung und einen mangelnden quantitativen Detailreichtum genannt. Die Verwertbarkeit dieser Kriterien für die sozial- und zivilrechtliche Begutachtung psychischer und psychosomatischer Störungen ist jedoch nur bedingt gegeben, da die Merkmale für (straf-)tatbezogenes und nicht für krankheitsbezogenes Wissen entwickelt wurden.

**Statement 29**

Bei der Anwendung von test- und aussagepsychologischen Methoden zur Beurteilung von Aggravation/Simulation und Dissimulation sind drei Zugänge zu unterscheiden:

- Leistungs- und Beschwerdevalidierungstests dienen der normativen Einschätzung tatsächlicher Leistungsvoraussetzungen im neuropsychologischen Bereich
- Psychologische Fragebögen können bei der Erhebung einzelner Merkmale hilfreich sein, sollten jedoch aufgrund ihrer Anfälligkeit für Antwortverzerrungen nur sehr gezielt eingesetzt und sorgsam interpretiert werden
- Aussagepsychologische Indikatoren dienen der Einschätzung von (straf-)tatbezogenem und nicht krankheitsbezogenem Wissen

Zu c) Hinweise auf Simulation oder Aggravation i. S. widersprüchlicher bzw. inkonsistenter Aussagen können sowohl innerhalb einer diagnostischen Methode (z.B. innerhalb des Interviews oder im Vergleich verschiedener Fragebogenwerte), als auch zwischen unterschiedlichen methodischen Zugängen vorkommen.

Bei explorativem Zugang können in den folgenden Bereichen widersprüchliche Aussagen auftreten:

- Psychische und körperliche Beschwerden
- Krankheitsentstehung und Krankheitsverlauf
- Biographische Erfahrungen und Bedingungen (z.B. Zweifel aufgrund von Arbeitszeugnissen, dass Arbeitsplatzwechsel in der Vergangenheit ausschließlich gesundheitsbedingt war)
- Umsetzung der Behandlung (z.B. Zweifel, dass Behandlungen tatsächlich umgesetzt worden sind, da die Kontrolle des Serumspiegels inkonsistente Ergebnisse zu den Aussagen des Probanden liefert)
- Krankheitsbewältigung und Behandlungswirkungen (z.B. Zweifel, dass sich die Beschwerden trotz Behandlung kontinuierlich verschlechtern haben, da im Reha-Entlassungsbericht Fortschritte beschrieben wurden)
- Funktionsniveau (z.B. Ausmaß angegebener Beeinträchtigungen beim Arbeiten/Haushaltstätigkeiten im Vergleich zum Beeinträchtigungsgrad bei Freizeitaktivitäten oder Hobbys)
- Materielle Bedingungen und Unterstützungsbedingungen (z.B. wenn die positiven Folgen der angestrebten beruflichen oder finanziellen Entlastung als geringfügig dargestellt werden, die realen positiven Folgen aber aus Expertensicht erheblich wären)

Interpretationsrisiken bei der Beurteilung von Inkonsistenzen explorationsbasierter Informationen:

- Explorativ gewonnene Angaben zum gleichen Sachverhalt können kontextabhängig variieren (z.B. abhängig von der konkreten Formulierung der Frage, vom Fragestil, von der Reihenfolge der Fragen)
- Zufälle beeinflussen das Antwortverhalten.
- Erinnerungsbereitschaft und Erinnerungsfähigkeit des Probanden wirken sich unsystematisch auf das Antwortmuster und die Konsistenz der Angaben aus.
- Das individuelle Bezugssystem bei der Beschreibung und Bewertung des eigenen gesundheitlichen Zustandes kann zu verzerrter Selbstbeschreibung führen (z.B. der individuelle Vergleichsmaßstab für einen „erträglichen“ oder „unerträglichen“ Zustand).

Ein Teil dieser Fehler- und Interpretationsrisiken kann durch psychologische Messverfahren begrenzt werden. Die zuverlässige Absicherung inkonsistenter Angaben gegen Zufalls- und Kontexteinflüsse ist meist mit Hilfe normierter Fragebögen möglich, die über gute Testgüteeigenschaften (Reliabilität, Objektivität, Validität) verfügen. Verschiedene Fragebögen (z.B. zu Symptomen, Bewältigungsverhalten, Persönlichkeitsmerkmalen), die dasselbe Merkmal messen, sollten bei gültiger Interpretation auch zu übereinstimmenden Ergebnissen führen. Entsprechende Konsistenzprüfungen mit Hilfe von Fragebögen werden um so eher gerechtfertigt sein, je zentraler das gemessene Merkmal für die Beantwortung der gutachterlichen Fragestellung ist.

Darüber hinaus existieren Fragebögen zur Aufdeckung formaler und inhaltlicher Antworttendenzen. Formale Antworttendenzen verzerren das Antwortmuster innerhalb eines gegebenen Antwortformats ungeachtet der erfragten Inhalte (z.B. Zustimmungstendenz oder Tendenz zu unbestimmtem Antworten). Inhaltliche Antworttendenzen verzerren das Antwortmuster im Sinne einer bestimmten Darstellungsabsicht (z.B. Übertreibende Darstellung der Beschwerdeintensität, auffällige Anzahl unwahrscheinlicher Symptome, Antworten im Sinne sozialer Erwünschtheit.).



Normierte Fragebögen können wahrscheinlickeitsbasierte Erkenntnisse dazu liefern, wie extrem solche Tendenzen im Einzelfall sind und welche Auswirkungen dies auf die Interpretation einer individuellen Aussage hat. An Fragebögen zur Erfassung verzerrter oder verfälschender Antwortmuster kommen z.B. in Frage

- Minnesota Multiphasic Personality Inventory 2 (Hathaway & McKinley, 2000)
- Strukturierter Fragebogen Simulierter Symptome, SFSS (Cima et al., 2003)

Auffällig erhöhte Werte in Bezug auf formale oder inhaltliche Antworttendenzen können in Verbindung mit anderen dazu konsistenten Testergebnissen oder Beobachtungen zu der Schlussfolgerung führen, dass die Angaben des Probanden nicht inhaltlich interpretiert werden dürfen. Im Einzelfall kann dies bedeuten, dass der Proband den geforderten Nachweis seiner gesundheitlichen Beeinträchtigung nicht mit der geforderten Sicherheit erbringen konnte.

Eine orientierende heuristische Bedeutung für die Beurteilung von Verfälschungstendenzen in der Beschwerdedarstellung haben Kriterienlisten, die autorenabhängig teilweise sehr unterschiedliche Akzente setzen (vgl. Dohrenbusch, 2007). In aller Regel sind diese Kriterienlisten aber nicht empirisch auf ihre psychometrischen Eigenschaften und Vorhersagequalitäten hin geprüft. Anders als bei Beschwerdevalidierungstests existieren für diese Listen kaum gesicherte Informationen darüber, welchen spezifischen Beitrag sie zur Unterscheidung von Aggravation bzw. Simulation einerseits und authentischem Verhalten bzw. Verdeutlichungstendenz andererseits leisten. Aufgrund ihrer Anschaulichkeit und leichten Integrierbarkeit in das Gutachtensetting werden solche Listen aber immer wieder in der wissenschaftlich-praktischen Diskussion genannt.

Beispielsweise können in Anlehnung an Rauh et al., 2008 folgende Hinweise auf glaubhafte und eingeschränkt glaubhafte Angaben unterschieden werden:

Glaubhafte Aussage	Eingeschränkte Glaubhaftigkeit
<ul style="list-style-type: none"> <li>- spontane Äußerung</li> <li>- Detailreichtum</li> <li>- zeitlich nachvollziehbare Symptomentwicklung</li> <li>- Beschreibung psychischer Vorgänge mit lebensnahen Beispielen</li> <li>- Differenziertes Antwortverhalten</li> <li>- Erkrankung führt zu Einschränkung in mehreren Lebensbereichen (nicht nur beruflich)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- allgemeine, plakative Äußerungen</li> <li>- inkonsistente Angaben</li> <li>- wenige Details <i>oder</i> unrealistisch präzise Darstellung der Symptome (lehrbuchartig)</li> <li>- keine Interaktionsschilderungen</li> <li>- Einschränkungen sind auf den Beruf begrenzt</li> <li>- Je mehr Beschwerden erfragt werden, umso mehr Beschwerden/Schmerzen werden bejaht</li> <li>- auch widersprüchlich formulierte Aussagen werden bejaht</li> <li>- Symptomkombination ist unwahrscheinlich für die entsprechende Störung oder ist abweichend von gängigen psychopathologischen Mustern</li> <li>- Zahl und Umfang/Ausmaß der angegebenen Beeinträchtigungen im Vergleich zu Probandenpopulationen mit ähnlichen Störungen überdurchschnittlich ist ausgeprägt</li> </ul>

Auch hier gilt, dass die Entscheidung über die Gültigkeit von Angaben zu Beschwerden und Beeinträchtigungen grundsätzlich auf der Grundlage möglichst mehrerer unterschiedlicher methodischer Zugänge erfolgen sollte.

### Statement 30

Inkonsistenzen innerhalb der angewandten diagnostischen Methoden sowie zwischen den unterschiedlichen methodischen Zugängen sollten im Gutachten dargestellt und sorgsam abgewogen werden, da sie einen Hinweis auf Simulation, Aggravation oder Dissimulation darstellen können.

Zu d) Unterschieden werden muss, ob Simulation/Aggravation vorliegt oder ob sich die Inkonsistenzen durch eine psychische Störung erklären lassen. Die Unterscheidung liegt demnach zwischen einer klar erkennbaren und bewussten Motivation, welche das Antwort- oder Testverhalten beeinflusst, und einer der psychischen Störung inhärenten Tendenz zur Verdeutlichung oder zu negativen Antwortverzerrungen (somatoforme Störungen, artifizielle Störung u. a.) oder auch zur verminderten Leistungsfähigkeit (depressive Pseudodemenz, Dissoziation).

