

**Schweizerische Zeitschrift für
Sozialversicherung und berufliche Vorsorge**

**Revue suisse des assurances sociales
et de la prévoyance professionnelle**

Bedeutung und Validität des psychopathologischen Befundes im Rahmen der versicherungsmedizinischen Begutachtung

Gerhard Ebner | Iris Herzog-Zwitter | Rolf-Dieter Stieglitz

Das neue Verbandsbeschwerderecht der Krankenversicherer gegen Spitalisten

Katja Gfeller

Rechtsprechung | Jurisprudence

Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHV)/ Assurance-vieillesse et survivants (AVS)

Basile Cardinaux et al.



Bedeutung und Validität des psychopathologischen Befundes im Rahmen der versicherungsmedizinischen Begutachtung

Medizinische und juristische Sicht am Beispiel des AMDP-Systems¹

Gerhard Ebner

Dr. med., M. H. A., Zürich

Iris Herzog-Zwitter

Dr. iur., Weinfelden

Rolf-Dieter Stieglitz

Prof. Dr. rer. nat., Bettingen

Zusammenfassung

Die Objektivität von psychopathologisch erhobenen Befunden bei versicherungspsychiatrischen Begutachtungen wird in Rechtsanwendung und Rechtsprechung weitaus kritischer beurteilt, als das bei somatischen Begutachtungen der Fall ist. In diesem Kontext gibt es seit ca. 20 Jahren eine spezifische Rechtsprechung zur gerichtlichen Anerkennung psychiatrisch-gutachtlicher Beurteilungen. Der vorliegende Artikel legt dar, welche Instrumente und Vorgehensweisen in der psychopathologischen Befunderhebung sowohl die Objektivität als auch die Validität gewährleisten, sofern das Instrument methodisch korrekt angewendet und die Ergebnisse methodisch dokumentiert werden. Am Beispiel der aktuellen Neuauflage des etablierten AMDP-Systems, dessen Anwendung nach den deutschsprachigen Leitlinien erwartet wird, wird dargelegt, welche Voraussetzungen bei der versicherungsmedizinischen Begutachtung erforderlich sind. Hierzu gehören u. a. die Schulung, die Anwendung nach dem Interviewleitfaden und die Dokumentation nach dem Manual sowie der Einsatz entsprechender Validierungsschritte.

Résumé

L'objectivité des résultats psychopathologiques lors d'expertises psychiatriques d'assurance est beaucoup plus critiquée dans l'application du droit et la jurisprudence que dans le cas des expertises somatiques. Dans ce contexte, il existe depuis environ 20 ans une jurisprudence spécifique sur la reconnaissance judiciaire des évaluations psychiatriques. Le présent article expose les instruments et les procédures qui garantissent l'objectivité et la validité de l'évaluation psychopathologique, à condition que l'instrument soit utilisé correctement et que les résultats soient documentés de manière méthodique. À l'exemple de la nouvelle édition actuelle du système AMDP (Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie = Groupe de travail sur la méthodologie et la documentation en psychiatrie) établi, dont l'application est attendue selon les lignes directrices en langue allemande, il est expliqué quelles sont les conditions nécessaires à l'expertise médico-assurantielle ; en font partie entre autres la formation, l'application selon le guide d'entretien et la documentation selon le manuel ainsi que l'utilisation des étapes de validation correspondantes.

1 Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie ist ein System zur standardisierten Erfassung und Dokumentation eines psychopathologischen Befundes. Es ist in verschiedene Sprachen übersetzt und findet international Anwendung.

Inhaltsübersicht

- I. Einleitung
- II. Gutachtliche Fachexpertise
- III. Das AMDP-System in der psychopathologischen Befunderhebung
 1. Allgemeine Probleme in der psychopathologischen Befunderhebung und Lösungsvorschläge
 - a) Sprachliche und interkulturelle Einschränkungen
- IV. Fazit

I. Einleitung

Der psychopathologische Befund ist ein zentraler Baustein in der psychiatrischen Diagnostik. Zu Behandlungsbeginn dient er der Diagnosestellung und im Verlauf der Evaluation der Behandlung. Dabei geht es um die systematische Beschreibung und Bewertung von in einem diagnostischen Gespräch erhobenen psychischen Phänomenen. Im Zentrum steht die Erfassung von Abweichungen zu normalen psychologischen Funktionen wie Wahrnehmung, Denken, Antrieb oder Affektivität. PAYK benennt die erste Auflage seines Lehrbuches daher auch noch «Pathopsychologie».² Im psychopathologischen Befund geht es jedoch auch um die Beurteilung nicht gestörter Funktionen, d. h. intakter Funktionsbereiche.

Bausteine des psychopathologischen Befundes stellen die «Symptome» als erste Stufe in der Beschreibung psychischer Phänomene dar. Dabei ist sprachübergreifend zu beachten, dass bspw. im englischen Sprachraum zwischen «signs» (von aussen beobachtbare objektiv messbare Phänomene) und «symptoms» (berichtete, d. h. die nicht direkt beobachtbaren Phänomene) unterschieden wird, im Gegensatz zur deutschsprachigen Diktion «Befund» (objektivierbares Phänomen) und «Beschwerde» (rein subjektiv geäußerte Angabe).

Betont wird in der vorliegenden Arbeit die Differenzierung unterschiedlicher «Datenquellen» von untersuchten Personen, in versicherungspsychiatrischer Nomenklatur als Explorandin/Explorand bezeichnet.³

2 PAYK THEO R., Pathopsychologie: Vom Symptom zur Diagnose, Berlin 2002.

3 In der Schweiz hat sich in der psychiatrischen Begutachtung der Begriff Explorand/Explorandin eingebürgert und meint damit die zu untersuchende Person im Rahmen des rechtlich-gutachtlichen Kontextes (bspw. Versicherungsrecht, Strafrecht usw.). Die Unterscheidung zu Patientin/Patient ist wichtig, da es nicht um eine Behandlung geht, sondern um eine «neutrale», «objektive» Beurteilung. Das Wort Versicherte/Versicherter wird in der Schweiz im Rahmen der versicherungspsychiatrischen Begutachtungen vermieden, da dies den Kontext einer versicherungs-

Bereits JASPERS unterschied subjektive und objektive Symptome.⁴ «Objektiv ist alles in die sinnlich wahrnehmbare Erscheinung Tretende [...]. Demgegenüber ist subjektiv das, was wir mittelbar durch die Urteile des Kranken erfahren.» Hierbei betonte er: «Wir können auf sie nicht verzichten.»

Nach ROGERS basiert die Bewertung der Psychopathologie vor allem auf den genauen Angaben seiner Patienten in dem Sinne, wie wir alle in der Psychotherapie Tätigen das gelernt und gelebt haben.⁵

Auf den Punkt gebracht haben diesen Unterschied zwischen subjektiver und objektiver Darstellung, zwischen subjektivem Krankheitsgefühl und objektiv diagnostizierbarer Krankheit neben vielen anderen BRÄHLER und SCHEER, indem sie Gesundheit, Krankheitsgefühl und Krankheit in Hinblick auf ein Verständnis mit einer objektiven Ebene von organmedizinisch feststellbaren Symptomen und subjektivem Erleben von Beschwerden bzw. von Krankheit trennen.⁶ Hierbei ist zu beachten, dass objektiv nicht einfach die Beurteilung von aussen meint. «Aus wissenschaftlicher Perspektive bedeutet Objektivität Unabhängigkeit des Untersuchers von äusseren Einflüssen. Als sogenannte Interrater-Reliabilität (Zuverlässigkeit) bezeichnet sie das Mass für die Übereinstimmung von unterschiedlichen Urteilern, zum Beispiel von verschiedenen Gutachterinnen und Gutachtern.»⁷

Im Rahmen einer versicherungsmedizinisch-psychiatrischen Begutachtung stellt ein gut dokumentierter psychopathologischer Befund (in der Schweiz als «Psychostatus» bezeichnet), einen zentralen Baustein im Umgang mit Selbstangaben dar. Er ist wiederkehrend Gegenstand von Diskussionen, welche die Objektivität psychopathologisch erhobener Funktionen infrage stellen und so bspw. im Rahmen der schweizerischen Rechtsprechung ihren Ausdruck bei der

technischen Aktion suggeriert und nicht eine objektive psychiatrische Begutachtung; sie weisen auf die geforderte und notwendige Unabhängigkeit im Rahmen eines gutachtlichen Kontextes hin.

- 4 JASPERS KARL, Allgemeine Psychopathologie, Berlin 1913.
- 5 ROGERS RICHARD, Clinical Assessment of Malingering and Deception, 2. Aufl., New York 1997: «Most symptoms of disorders are not directly observable by others. Therefore, each patient's presentation becomes a critical component of the clinical assessment. Distortions, both intentional and unintentional, complicate greatly the assessment process» (S. 1).
- 6 BRÄHLER ELMAR/SCHEER JÖRN W., Subjektive Beschwerden und objektiver Befund, in: Scheer/Brähler (Hrsg.), Ärztliche Massnahmen aus psychologischer Sicht – Beiträge zur medizinischen Psychologie, Berlin 1984.
- 7 EBNER GERHARD/BOLLINGER SUSANNE, Psychiatrische Begutachtung: Objektivität aus juristischer und psychiatrischer Sicht, Schweizerische Zeitschrift für Psychiatrie und Neurologie 3/2019, S. 37–39.