Die unter a) bis d) genannten Vorgehensweisen sollten nie für sich alleine als Grundlage der Beurteilung für die Einschätzung möglicher Aggravation oder Simulation verwandt werden, sondern immer in Kombination miteinander zur Entscheidungsfindung herangezogen werden. Die Beurteilung von Aggravation/Simulation allein aufgrund der Aktenlage ist nicht möglich.

Keine eindeutigen Belege für Simulation oder Aggravation stellen die nachfolgend genannten Merkmale dar:

- Differenzen zwischen bewusst intentionaler und beiläufiger Motorik, z.B. durch Überlistungsmanöver der Gutachter
- Extreme Gefühle, welche durch den Probanden im Gutachter ausgelöst werden
- Körperliche Besonderheiten wie z.B. Schwielenbildung an den Händen oder kräftige Muskulatur bei Klagen über einen Verlust an körperlicher Kraft oder Ausdauer.

#### **Statement 31**

Bei Inkonsistenzen in der Beschwerdedarstellung muss schließlich sorgsam überprüft werden, ob es sich um Simulation, Aggravation, Dissimulation oder um Inkonsistenzen aufgrund einer Entwicklungsstörung oder einer psychischen Störung handelt. Das für diese Unterscheidung wichtige Kriterium stellt die bewusste Motivation zur Verfälschung der Beschwerdedarstellung bzw. die einer psychischen Störung inhärente Tendenz zur Verdeutlichung oder negativen Antwortverzerrung dar.

Abschließend ist anzumerken, dass auftretende Inkonsistenzen in der Schilderung von Beschwerden und Beeinträchtigungen bei genauerer Exploration erklärbar werden und sich somit auflösen können. Wichtig ist, bestehen bleibende Inkonsistenzen oder Zweifel im Gutachten explizit darzulegen und keine Sicherheit in der Beurteilung vorzugeben, wo sie nicht existiert.

## **2.6 Partizipation und berufliche Leistungsbeurteilung (Abschnitt F)**

### **2.6.1 Partizipation**

#### **Definition**

Im Kontext der Begutachtung der beruflichen Leistungsfähigkeit ist insbesondere die Fähigkeit des zu Begutachtenden zur Partizipation am Arbeitsprozess zu bewerten. Das heißt, hier geht es um die Beurteilung der konkreten Leistungsfähigkeit in Bezug auf das spezifische Anforderungsprofil seiner beruflichen Tätigkeit. Auf die Beurteilung der Teilhabe an anderen Lebensbereichen kann somit in diesem Kontext verzichtet werden, es sei denn, diese wäre für die Beurteilung der konkreten beruflichen

Leistungsfähigkeit von Bedeutung. Bei Begutachtungen im Kontext von Rentenanträgen wegen verminderter Erwerbsfähigkeit ist zu beurteilen, inwieweit der zu Begutachtende den Anforderungen des allgemeinen Arbeitsmarktes entsprechen kann.

#### **Beurteilungskriterien**

Im Rahmen von Berufsunfähigkeitsbegutachtungen ist demgegenüber das Ausmaß an Beeinträchtigungen in der Teilhabe am Erwerbsleben bzw. für die konkrete berufliche Tätigkeit festzustellen. Die Kriterien sind dem jeweiligen berufsspezifischen Anforderungsprofil der durch die zu Begutachtenden abgeschlossene Berufsunfähigkeitsversicherung zu entnehmen. Soweit die beruflichen Leistungsanforderungen nur eingeschränkt differenziert im Versicherungsvertrag ausgeführt sind, müssen diese ggf. vom Gutachter mit dem zu Begutachtenden spezifiziert werden, soweit der Versicherer dies wünscht.

Zur Beurteilung der beruflichen Leistungsfähigkeit müssen die berufsbezogenen Aufgaben in die unterschiedlichen Aktivitätskategorien „übersetzt“ bzw. durch diese beschrieben werden. D.h. z.B. das die Unterrichtung von Schülern u.a. durch die Aktivitätskategorien *Interaktions- und Kommunikationsfähigkeit, Selbstbehauptungs- und Durchsetzungsfähigkeit, Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, Strukturierung von Aufgaben, Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit* etc. determiniert wird.

So ist bei der Bewertung der beruflichen Leistungsfähigkeit für die einzelnen Aufgaben ein Aktivitätsprofil anzulegen und in einem nächsten Schritt zu prüfen, inwieweit der zu Begutachtende die jeweiligen Aktivitäten gemäß der konkreten beruflichen Anforderungen **aktuell** erbringen oder nicht erbringen kann.

Bei der Gesamtbeurteilung der beruflichen Leistungsfähigkeit muss eine Integration der Leistungsfähigkeit des zu Begutachtenden für die einzelnen Aufgabenbereiche vorgenommen werden. Soll nicht die aktuelle Leistungsfähigkeit bewertet werden, sondern die **zu erwartende berufliche Leistungsfähigkeit** im nächsten halben Jahr, muss die Beurteilung der Aktivitätsressourcen oder –einschränkungen deren wahrscheinliche Entwicklung in diesem Zeitraum berücksichtigen; dabei sind insbesondere auch potenzielle Veränderungen durch die Teilnahme an therapeutischen oder rehabilitativen Maßnahmen zu berücksichtigen (siehe 2.7).

Ausgehend vom Aktivitätenrating werden die Fähigkeiten entsprechend des Fähigkeitsstatus des zu Begutachtenden (Ausmaß an Beeinträchtigungen auf der Ebene der Aktivitäten) auf das berufsspezifische Anforderungsprofil übersetzt. Damit wird das Ausmaß an Partizipation bzw. der beruflichen Leistungsfähigkeit erfasst.

Wenn Aktivitäten im privaten Kontext erbracht werden können, die auch beruflich gefordert sind, diese dort von dem Begutachtenden jedoch nicht mehr erbracht werden, ist zu fragen, warum ihm dies nicht möglich ist (*Hemmnisse des Transfers*) sowie unter welchen individuellen und kontextuellen Bedingungen der Transfer von Aktivitäten/Kompetenzen, die in einem Bereich zur Verfügung stehen, in einen anderen Lebensbereich (z.B. die Arbeitswelt) gelingen könnten (z.B. Welche Art der Unterstützung notwendig wäre?).

Die formalisierte Darstellung dieses Vorgehens zeigt die Tabelle 1 auf der folgenden Seite.

Aktivitäten	Teil-Tätigkeiten <sup>2</sup>	Arbeitsplatzanforderungen					Leistungsfähigkeit am aktuellen Arbeitsplatz					Dauerhaft zu erwartende Leistungsfähigkeit <sup>3</sup>				
		gering	mittel		hoch		gering	mittel		hoch		gering	mittel		hoch	
1. Körperliche Aktivität		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
2. Anpassung an Regeln und Routinen		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
3. Strukturierung von Aufgaben		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
4. Flexibilität und Umstellungsfähigkeit		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
5. Anwendung fachlicher Kompetenz - körperlich (Kraft, Beweglichkeit) - mental (Produktivität, Kreativität)		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
6. Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
7. Durchhaltefähigkeit - körperlich  - mental		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
8. Selbstbehauptungs- und Durchsetzungsfähigkeit		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
9. Interaktions- und Kommunikationsfähigkeit		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
10. Gruppenfähigkeit		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
11. Selbstversorgung		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
12. Mobilität/Wegefähigkeit		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

<sup>2</sup> entsprechend des im Versicherungsvertrag zumeist angeführten Profils beruflicher Teiltätigkeiten

<sup>3</sup> Zeitfenster: in den nächsten 6 Monate bezogen auf die BUZ-Bedingungen

## **Berufsfähigkeit und Berufsunfähigkeit**

### **Definition**

Die Bewertung der Berufsfähigkeit bzw. Berufsunfähigkeit hängt von den konkreten rechtlichen Rahmenbedingungen ab. Im Rahmen der privaten BU-Renten ist eine Person dann berufsfähig, wenn sie zu 50 Prozent und mehr ihrer üblichen berufsbezogenen Tätigkeiten verrichten kann. Eine Person ist berufsunfähig, wenn ihre Erwerbsfähigkeit wegen Krankheit oder Behinderung dauerhaft auf mehr als 50 Prozent der von körperlich, geistig und seelisch Gesunden mit ähnlicher Ausbildung oder Kenntnissen und Fähigkeiten gesunken ist.

Entsprechend der Definition der Berufsunfähigkeit, so wie sie im Versicherungsvertragsgesetz formuliert wird, ist eine Person berufsunfähig, die ihren zuletzt ausgeübten Beruf, so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war, infolge Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechendem Kräfteverfall ganz oder teilweise voraussichtlich auf Dauer nicht mehr ausüben kann (§172, VVG)

Bei der Bewertung der Berufsfähigkeit bzw. Berufsunfähigkeit sollte Bezug genommen werden auf die unterschiedlichen Merkmale der Aktivitäten und wie diese sich auf die Umsetzung der beruflichen Aufgaben auswirken (siehe Arbeitsplatzprofil im konkreten Versicherungsvertrag). Dabei sollten insbesondere die Aufgabenstellungen und Aktivitäten fokussiert werden, die konkret den beruflichen Anforderungen entsprechen. Die Beurteilung stellt einen integrativen Prozess dar, bei dem die Leistungsfähigkeit des Zubegutachtenden in Bezug auf die unterschiedlichen beruflichen Anforderungen zu einer abschließenden Gesamtbewertung zusammengeführt werden muss.