Festlegung von «Standardindikatoren» fanden.⁸ Die Standardindikatoren lassen sich in Kategorien wie funktioneller Schweregrad und Konsistenz der funktionellen Auswirkungen unterteilen. Mittels der durch den Gutachter bzw. die Gutachterin ausgearbeiteten Antworten auf die zitierten Indikatoren «Schweregrad» und «Konsistenz» erhält der Rechtsanwender «Indizien, wie sie erforderlich sind, um den Beweisnotstand im Zusammenhang mit der Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit bei psychosomatischen Störungen zu überbrücken».⁹ Die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage basierend auf den Standardindikatoren sind «schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit» durch den psychiatrischen Gutachter bzw. die psychiatrische Gutachterin nachzuweisen.¹⁰

So weist auch EBNER darauf hin, dass in der Psychiatrie bis heute im deutschsprachigen Raum zu wenige Instrumente für eine reliable, objektive, operationalisierte Beurteilung der funktionellen Leistungsfähigkeit¹¹ psychisch Kranker vorliegen, mit Ausnahme der Erhebung kognitiver Funktionen durch neuropsychologische Instrumente einschliesslich Performanzvalidierung (Verfahren zur Validierung der Anstrengungsbereitschaft) und der Beurteilung der Beschwerdendvalidität.¹²

Es kann sich bei einer psychodiagnostischen Befunderhebung immer nur um eine Annäherung handeln. Die klinische wie die psychodiagnostische Beschwerdendvalidierung spielen gerade in der Versicherungsmedizin eine wichtige, ja entscheidende Rolle.¹³ Der Unabhängigkeit sowie der jeweiligen Kompetenz der Gutachterin oder des Gutachters kommt somit ein sehr hoher, wenn nicht gar ein entscheidender Stellenwert zu.

II. Gutachtliche Fachexpertise

Aus juristischer Sicht dient die medizinische Expertise als Entscheidungshilfe und hat hiermit eine erhebliche Bedeutung für die sozialversicherungsrechtliche Beurteilung durch den Rechtsanwender.¹⁴

Medizinische Sachverständigengutachten «unterliegen der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG), was bei überzeugendem Beweisergebnis seit jeher erlaubt, dass das angerufene Gericht für seine Beweiswürdigung» abschliessend auf die im Administrativverfahren eingeholte Sachverständigengutachten abstellt.¹⁵ Das Bundesgericht äussert sich mit Bezug zum medizinischen Gutachten in einem Leiturteil wie folgt: «Das Bedürfnis nach einer entsprechenden Sicherung durch geeignete Ausgestaltung des Verfahrens wird verstärkt durch die grosse Streubreite der Möglichkeiten, einen Fall zu beurteilen, und die dementsprechend geringe Vorbestimmtheit der Ergebnisse.»¹⁶

Unabdingbar zur Beurteilung sozialversicherungsrechtlicher Leistungsansprüche sind verlässliche *lege artis* erarbeitete medizinische Entscheidungsgrundlagen.¹⁷ Mit den Worten des Bundesgerichts: «Die Frage des Beweiswertes stellt sich auch bei den anzuwendenden medizinisch-diagnostischen Methoden. Diese müssen wissenschaftlich anerkannt sein, damit der mit ihnen erhobene Befund eine zuverlässige Beurteilungsgrundlage zu bieten vermag. Als wissenschaftlich anerkannt gilt eine Untersuchungsart, wenn sie von Forschern und Praktikern der medizinischen Wissenschaft auf breiter Basis anerkannt ist.»¹⁸ Hinsichtlich des Beweiswertes eines Gutachtens ist entscheidend, ob dieses «für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind».¹⁹ An die Unabhängigkeit und die Unbefangenheit der Gutachter werden seitens der Rechtsprechung ebenso hohe Anforderungen gestellt. Der Sachverhalt muss objektiv dargestellt und unparteiisch beurteilt werden.²⁰ Das Bundesgericht präzisiert in einem Leiturteil demnach für medizinische Sachverständige die gleichen Ausstands- und Ablehnungsgründe, wie sie für Richter vorgesehen sind.²¹ Gemäss Rechtsprechung ist Befangenheit dann anzunehmen, «wenn im Einzelfall anhand aller tatsächlichen und verfahrensrechtlichen Gegebenheiten Umstände vorliegen, die geeignet sind, Misstrauen in

8 Vgl. BGE 141 V 281 und folgende, die im Sozialversicherungsrecht als «Standardindikatoren» im Sinne eines «normativen Prüfrasters» zur Beurteilung des «funktionellen Schweregrades» von psychischen Störungen in die Rechtsprechung eingegangen sind.

9 BGE 141 V 281 E. 4.1.3.

10 BGE 141 V 281 E. 6.

11 Also nicht einfach nur der Beschwerdendvalidität.

12 EBNER/BOLLINGER, Fn. 7, S. 37–39.

13 S. unten II.

14 BGE 141 V 281 E. 2.1; BGE 125 V 351 E. 3b; 122 V 157 E. 1c; 120 V 357 E. 3b.

15 BGE 137 V 210 E. 1.3.4.

16 BGE 137 V 210 E. 2.5.

17 BGE 134 V 231 E. 5.1.

18 BGE 134 V 231 E. 5.1.

19 BGE 125 V 351 E. 3a.

20 LUDWIG CHRISTIAN A., Anforderungen an Gutachten – Anforderungen an Gutachter, Schweizerische Ärztezeitung [SAeZ] 2006; 87:23, S. 1035.

21 BGE 137 V 210 E. 2.1.3; BGE 132 V 93 E. 7.1; BGE 120 V 357 E. 3b.

die Unparteilichkeit zu erwecken. Dabei ist nicht auf das subjektive Empfinden einer Partei abzustellen. Das Misstrauen muss vielmehr in objektiver Weise als begründet erscheinen. Es genügt, wenn Umstände vorliegen, die den Anschein der Befangenheit und die Gefahr der Voreingenommenheit zu begründen vermögen. Für die Ablehnung wird nicht verlangt, dass die sachverständige Person tatsächlich befangen ist [...]. Das Verhalten eines Sachverständigen (oder eines Richters), wozu auch seine Äusserungen gegenüber einer Partei gehören [...], kann den Anschein der Befangenheit begründen, wenn daraus nach objektiver Betrachtung inhaltlich oder durch die Art der Kommunikation auf besondere Sympathien oder Antipathien oder auf eine Ungleichbehandlung der Prozessbeteiligten geschlossen werden kann [...].»²²

Ziel der nachfolgenden Ausführungen wird es sein, in diesem Kontext Möglichkeiten und Grenzen der psychopathologischen Befunderhebung in der Begutachtung am Beispiel des AMDP-Systems, des im deutschsprachigen Bereich am häufigsten eingesetzten, aber auch international verwendeten und in den Leitlinien geforderten psychopathologischen Instruments aufzuzeigen.

III. Das AMDP-System in der psychopathologischen Befunderhebung

Das AMDP-System wurde vor mehr als 60 Jahren entwickelt, um ein geeignetes Untersuchungsinstrument zur Evaluation der Wirksamkeit der in den 1950er-Jahren neu entwickelten Psychopharmaka zu besitzen, und wurde bis in die 1980er-Jahre hierzu auch eingesetzt.²³ Zunehmend fand es auch im klinischen Alltag zur Erfassung der Psychopathologie in unterschiedlichen Kontexten Anwendung. Heute stellt es im deutschsprachigen Raum das am meisten eingesetzte Instrument zur Erfassung des Psychostatus dar; es ist zu einer Art Mindeststandard geworden und in die psychiatrischen Begutachtungsleitlinien eingeflossen.²⁴ Es schliesst dabei weiterführende psycho-

pathologische Darstellungen keinesfalls aus, wie bspw. die Beschreibung von Verhaltensbeobachtung und äusseren Erscheinungen, ebenso wenig wie den Einsatz von weiterführenden, auch psychopathologisch-psychodiagnostischen Instrumenten. In einem Manual²⁵ und Praxisbuch sind alle wichtigen Informationen zur praktischen Anwendung zusammengefasst.²⁶

Das AMDP-System richtet den Fokus auf 100 psychische und zusätzlich 40 somatische Symptome. Die 100 Merkmale decken die wichtigsten und häufigsten Symptome ab, nicht jedoch alle möglichen psychopathologischen Symptome, was ein Dokumentationssystem aus Praktikabilitätsgründen gar nicht leisten könnte und klinisch auch nicht handhabbar wäre.²⁷ In Tabelle 1 sind die wichtigsten Charakteristika des Systems zusammengestellt.