### **2.7 Prognose aus der Sicht des Gutachters (Abschnitt G)**

Bei der Prognose der Leistungsfähigkeit im Rahmen der Berufsunfähigkeitsversicherung (BUZ) müssen die Merkmale der unterschiedlichen Beurteilungsebenen nicht nur „Hier und Jetzt“ (Querschnitt) untersucht werden, sondern auch in ihrem Verlauf (Längsschnitt) antizipatorisch eingeschätzt werden, um Aussagen über die zukünftige Entwicklung und Beeinflussbarkeit durch therapeutische und/oder rehabilitative Interventionen treffen zu können.

Bei der Prognose muss das Ausmaß an Chronifizierung bzw. chronifizierungsbegünstigender Faktoren berücksichtigt werden. Faktoren, die eine fortschreitende Chronifizierung begünstigen sind beispielsweise die Dauer der Arbeitsunfähigkeitszeiten, schon lange bestehende Arbeitslosigkeit oder auch fehlende Arbeitsplätze. Die Prognose der Leistungsfähigkeit ergibt sich aus der Integration der bis dato gesammelten Daten bzw. Informationen des zu Begutachtenden. Eine Übersicht der für die Prognose der Leistungsfähigkeit relevanten Faktoren findet sich bei (Schneider, 2007). Hier werden acht Kriterien aufgeführt:

---

1. Verlauf der Erkrankung (Schweregrad, Dauer, Chronifizierung)
  2. Krankheitsverarbeitung und Veränderungsmotivation (Abschnitt C)
  3. Bisherige Therapien und Rehabilitationsmaßnahmen und ihr Effekt (Abschnitt A)
  4. Arbeitsunfähigkeitszeiten
  5. Rentenantragstellung
  6. Sozialer Hintergrund (z.B. Familie, Bildung, Beruf, Verfügbarkeit eines Arbeitsplatzes)
  7. Verfügbarkeit von personalen und umweltbezogenen Ressourcen (Abschnitt 2.3.4)
  8. Soziale Unterstützung (z.B. Familie unterstützt positive Veränderungsanstrengung des zu Begutachtenden)
- 

In der abschließenden Gesamtschau ist zu prüfen:

- a) Welche Aktivitäten und Kompetenzen kann der zu Begutachtende im Alltag umsetzen und
- b) wie könnte der Transfer dieser Aktivitäten/Kompetenzen in den Arbeitsprozess durch psychosoziale Variablen positiv oder negativ beeinflusst werden sowie
- c) das Ausmaß und die Richtung der sozialen Unterstützung (z.B. das familiäre Umfeld kann die Chronifizierungsprozesse oder auch konstruktive Veränderungsprozesse fördern).



Die gutachterliche Prognose bezieht sich zum einen auf den Verlauf der psychischen oder psychosomatischen Erkrankung und zum anderen auf die Frage, ob die berufliche Leistungsfähigkeit wiederhergestellt werden kann. Für die Prognosebewertung ist auch zu berücksichtigen, inwieweit der Einsatz von speziellen therapeutischen oder rehabilitativen (medizinisch, beruflich) Maßnahmen die gesundheitlichen und leistungsbezogenen Probleme günstig beeinflussen kann.

### **Empirische Überprüfung des Leitfadens**

Der Leitfaden zur Begutachtung der beruflichen Leistungsfähigkeit wurde im Rahmen von zwei multizentrischen und interdisziplinären Arbeitsgruppen entwickelt. In verschiedenen Teilstudien wurden Aspekte der Reliabilität, Validität aber auch der Anwendbarkeit unter Kosten-Nutzen-Gesichtspunkten wie der Transparenz untersucht, die gerade im Kontext der Begutachtung von herausragender Bedeutung sind. Es folgt die nähere Beschreibung der Teilstudien sowie die exemplarische Darstellung der wichtigsten Ergebnisse.

### **Korrelationsstudien**

in einem ersten Studiendesign zur empirischen Überprüfung des Instruments wurden drei nach dem Leitfaden erstellte Gutachten von acht geschulten Ratern beurteilt. Die Raterkohorte, bestehend aus Ärzten und Psychologen, die im Rahmen ihrer klinischen Tätigkeit bereits Erfahrungen in der Begutachtung von Personen mit psychischen und psychosomatischen Störungen hatten, beurteilten das Ausmaß der beruflichen Leistungsfähigkeit basierend auf den gutachterlichen Angaben zur Aktenlage, Biografie, Beschwerden- und Beruflicher Anamnese. Für die verschiedenen Dimensionen des Beurteilungsbogens zur Begutachtung der beruflichen Leistungsfähigkeit bei Personen mit psychischen und psychosomatischen Beschwerden wurden zunächst paarweise die Rangkorrelationen nach Spearman gebildet und in einem weiteren Schritt das Ausmaß der durchschnittlichen Beurteilerübereinstimmung mittel Fisher's Z Transformationen berechnet. Für die Beurteilung der Dimension B „Psychische Funktionen“ des Beurteilungsbogens fand sich eine korrelative Übereinstimmung in Höhe von  $r = .59$  bis  $r = .81$ .

Die Dimension D „Aktivitäten“ wurde mit einer mittleren Beurteilerübereinstimmung von  $r = .32$  bis  $r = .69$  beurteilt (vgl. Tabelle 1).

Als empirische Ergänzung zur Frage der Reliabilität aber auch zur Beurteilung der inhaltlichen Validität des Instruments wurden reale Begutachtungsfälle einem zweiten gutachterlichen Bewertungsprozess unterzogen. Das anonymisierte verschriftliche Gutachten wurde von zwei weiteren Zentrenleitern ebenso auf der Grundlage des Ratingbogens zur Beurteilung der beruflichen Leistungsfähigkeit als auch eines Bewertungsbogens zur Evaluation des Gutachtenprozesses beurteilt, so dass pro Echtgutachten drei Leistungsbewertungen sowie drei Bewertungen zur Anwendbarkeit des Leitfadens, Passgenauigkeit der Kriterien und der Beurteilungssicherheit vorlagen.

Die mittleren Beurteilerübereinstimmungen sind exemplarisch für die Leitfadensektionen B und D (Psychische Funktionen; Aktivitäten) dargestellt (vgl. Tabelle 1).

Besonders wichtig erschien uns die Überprüfung der praktischen Anwendbarkeit des Manuals. Um eine möglichst reale Begutachtungssituation zu simulieren, wurden zwei Schauspieler mit einer entsprechenden Fallvignette ausgestattet und trainiert. Mit diesem Studienarm ist eine zusätzliche empirische Überprüfung der Güte unseres Leitfadens entsprechend den wissenschaftlichen Testgütekriterien in einem „naturalistischem Design“ angestrebt worden. Das Ziel dieser Schauspielerstudie bestand darin, durch diesen besonderen Zugang der Simulation einer realen Begutachtungssituation Aussagen zu Testgütekriterien wie der praktischen Anwendbarkeit, der Objektivität, der Reliabilität aber insbesondere auch der Validität zu erhalten. Auf der Grundlage der Begutachtung, bei der der Part des zu Begutachtenden durch einen trainierten Schauspieler übernommen wird, wurden anders als in den sonstigen Studienarmen des Projektes insbesondere auch interaktionelle, kommunikative (verbale und nonverbale) sowie szenische Aspekte berücksichtigt. Alle diese Facetten fallen in den anderen Studienarmen, die auf der Grundlage von dokumentierten Fällen vorgenommen worden sind, heraus. Dieses Studiendesign ist also näher an der Realität orientiert und die damit erhobenen Testgütekriterien entsprechen eher dem Begutachtungsalltag (ökologische Validität).

Zwei Schauspieler wurden in jeweils einem Gutachtenfall instruiert, der nach den Kriterien der Leitlinien bearbeitet worden ist. In einem nächsten Schritt des Trainings wurde die Begutachtung des Schauspielers erprobt und dabei professionell videodokumentiert. Diese beiden mit dem jeweiligen Gutachtenfall trainierten Schauspieler reisten deutschlandweit zu jeweils drei Zentrenleitern, um dort die Begutachtungssituation umzusetzen. Die Begutachter erhielten als Grundlage für ihre Begutachtung die körperlichen Untersuchungsbefunde sowie die testpsychologischen Befunde. Neben der Beurteilung der beruflichen Leistungsfähigkeit wurde auch hier wiederum der Gutachtenprozess hinsichtlich der Passgenauigkeit der Kriterien, der Sicherheit und Leichtigkeit in der Beurteilung dokumentiert. In diesem Studienarm fand sich für beide Fallvignetten über die verschiedenen Merkmale des Leitfadens hohe mittlere Beurteilerübereinstimmungen (vgl. Tabelle 2).

Tabelle 2: Übersicht über die Ergebnisse der drei Korrelationsstudien

<b>Studie</b>		
<b>Mittlere Beurteilerübereinstimmung* Reliabilitätsstudie</b>		
	<b>Psychische Funktionen</b>	<b>Aktivitäten</b>
<b>Fall A</b>	<b><math>r = .762</math></b>	<b><math>r = .688</math></b>
<b>Fall B</b>	<b><math>r = .592</math></b>	<b><math>r = .316</math></b>
<b>Fall C</b>	<b><math>r = .814</math></b>	<b><math>r = .389</math></b>
<b>Mittlere Beurteilerübereinstimmung* Teilstudie Echtgutachten</b>		
5 manualbasierte Echtgutachten beurteilt durch 2 bis 3 Rater	<b>Psychische Funktionen</b>	<b>Aktivitäten</b>
<b>Fall H</b>	<b><math>r = .897</math></b>	<b><math>r = .913</math></b>
<b>Fall L</b>	<b><math>r = .916</math></b>	<b><math>r = .543</math></b>
<b>Fall M</b>	<b><math>r = .629</math></b>	<b><math>r = .719</math></b>
<b>Fall W</b>	<b><math>r = .716</math></b>	<b><math>r = .275</math></b>
<b>Fall Z</b>	<b><math>r = .361</math></b>	<b><math>r = .366</math></b>
<b>Mittlere Beurteilerübereinstimmung* Schauspielerstudie</b>		
2 trainierte Schauspieler beurteilt durch insgesamt 3 weitere Rater	<b>Psychische Funktionen</b>	<b>Aktivitäten</b>
<b>Fall H</b>	<b><math>r = .848</math></b>	<b><math>r = .779</math></b>
<b>Fall K</b>	<b><math>r = .793</math></b>	<b><math>r = .678</math></b>

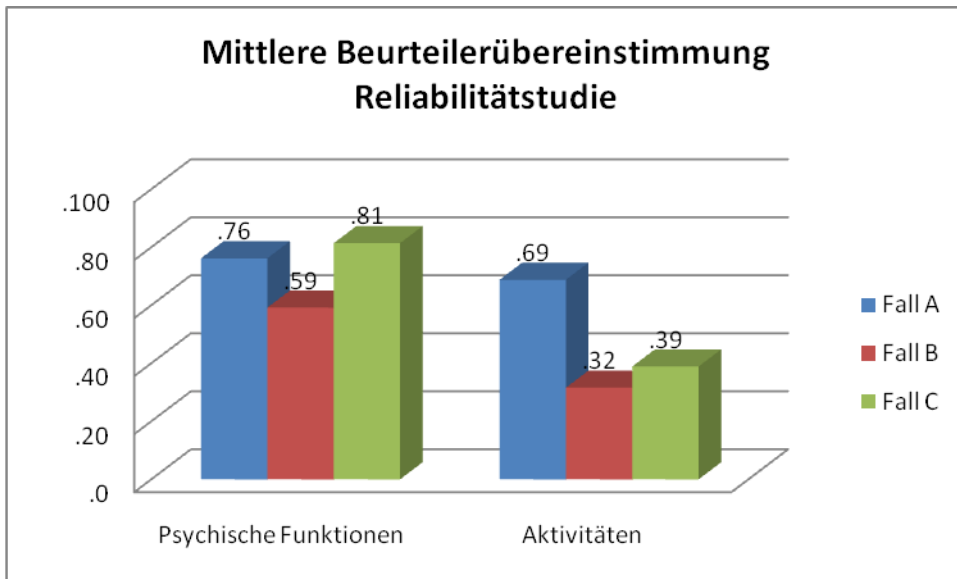


Abbildung 2: Mittlere Beurteilerübereinstimmung Reliabilitätsstudie

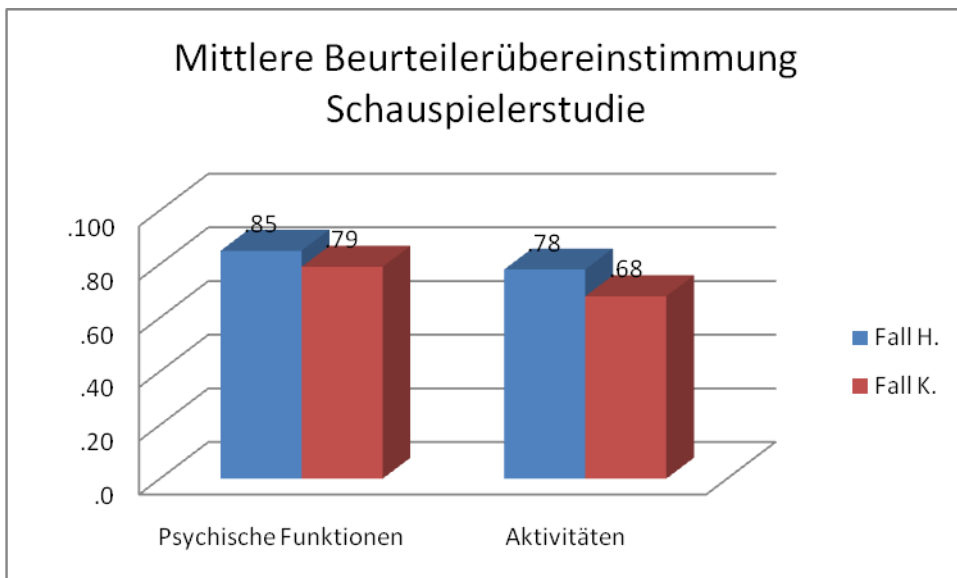


Abbildung 3: Mittlere Beurteilerübereinstimmung Schauspielerstudie

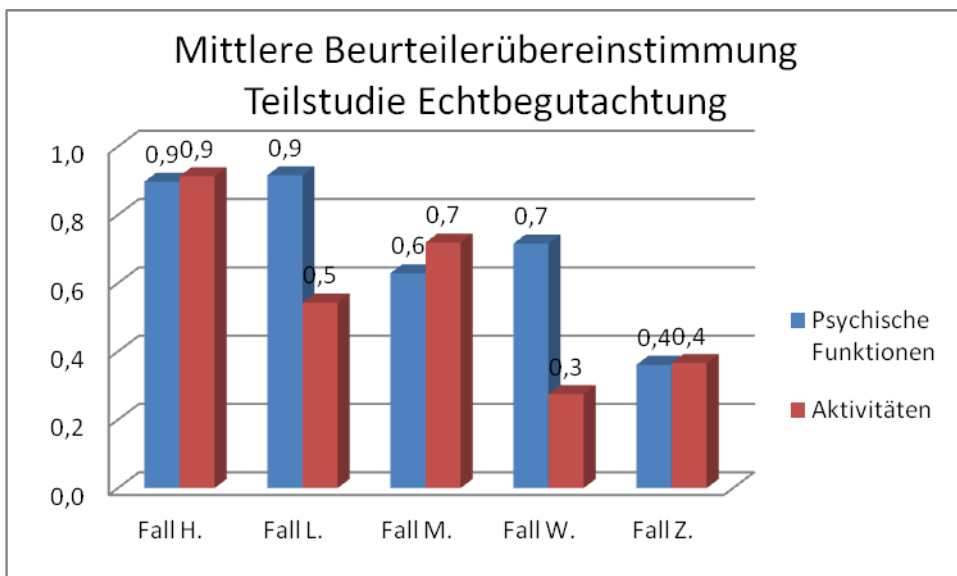


Abbildung 4: Mittlere Beurteilerübereinstimmung Teilstudie Echtbegutachtung

### **Analyse bereits vorliegender Gutachten**

Die Verwendbarkeit und der Nutzen des neu entwickelten Leitfadens sollte weiterhin nicht nur an neuen Gutachtenfällen, sondern auch anhand bereits vorhandener Fälle dokumentiert werden. Außerdem eignen sich bereits vorhandene Fälle zur zufallskritischen und testpsychologischen Absicherung des Verfahrens. Um hier zu aussagefähigen Ergebnissen zu gelangen, wurden 96 Berufsunfähigkeitsgutachten, die von 20 verschiedenen Gutachtern erstellt worden waren, nach einem standardisierten Auswertungsverfahren analysiert. Dieser Studienarm wurde federführend von PD Dr. R. Dohrenbusch umgesetzt.

Auf die Darstellung dieser umfangreichen Studie soll an diesem Ort verzichtet werden. Detailliert findet sich dieser Studienarm im Buch: „Begutachtung der Leistungsfähigkeit und Kausalität der psychischen und psychosomatischen Erkrankungen“ (Hrsg. Prof. Dr. Dr. W. Schneider, in press) beschrieben. Wir möchten trotzdem die Ziele kurz darstellen:

Die Analyse bereits vorliegender Gutachten strebte folgende Ziele an:

1. **Erweiterung der Datengrundlage für die Beurteilung der Reliabilität.** Es sollen auf möglichst breiter Datengrundlage Erkenntnisse zur Objektivität (Beurteilerun-abhängigkeit) des Leitfadens gewonnen werden. Durch die erweiterte Datengrundlage kann besser beurteilt werden, welche Kategorien zuverlässig von Gutachtern bewertet werden können und welche nicht
2. **Faktorielle Validität und Reliabilität eventueller Faktoren.** Es sollen empirische Erkenntnisse zur faktoriellen Struktur des Leitfadens und zur Reliabilität der zugrundeliegenden Dimensionen gewonnen werden. Die Auswertung der Daten soll die Möglichkeit aufzeigen, die Einzelaspekte der Beurteilung auf eine geringere Anzahl zentraler Beurteilungsdimensionen zu reduzieren. Die Sicherung der faktoriellen Validität (d.h. das Aufdecken allgemeiner Merkmale, die durch mehrere Merkmale/ Items abgebildet werden) kann dann ein Ausgangspunkt sein für eine Ökonomisierung des Verfahrens und eine verbesserte Anwendbarkeit.

3. **Erkenntnisse zur Vollständigkeit bisheriger Gutachten – gemessen an den Kategorien des Leitfadens.** Die Aktenanalyse soll Erkenntnisse dazu liefern, wie vollständig die Kategorien des Leitfadens die Informationsgrundlage abbilden, die bislang zur BUZ-Begutachtung von psychiatrischen oder psychosomatischen Gutachtern verwendet wird. Dieser Teil ergänzt die Ergebnisse der Delphi-Befragung (zur Vollständigkeit und Angemessenheit der im Leitfaden verwendeten Kategorien) mit empirischem Material. Sollte sich herausstellen, dass bisherige Verfahren – gemessen am Umfang und den Kategorien des Leitfadens – auf weniger Informationen zurückgreifen oder aber aus Sicht des Leitfadens relevante Themen vernachlässigen, dann kann und soll geprüft werden, ob und inwiefern diese „Unvollständigkeit“ das Begutachtungsergebnis beeinflusst.
4. **Erkenntnisse zur kriterienbezogenen Validität: Intraindividuellem Vergleich.** Die kriterienbezogene Validität ist dann hoch, wenn die erhobenen Merkmale unter Berücksichtigung BUZ-spezifischer Interpretations- und Bewertungsheuristiken zu „angemessenen“ („richtigen“) Urteilen führen. Die Analyse geht der Frage nach, ob die Ausrichtung der Schlussfolgerungen an einer leitfadengestützten Urteilsfindung bei jeweils einer Person zu den gleichen Ergebnissen führt wie eine nicht leitfadengestützte Urteilsfindung. Und: Wenn es Unterschiede zwischen einer leitfadengestützten und einer nicht leitfadengestützten Auswertung gibt, kann geprüft werden, worauf diese Unterschiede zurückzuführen sind. Allerdings setzt der Vergleich der Schlussfolgerungen des Originalgutachters mit den später vorgenommenen leitliniengestützten Schlussfolgerungen eine Heuristik voraus, wie und nach welchen Regeln die erhobenen und nach Leitfaden systematisierten Informationen in die abschließende Bewertung einfließen sollen. Aus der Differenz zwischen leitfadenbasierten und nicht leitfadenbasierten Schlussfolgerungen kann erschlossen werden, *wie sich die Leitfadenorientierung bei unvollständiger Datenbasis auf das Begutachtungsergebnis auswirkt.*

5. **Erkenntnisse zur kriterienbezogenen Validität: Interindividueller Vergleich.** Dieser Analyseteil geht der Frage nach, wie sich die leitfadengestützt erhobenen Falldokumente von weitgehend vollständigen (d.h. alle oder fast alle Inhalte des Leitfadens berücksichtigenden), aber nicht leitfadengestützten Erhebungen unterscheiden. Dieser Vergleich stellt Probanden, die nicht leitfadengestützt untersucht wurden, von denen aber fast alle leitfadenrelevanten Informationen erhoben wurden (Aktenfälle), Probanden gegenüber, die leitfadengestützt untersucht und beurteilt wurden (neue Fälle). Aus der Differenz kann ersehen werden, *wie sich die Leitfadenorientierung bei vollständiger oder zumindest annähernd vollständiger Datenbasis auf das Begutachtungsergebnis auswirkt.*

Die Analyse hat gezeigt, dass die Gutachter sich sehr heterogener Methoden (u.a. Exploration, Fragebogen, Leistungstests) zur Beantwortung der gutachterlichen Fragestellungen bedienen. Insbesondere Fragen der Validierung von Beschwerden und Leistungsbeeinträchtigungen sollten stärker gewichtet werden. In Bezug auf die Beurteilung der Authentizität geschilderter Beschwerden sowie die Einschätzung beruflicher Leistungsfunktionen sollte aufgrund der Komplexität dieser Merkmale eine hohe diagnostische Methodenvielfalt Standard in der Begutachtung der beruflichen Leistungsfähigkeit im Rahmen psychischer Erkrankungen sein.

### **Delphibefragungen**

Zur Überprüfung der Konstruktvalidierung und der inhaltlichen Validität des diagnostischen Modells wurden im Abstand von 13 Monaten (Oktober 2009 und November 2010) insgesamt zwei Expertenbefragungen durchgeführt und ausgewertet. Zu beiden Erhebungszeitpunkten wurde der entsprechende Entwurf des Leitfadens einer Reihe von sowohl klinisch als auch wissenschaftlich ausgewiesenen Gutachtern aus unterschiedlichen Fachgruppen (Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Psychotherapie, Neurologie und Klinische Psychologie) vorgelegt. Da das Begutachtungsmodell sowohl von psychodynamisch oder verhaltenstherapeutisch orientierten Gutachtern angewendet werden können soll, haben wir bei den Expertenbefragungen darauf geachtet, dass diese beiden psychotherapeutischen Hauptströmungen etwa gleich stark vertreten waren.



Die zehn ausgewiesene Experten unterschiedlicher Fachrichtungen wurden gebeten, die diagnostischen Merkmalsbereiche der Abschnitte A – E in Bezug auf ihre angemessene Operationalisierung, Verständlichkeit, Vollständigkeit und Eindeutigkeit auf einer fünfstufigen Skala von 1= überhaupt nicht bis 5 = sehr zu beurteilen. An der zweiten Expertenbeurteilung nahmen von den 10 Teilnehmern der der ersten Erhebung 6 Experten erneut an der Befragung teil. Die Abbildung 2 zeigt die durchschnittliche Bewertung der Hauptkategorien durch die Experten der ersten (N=10) und zweiten (N=6) Delfibefragung in Bezug auf die angemessene Operationalisierung, Verständlichkeit, Vollständigkeit sowie Eindeutigkeit der Items der Leitfadenabschnitte A – E. Nach zweifacher Beurteilung durch die Experten bilden die Unterkategorien die Hauptmerkmale in zufriedenstellender Weise ab.

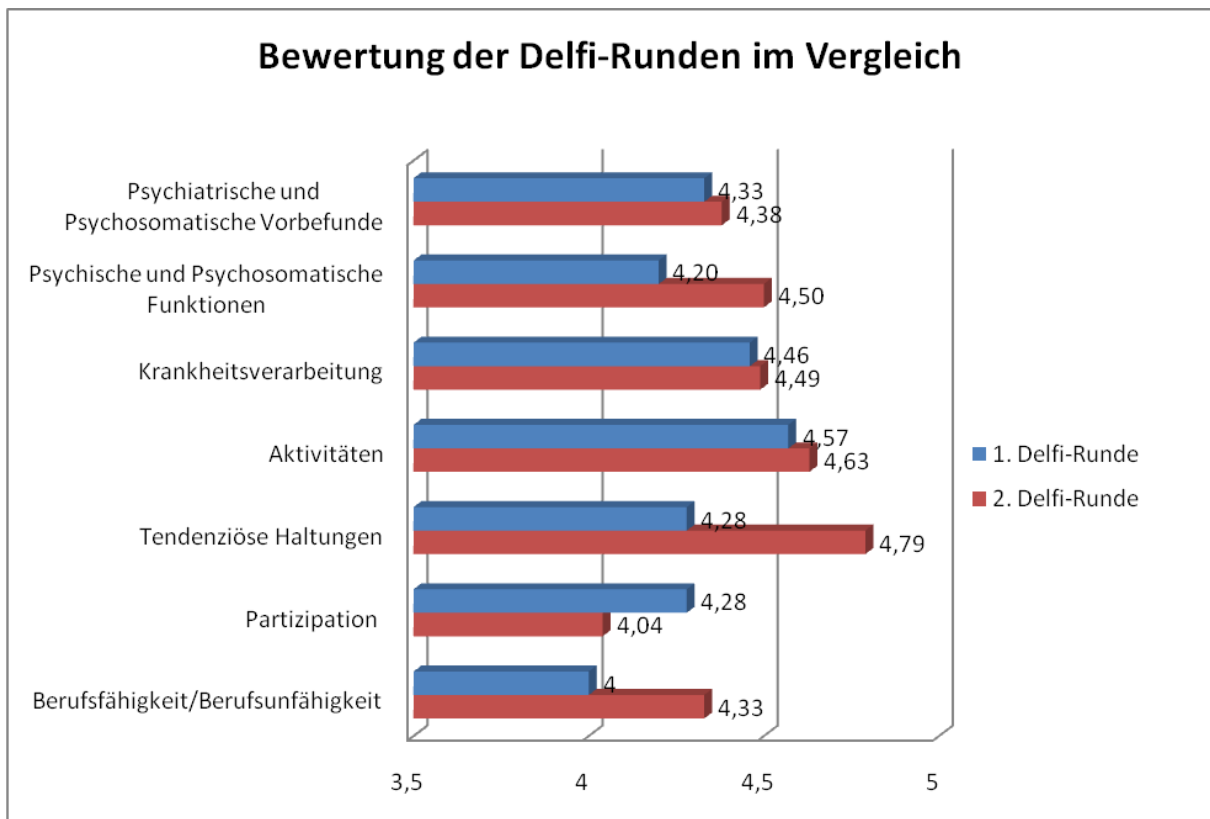


Abbildung 5: Vergleichende Darstellung der Expertenbefragung

**Fazit**

Das von uns entwickelte Begutachtungsmodell stellt einen wichtigen Ansatz zur Verbesserung und Vereinheitlichung der gutachterlichen Methodik und Praxis dar. Der manualisierte und operationalisierte Gutachtenleitfaden wird zu einer Erhöhung der Objektivität, Reliabilität und Validität des gutachterlichen Prozesses wie der Entscheidungsfindung führen und diese insgesamt praktikabler und transparenter werden lassen. Dieser multimethodale Zugang stellt die Entscheidungsfindung des Gutachters auf eine breitere Datenbasis und ermöglicht ihm, relevante Aspekte der Leistungsfähigkeit in kritischer und reflektierter Weise in seine Gesamtbeurteilung zu integrieren. Es ist zu hoffen, dass dadurch die oftmals „kritischen“ Prozesse der Leistungsbegutachtung nachvollziehbarer und „gerechter“ vollzogen werden. Für die Versicherten geht es neben den finanziellen – oftmals existenziellen - Aspekten – häufig um psychologisch relevante Fragen im Gutachtenprozess, bei denen Gesichtspunkte der Gerechtigkeit und der Anerkennung von Erkrankungen und Krankheitsfolgen auf der Ebene der Leistungsfähigkeit, von Bedeutung sind. Aber auch für die Versicherer (Rentenversicherer und Privatversicherer) geht es neben den materiellen Gesichtspunkten um die Frage der Angemessenheit von Leistungsansprüchen und daraus resultierenden Forderungen seitens der Versicherten, die ebenfalls ihre psychologischen Auswirkungen auf die mit den Regelungen des Versicherungsfalles beauftragten Bearbeiter zeigen (z.B. Ärger über scheinbar ungerechtfertigte Leistungsansprüche seitens eines Versicherten). Auch wenn gesetzliche und versicherungsrechtliche Regelungen den Entscheidungsprozess rational steuern sollen, bleibt doch eine erhebliche „Unschärfe“ bei der Beurteilung der Berechtigung von Ansprüchen. Wir denken, dass unser Modell die Brisanz des Begutachtungsverfahrens und der versicherungsrechtlichen Entscheidungsfindung über die Akzeptanz auf Seiten der Auftraggeber, der zu Begutachtenden und auch ggf. bei Gerichten abmildern können wird. Die angemessene Begutachtung mit unserem Leitfaden setzt jedoch – wie Studien zur Reliabilität gezeigt haben – ein intensives Training der Gutachter voraus. Hier bleibt abzuwarten, inwieweit diese motiviert und bereit sind, mit unserem Gutachtenansatz zu arbeiten und die notwendigen Kenntnisse und Fertigkeiten zu erwerben.

Wenn Versicherer und Gerichte entsprechende Standards an die Gutachten anlegen und deren Umsetzung bei der Beauftragung von Gutachtern berücksichtigen würden, könnte dieses Vorgehen Gutachter zukünftig motivieren, sich entsprechend zu qualifizieren.

Der Leitfaden ist in enger Kooperation mit der Leitliniengruppe zur Begutachtung der beruflichen Leistungsfähigkeit erarbeitet worden. Die Leitliniengruppe setzte sich aus Vertretern unterschiedlicher medizinischer und psychologischer Fachgruppen zusammen und wurde von Prof. Dr. Dr. W. Schneider und Prof. Dr. P. Henningsen angeleitet. Aktuell (Stand: August 2011) wird die Leitlinie den Fachgesellschaften zur Autorisierung vorgelegt.

---

## Literatur

Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie (AMDP) (Hrsg.) (2006). *Das AMDP-System. Manual zur Dokumentation Psychiatrischer Befunde*. Göttingen: Hogrefe.

Arbeitskreis OPD (Hrsg.) (2006). *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2. Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung*. Bern: Verlag Hans Huber.

Cima, M., Hollnack, S., Kremer, K. E., Knauer, E., Schellbach-Matties, R., Klein, B., Merckelbach, H. (2003). "Strukturierter Fragebogen Simulierter Symptome" Die deutsche Version des "Structured Inventory of Malingered Symptomatology: SIMS" *Nervenarzt* 74(11), 977- 984.

Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M.H. (Hrsg.) (2008). Weltgesundheitsorganisation. Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V(F), Klinisch-diagnostische Leitlinien. Huber, Bern.

Dohrenbusch, R. (2007). Aggravations- und Simulationsdiagnostik in der klinischpsychologischen Begutachtung: Konzepte und Methoden. In R. Dohrenbusch, *Begutachtungssomatoformer Störungen und chronifizierter Schmerzen* (S. 217-261) Stuttgart:Kohlhammer.

DRV-Schriften. (2006). Bd. 68: Leitlinien für die sozialmedizinische Beurteilung von Menschen mit psychischen Störungen. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.

Gesetz über den Versicherungsvertrag(Versicherungsvertragsgesetz - VVG)[http://bundesrecht.juris.de/vvg\\_2008/index.html](http://bundesrecht.juris.de/vvg_2008/index.html)

Hathaway, S. R. & McKinley, J.C. (2000). Dt. Bearbeitung von R. Engel. MMPI-2. Minnesota Multiphasic Personality Inventory 2. Göttingen: Hogrefe Testzentrale.

Kool, J., Meichtry, A., Schaffert, R., Rüesch, P. (2008). Der Einsatz von Beschwerdevalidierungstests in IV-Abklärung. Forschungsbericht Nr. 4/08, Bundesamt für Sozialversicherungen, Bern.

Linden, M., Baron, S., & Muschalla, B. (2009). *Das Mini-ICF-Rating für Psychische Störungen (Mini-ICF-APP)*. Bern: Hogrefe & Huber.

Merten, T. (2005). Der Stellenwert der Symptomvalidierung in der neuropsychologischen Begutachtung: Eine Positionsbestimmung. *Zeitschrift für Neuropsychologie*, 16(1), 29-45.

Merten, T. (2008). Konzept der negativen Antwortverzerrung. In Kool, J., Meichtry, A., Schaffert, R., Rüesch, P. (2008). Der Einsatz von Beschwerdevalidierungstests in IV-Abklärung. Forschungsbericht Nr. 4/08, Bundesamt für Sozialversicherungen, Bern; 11-16

Rauh, E., Svitak, M., Grundmann, H. (2008) *Handbuch Psychosomatische Begutachtung. Einpraktisches Manual für Ärzte und Versicherer*. Urban & Fischer Verlag

Rogers, R., Harrell, E.H., Liff, C.D. (1993). Feigning neuropsychological impairment: A critical review of methodological and clinical considerations. *Clinical Psychological Review* (13); 255-275.

Rüesch, P. (2008). Der Einsatz von Beschwerdevalidierungstests in IV-Abklärung. Bundesamt Sozialversicherungen Forschungsbericht Nr. 4/08:11-16.

Sandweg, R. (1988). Psychoanalytische Diagnostik im Sozialrecht. *Praxis Psychotherapie Psychosomatik*(33), 200-207.

Schneider, W. (2007). Standards der sozialmedizinischen Leistungsbegutachtung in der psychosomatischen Medizin und Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 52, 447-462.

Schneider, W., Henningsen, P., & Rüger, U. (2001). *Sozialmedizinische Begutachtung in Psychosomatik und Psychotherapie*. Bern: Hans Huber.

Schneider, W. Firzlaff, M., Birke, K., Klauer, T. (2009). Sozialmedizinische Begutachtung der beruflichen Leistungsfähigkeit. Interview zur Beurteilung psychosozialer Dimensionen der Leistungsfähigkeit. *Psychotherapeut*, 54, 37-43.

Slick, D. J., Sherman, E. M. S., Iverson, G. L. (1999). Diagnostic criteria for malingered neurocognitive dysfunction: Proposed standards for clinical practice and research. *Clinical Neuropsychologist*, 13(4), 545-561.

Steller M., Köhnken, G. (1989). Criteria-based statement analysis. In D.C. Raskin (ed.): *Psychological methods for investigation and evidence*.

WHO. (2005). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10*. Hrsg. der deutschen Ausgabe von H. Dilling, W. Mombour & M.H. Schmidt. (5.Aufl.)  
Bern: Huber.

### **Veröffentlichungen zum Leitfaden**

Dohrenbusch, R., Merten, T. (2010). Psychologische Mess- und Testverfahren. Aussagekraftin der sozialmedizinischen Begutachtung. *Psychotherapeut* 55: 389-393

Dohrenbusch, R., Schneider, W. (2011) Integration psychologischer Testergebnisse in die Begutachtung psychischer Erkrankungen. *Versicherungsmedizin* 63: 76-80

Dohrenbusch, R., Kahnert, S. (2011) Zur Relevanz biografischer Bedingungen für die Beurteilung psychisch bedingter Berufsunfähigkeit. *Ärztliche Psychotherapie* 6: 28 - 32

Merten, T., Dohrenbusch, R. (2010). Testpsychologische Ansätze der Beschwerdenuvalidierung. *Psychotherapeut* 55:394-400

Schneider, W. (2010). Schwerpunktheft zum Thema Standards und Methoden der Begutachtung. *Psychotherapeut* 55 (5)

Schneider, W., Becker, D., Dohrenbusch, R., Freyberger, H.J., Gündel, H., Henningsen, P. (2010). Berufliche Leistungsfähigkeit. Begutachtung bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen. *Psychotherapeut* 55: 373 - 379

Schneider, W., Becker, D., Dohrenbusch, R., Freyberger, H.J., Gündel, H., Henningsen, P., Kowalewsky, S., Köllner, V. (2010). Gutachtenleitfaden. Berufliche Leistungsbegutachtung bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen. *Psychotherapeut* 55: 373 - 379

Schneider, W., Becker, D., Vogel, M., Freyberger, H.J., Gündel, H., Henningsen, P., Köllner, V., Dohrenbusch, R (2011). Begutachtung der leistungsfähigkeit bei Personen mit psychischen und psychosomatischen Störungen - ein diagnostisches Modell. *Versicherungsmedizin* 63: 68-75

Schneider, W., Becker, D., Dohrenbusch, R., Freyberger, H.J., Gündel, H., Henningsen, P., Köllner, V. (2011). Begutachtung der Leistungsfähigkeit. bei Personen mit psychischen und psychosomatischen Störungen. *Ärztliche Psychotherapie* 6: 21 - 27

Schneider, W. et al. Handbuch zur Begutachtung der Leistungsfähigkeit und Kausalität der psychischen und psychosomatischen Erkrankungen (in Vorbereitung) Verlag: Hans Huber

---

**Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 1: Modell der beruflichen Leistungsfähigkeit_____	S. 17
Abbildung 2: Mittlere Beurteilerübereinstimmung Reliabilitätsstudien_____	S. 85
Abbildung 3: Mittlere Beurteilerübereinstimmung Schauspielerstudie_____	S. 85
Abbildung 4: Mittlere Beurteilerübereinstimmung Teilstudie Echtbegutachtung__	S. 85
Abbildung 5: Vergleichende Darstellung der Expertenbefragung_____	S. 89
Tabelle 1: Gesamtbeurteilung der beruflichen Leistungsfähigkeit_____	S. 78
Tabelle 2: Übersicht über die Ergebnisse der Korrelationsstudien_____	S. 84



## Ratingbogen zur Beurteilung der beruflichen Leistungsfähigkeit

Name: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Gutachter: \_\_\_\_\_ Datum der Untersuchung: \_\_\_\_\_

Berufsabschlüsse: \_\_\_\_\_

Letzte Berufstätigkeit: \_\_\_\_\_

Arbeitsunfähig seit: \_\_\_\_\_

### A1 Untersuchungen/ Untersuchungsbefunde:

Vollständig? Ja  Nein

Was fehlt?

---



---



---



---



---

**Befunde nachvollziehbar?** Ja  Nein

**A2 Vorbehandlungen:** Ja  Nein

**A2.1 Pharmakobehandlung und/oder Behandlung  
in anderen biologischen Verfahren?** Ja  Nein

**Psychopharmaka:** \_\_\_\_\_

---



---

**Erscheint die Behandlung angemessen?** Ja  Nein

**Mit welchem Erfolg?**

1	2	3	4	5	9
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kein/kaum	wenig	mäßig	ziemlich	sehr erfolgreich	nicht beurteilbar

**A2.2 Psychotherapeutische / Psychiatrische Vorbehandlungen:**

Ja     Nein

	1-mal	2-3mal	häufiger
stationär	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
teilstationär	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ambulant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Erscheint die Behandlung angemessen?**

Ja     Nein

**Mit welchem Erfolg?**

1	2	3	4	5	9
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kein/kaum	wenig	mäßig	ziemlich	sehr erfolgreich	nicht beurteilbar

**A2.3 Psychosomatische Vorbehandlungen:**

Ja     Nein

	1-mal	2-3mal	häufiger
stationär	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
teilstationär	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ambulant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Erscheint die Behandlung angemessen?**

Ja     Nein

**Mit welchem Erfolg?**

1	2	3	4	5	9
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kein/kaum	wenig	mäßig	ziemlich	sehr erfolgreich	nicht beurteilbar

**A2.4 Medizinische Rehabilitationsmaßnahmen:**

Ja     Nein

**Erscheint die Maßnahme angemessen?**

Ja     Nein

**Mit welchem Erfolg?**

1	2	3	4	5	9
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kein/kaum	wenig	mäßig	ziemlich	sehr erfolgreich	nicht beurteilbar

**A2.5 Berufliche Rehabilitationsmaßnahmen:**

Ja    Nein  
   

Erscheint die Maßnahme angemessen?

Ja    Nein  
   

Mit welchem Erfolg?

1                      2                      3                      4                      5                      9  
                                                                                                                
kein/kaum                      wenig                      mäßig                      ziemlich                      sehr erfolgreich                      nicht beurteilbar

**A2.6 Somatomedizinische Interventionen:**

Ja    Nein  
   

Erscheint die Maßnahme angemessen?

Ja    Nein  
   

Mit welchem Erfolg?

1                      2                      3                      4                      5                      9  
                                                                                                                
kein/kaum                      wenig                      mäßig                      ziemlich                      sehr erfolgreich                      nicht beurteilbar

**A2.7 Sind weitere Therapie-, Rehabilitationsmaßnahmen oder somatomedizinische Interventionen aus Sicht des Gutachters indiziert?**

---



---



---

**A3 Diagnosen**

**Somatische Diagnosen**

**Erscheint die Diagnose angemessen?**

Ja    Nein

Ja    Nein

Ja    Nein

Ja    Nein

**Psychiatrisch-psychosomatische Diagnosen**

**Erscheint die Diagnose angemessen?**

Ja    Nein

Ja    Nein

Ja    Nein

Ja    Nein

Ja    Nein

Ja    Nein



**Krankheitskonzept**

**Primär somatisches Krankheitskonzept**

Ja  Nein

**Offenheit für psychosoziale Anteile**

Ja  Nein

**Subjektives Leistungskonzept**

**Leistungsbezogene Ressourcen**

Die Items werden dimensional auf einer 5-stufigen Likertskala von 1 = „Merkmal ausgeprägt vorhanden“ bis 5 = „Merkmal nicht vorhanden“ geratet.

- a) **Erreichen beruflicher Ziele** (zielgerichtetes Verhalten und Handeln, Ehrgeiz, Ausdauer, interpersonell konkurrierend)

Zielgerichtetes Verhalten							9
Ehrgeiz	1	2	3	4	5	Nicht vorhanden	nicht beurteilbar
Ausdauer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

- b) **Erleben eigener Ressourcen** (diese umfassen z.B. körperliche Fähigkeiten, kognitive, emotionale und verhaltensbezogene Faktoren sowie interaktionelle und kommunikative Kompetenzen)

Hoch ausgeprägt	1	2	3	4	5	Nicht vorhanden	9
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		nicht beurteilbar
							<input type="checkbox"/>

- c) **Umsetzen eigener Ressourcen** (Ressourcen in anderen Lebensbereichen, die eine prognostische Aussage zur Partizipationsfähigkeit des zu Begutachtenden im Arbeitsprozess zulassen)

Angemessenes Umsetzen leistungsbezogener Ressourcen	1	2	3	4	5	Nicht vorhanden	9
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		nicht beurteilbar
							<input type="checkbox"/>

- d) **Bereitschaft zur Veränderung** (neuer Beruf, neues Tätigkeitsfeld im alten Beruf)

Bereitschaft, sich in einen neuen Beruf oder ein neues Tätigkeitsfeld im alten Beruf einzuarbeiten	1	2	3	4	5	Nicht vorhanden	9
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		nicht beurteilbar
							<input type="checkbox"/>

- e) **Erleben kollegialer Unterstützung** (Sieht sich der zu Begutachtende durch bedeutsame Andere unterstützt und kann er verfügbare Unterstützung annehmen?)

Unterstützung vorhanden, wird wahrgenommen und ggf. angenommen	1	2	3	4	5	Unterstützung nicht vorhanden oder nicht wahrgenommen bzw. nicht angenommen	9
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		nicht beurteilbar
							<input type="checkbox"/>

- f) **Arbeitsplatzbezogene Ressourcen** (Gibt es Möglichkeiten der Umschulung oder des Arbeitsplatzwechsels? Sind der Lohn, die Karrieremöglichkeiten und/oder die gesellschaftliche Anerkennung der Tätigkeit eine befriedigende Gratifikation für den Betroffenen? Sind die Arbeitszeiten flexibel? Gibt es innerbetrieblich Möglichkeiten zur Mitgestaltung, Verantwortungsübernahme? Sind die innerbetrieblichen Entscheidungen transparent? Wie sicher ist der Arbeitsplatz?)

z.B. Innerbetriebliche Rehabilitation, flexible Arbeitszeitregelung, Sicherheit des Arbeitsplatzes	1	2	3	4	5	Nicht vorhanden	9
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		nicht beurteilbar
							<input type="checkbox"/>

**Motivation zur beruflichen Leistungserbringung**

Hohe Leistungsmotivation	1	2	3	4	5	Negatives Leistungskonzept	9
Hohe Beständigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Geringe Beständigkeit	nicht beurteilbar
Hohe Frustrationstoleranz						Geringe Frustrationstoleranz	<input type="checkbox"/>

**Veränderungsmotivation**

Hohe Veränderungsmotivation, wenig bis keine Hemmnisse	1	2	3	4	5	viele äußere u./o. innere Hemmnisse; z.B. starker Berentungswunsch, deutlicher sekundärer Krankheitsgewinn	9	nicht beurteilbar
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>

**Veränderungsressourcen**

Viele persönliche Ressourcen und soziale Unterstützung	1	2	3	4	5	Nicht vorhanden; geringe persönliche Ressourcen u./o. psychosoziale Unterstützung	9	nicht beurteilbar
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>

**Teil D Aktivitäten**

**Instruktion:** Die Bewertung der Aktivitätsdimensionen erfolgt durch Ankreuzen auf einer 5-stufigen Likertskala. Diese umfasst folgende Abstufung „1 = keine, 3 = mittelgradige, 5 = vollständige Beeinträchtigung“. Die Einschränkungen auf der Ebene der Aktivität resultieren aus den Einschränkungen der psychischen Funktionen (Psychopathologie, Abschnitt B) und werden maßgeblich durch Faktoren der Krankheitsverarbeitung (Abschnitt C) beeinflusst.

Aktivität	keine Beeinträchtigung 1	etwas Beeinträchtigung 2	mittlere Beeinträchtigung 3	gravierend Beeinträchtigung 4	vollständige Beeinträchtigung 5		nicht beurteilbar 9
Körperliche Aktivität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Anpassung an Regeln und Routinen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Strukturierung von Aufgaben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Flexibilität und Umstellungsfähigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Anwendung fachlicher Kompetenzen - körperlich - mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Durchhaltefähigkeit - körperlich - mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Selbstbehauptungsfähigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Interaktions- und Kommunikationsfähigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Gruppenfähigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Selbstversorgung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Mobilität/ Wegefähigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

Abschluß-Rating: wichtigste Aktivitätsbeeinträchtigung: Nr.                      zweitwichtigste Aktivitätsbeeinträchtigung: Nr.

*Bemerkung/ Besonderheit:*

## Teil E Tendenziöse Haltungen

Es ist zu prüfen, ob sich ein stimmiges Gesamtbild über die verschiedenen Begutachtungsebenen ergibt. Um eine gültige Aussage über die Leistungsfähigkeit einer Person im Rahmen einer psychiatrisch/psychosomatischen Begutachtung treffen zu können, muss sich der Gutachter grundlegend folgende Frage beantworten: *Wie plausibel sind die geschilderten Beschwerden/Symptome und die Testergebnisse?*

### Kriterienliste tendenziöse Haltungen

#### 1. Inkonsistenzen

	Inkonsistenzen im Selbstbericht (z.B. innerhalb des Interviews)			Selbstbericht vs. Fremdbbericht (z.B. Vorbefunde, Fremdanamnese)			Selbst-/Fremdbbericht vs. beobachtbarem Verhalten während der Untersuchungssituation		
	0=keine Inkonsistenzen.; 1=leichte Ink.; 2=starke Ink.								
Biografische Anamnese	0	1	2	0	1	2	0	1	2
Familiäre Anamnese	0	1	2	0	1	2	0	1	2
Berufliche Anamnese	0	1	2	0	1	2	0	1	2
Beschwerdenschilderung	0	1	2	0	1	2	0	1	2
Krankheitsverlauf	0	1	2	0	1	2	0	1	2
wahrgenommene Therapien/Behandlungen	0	1	2	0	1	2	0	1	2
Umsetzung der Behandlungen	0	1	2	0	1	2	0	1	2
Krankheitsbewältigungsverhalten/ Behandlungswirkungen	0	1	2	0	1	2	0	1	2
verfügbare psychische Funktionen	0	1	2	0	1	2	0	1	2
Aktivitäten	0	1	2	0	1	2	0	1	2
Teilhabe an verschiedenen Lebensbereichen (Partizipation)	0	1	2	0	1	2	0	1	2

## 2. Tendenzielles Antwortverhalten

	Interview			Tests		
	0=keine AT*; 1=leichte AT; 2=starke AT (AT* = Antworttendenzen)					
Es werden umso mehr Beschwerden genannt, je mehr Beschwerden erfragt werden	0	1	2	0	1	2
Undifferenziertes Antwortverhalten	0	1	2	0	1	2
Bejahen widersprüchlicher Fragen	0	1	2	0	1	2
Tendenz zur Mitte	entfällt			0	1	2
Untypische Symptomkombinationen	0	1	2	0	1	2
Überdurchschnittliche Ausprägung gegenüber Probandenpopulationen mit ähnlichem Störungsbild	0	1	2	0	1	2
Absurde/fantastische Symptome	0	1	2	0	1	2
Plakative Symptom- und Beschwerdenschilderung	0	1	2	0	1	2
Fehlen von Detailschilderungen	0	1	2	0	1	2
Unrealistisch präzise Darstellung (lehrbuchartig)	0	1	2	0	1	2
Auffällig viele unwahrscheinliche Symptome	0	1	2	0	1	2
Wenig nachvollziehbare Funktions- und Leistungseinschränkungen	0	1	2	0	1	2

## 3. Relevante äußere Verstärkerbedingungen

	0=keine Vorteile 1=leichte Vorteile 2=extreme Vorteile
Gibt es extreme Vorteile durch eine Berufsunfähigkeitsberentung?	0            1            2

## 4. Hinweise für Simulation/Aggravation aufgrund testpsychologischer Ergebnisse; Leistungstests (siehe Anhang)

### Sie haben überwiegend 0 angekreuzt

Über die verschiedenen Begutachtungsebenen hinweg überwiegen klare und konsistente Angaben des zu Begutachtenden. Keine Hinweise auf Simulation, Aggravation oder Dissimulation von Beschwerden und/oder Leistungsfähigkeit.

### Sie haben überwiegend 1 angekreuzt

Eine Aggravation von Beschwerden und/oder Dissimulation der Leistungsfähigkeit ist nicht ausgeschlossen. Bitte gehen Sie in Ihrem Gutachten ausführlich darauf ein.

### Sie haben überwiegend 2 angekreuzt

Es überwiegen in den verschiedenen Begutachtungsebenen inkonsistente widersprüchliche Angaben. Damit bestehen deutliche Hinweise, dass die Angaben des zu Begutachtenden in relevanter Weise von motivationalen Tendenzen verzerrt worden sind. Bitte nehmen Sie in Ihrem Gutachten zu diesem Punkt (Simulation, Aggravation, Dissimulation) ausführlich Stellung.



**Teil F Partizipation und berufliche Leistungsbeurteilung**

**Instruktion:** Die Beurteilung der Partizipation bzw. der beruflichen Leistungsfähigkeit vollzieht sich aus der Beurteilung der Aktivitäten (Abschnitt D), die wir bei der beruflichen Leistungsbeurteilung des zu Begutachtenden zugrunde legen. Die Beschreibung des beruflichen Anforderungsprofils aus dem Versicherungsvertrag muss soweit als möglich in die Arbeitsplatzanforderungen übersetzt werden.

Tabelle F1

Aktivitäten	Teil-Tätigkeiten <sup>4</sup>	Arbeitsplatzanforderungen					Leistungsfähigkeit am aktuellen Arbeitsplatz					Dauerhaft zu erwartende Leistungsfähigkeit <sup>5</sup>				
		gering	mittel	hoch	gering	mittel	hoch	gering	mittel	hoch	gering	mittel	hoch			
1. Körperliche Aktivität		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
2. Anpassung an Regeln und Routinen		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
3. Strukturierung von Aufgaben		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
4. Flexibilität und Umstellungsfähigkeit		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
5. Anwendung fachlicher Kompetenz - körperlich (Kraft, Beweglichkeit) - mental (Produktivität/Kreativität)		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
6. Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
7. Durchhaltefähigkeit - körperlich - mental		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
8. Selbstbehauptungs- und Durchsetzungsfähigkeit		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
9. Interaktions- und Kommunikationsfähigkeit		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
10. Gruppenfähigkeit		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
11. Selbstversorgung		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
12. Mobilität/Wegefähigkeit		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

<sup>4</sup> siehe Versicherungsbedingungen

<sup>5</sup> Zeitfenster: in den nächsten 6 Monate bezogen auf die BUZ-Bedingungen

### Gesamtbeurteilung und Prognose der beruflichen Leistungsfähigkeit

Auf der Grundlage der Bewertungen in Tabelle F1 wird eine Gesamtbewertung der beruflichen Leistungsfähigkeit vorgenommen. Zu beachten ist, dass in verschiedenen Begutachtungskontexten unterschiedliche Standards vorgegeben sind.

### Hinweise für Simulation/Aggravation aufgrund testpsychologischer Ergebnisse; Leistungstests (nach Merten, 2008)

	Leistungstests					
	0= nein; 1= teilweise; 2 =ja					
Prinzip der verdeckten Leichtigkeit						
Sehr einfache Aufgaben werden nicht gelöst	0	1	2	0	1	2
Leistungskurve						
Sehr leichte Aufgaben innerhalb eines Tests oder zwischen zwei Tests werden nicht gelöst, sehr viel schwierigere oder komplexere hingegen ja	0	1	2	0	1	2
Fehlergröße						
Knapp-daneben-Antworten, wenn sie gehäuft auftreten, deuten darauf hin, dass die richtigen Lösungen gewusst wurden	0	1	2	0	1	2
Beschwerdvalidierungstest im engeren Sinne <sup>6</sup>						
positives Testergebnis	0	1	2	0	1	2
Untypische Leistungsprofile						
Testwerte sind in sich widersprüchlich, machen „neuropsychologisch keinen Sinn“, widersprechen den üblichen Entwicklungen kognitiver Störungen bei diagnostizierter Erkrankung	0	1	2	0	1	2
Präsentation psychischer Folgen						
Präsentation unplausibler psychischer Beschwerden nach tatsächlichem oder geltend gemachtem Schädel-Hirn-Trauma oder anderen hirnschädigenden Erkrankungen <sup>7</sup>	0	1	2	0	1	2

<sup>6</sup> Hier sind Alternativwahlverfahren gemeint die Beschwerdvalidierungstests im engeren Sinne darstellen. Also Verfahren, die bei meist dichotomen Antwortformat mittels zufallskritischer Absicherung Aussagen darüber erlauben, ob eine Person gezielt falsche Antworten liefert, obwohl sie die richtigen Lösungen kennt (Merten, 2010)

<sup>7</sup> Eine Übersicht entsprechender Validitäts- oder Kontrollskalen zur Aufdeckung unplausibler psychischer Beschwerden nach hirnschädigenden Erkrankung finden sich bei Merten & Dohrenbusch (2010).

**Sie haben überwiegend 0 angekreuzt**

Die Testperson hat mit vernünftiger Wahrscheinlichkeit aufrichtig und mit hoher Leistungsbereitschaft die Untersuchung absolviert.

**Sie haben überwiegend 1 angekreuzt**

Eine Aggravation ist nicht ausgeschlossen. Bitte gehen Sie in Ihrem Gutachten ausführlich darauf ein.

**Sie haben überwiegend 2 angekreuzt**

Es gibt deutliche Hinweise darauf, dass die vorgelegten Tests mit unzureichender Anstrengungsbereitschaft bearbeitet wurden und/oder die Beschwerden in überhöhter, ausgeweiteter oder verschlimmernder Weise dargestellt wurden. Die Authentizität der Testprofile und der in den Leistungstests gezeigten Leistungseinschränkungen muss angezweifelt werden. Das Gutachten hat damit nur eine geringe Aussagesicherheit. Die gutachterliche Fragestellung kann sachlich nicht korrekt beantwortet werden.