Zu Recht weisen Publikationen im forensischen wie im versicherungsmedizinischen Bereich darauf hin, dass unabhängig vom Kontext hohe Qualitätsstandards an Gutachten zu stellen sind, und empfehlen hierzu u. a. auch das AMDP-System, so auch eine Reihe von psychiatrischen Begutachtungsleitlinien.²⁸ Es findet zunehmend Anwendung aufgrund klarer Strukturierung in Merkmalsbereichen, expliziter Definition von Symptomen und Hinweisen zu praktischen Anwendungen und trägt damit nicht nur zur Erhöhung der Objektivität bzw. der Interrater-Reliabilität bei, sondern auch – im juristischen Kontext von besonderer Bedeutung – zur Transparenz und Nachvollziehbarkeit erhobener Befunde.

Insbesondere im Kontext der Bedeutung von Transparenz und Nachvollziehbarkeit erhobener Befunde ist auf das Leiturteil BGE 141 V 281 aus dem Jahre 2015 hinzuweisen, welches zum damaligen Zeitpunkt bezüglich Leitlinien der (psychiatrischen) Begutachtung dringenden Handlungsbedarf als gegeben erachtet hat (wobei diese Kriterien parallel zu

22 BGer 8C_150/2022 vom 7. 12. 2022, E. 8.2 m. w. H.

23 BAUMANN URS/STIEGLITZ ROLF DIETER, Testmanual zum AMDP-System, Empirische Studien zur Psychopathologie, Berlin 1983.

24 Vgl. AWMF Online, Teil I – Gutachtliche Untersuchung bei psychischen und psychosomatischen Störungen, Stand am 1. 12. 2019; AWMF-Register Nr. 051–029, Klasse: S2k.; EBNER GERHARD/COLOMB ETIENNE/MAGER RALPH/MARELLI RENATO/ROTA FULVIA, Qualitätsleitlinien für versicherungspsychiatrische Gutachten – Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie SGPP, Leitlinien für die Begutachtung psychiatrischer und psychosomatischer Störungen in der Versicherungsmedizin, SZS 5/2016, S. 435–493.

25 AMDP, Das AMDP-System, Manual zur Dokumentation des psychischen Befundes in Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, 11. Aufl., Göttingen 2023.

26 STIEGLITZ ROLF-DIETER/HAUG ACHIM/KIS BERNHARD/KLEINSCHMIDT SILKE/THIEL ANDREAS, Praxisbuch AMDP, Psychopathologische Befunderhebung – Grundlagen und Anwendungsbeispiele, 2. Aufl., Göttingen 2023.

27 BAUMANN/STIEGLITZ, Fn. 23.

28 S. oben bei Fn. 24; RETZ WOLFGANG/RÖSLER MICHAEL/FREYBERGER HARALD J., AMDP in der Begutachtung, in: Stieglitz/Haug/Kis/Kleinschmidt/Thiel (Hrsg.), Praxisbuch AMDP, Göttingen 2023, S. 169–173; AWMF Online, Fn. 24; NEDOPIL NORBERT, Standardisierte Dokumentation als Methode der Qualitätssicherung, Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie, Ausgabe 4/2012, S. 221–226; SASS HENNING/HOFF PAUL, Deskriptiv-psychopathologische Befunderhebung in der Psychiatrie, in: Möller/Laux/Kapfhammer (Hrsg.), Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie, Berlin/Heidelberg 2017; EBNER/COLOMB/MAGER/MARELLI/ROTA, Fn. 24, S. 435–493.

dieser Änderung der Rechtsprechung im Leitlinienprozess sinngemäss ebenfalls definiert wurden). Der aktuelle medizinische Grundkonsens müsse in den Leitlinien im Sinne einer Qualitätssicherung zum Ausdruck kommen, denn «der rechtliche Anforderungskatalog beschränkt sich auf einen Grundbestand von normativ massgeblichen Gesichtspunkten».²⁹ Mit dem rechtlichen Anforderungskatalog wurden die vom Bundesgericht in diesem Urteil verankerten «Standardindikatoren» angesprochen.³⁰ Die Rechtsprechung bezieht sich auf die medizinischen Leitlinien im Kontext der Schlüssigkeit der gutachterlichen Expertise mit dem AMDP-System. Demnach stellen aus richterlicher Sicht diese für sich «allein die Schlüssigkeit der gutachterlichen Ergebnisse nicht sicher». Die Rechtsprechung erkennt solchen Testverfahren höchstens ergänzende Funktion zu, während die klinische Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung entscheidend bleibt. Die nach AMDP-Regeln erfassten Psychopathologien ersetzen nach dieser Rechtsprechung die klinische Befundung der Explorandin also nicht, sondern ergänzen sie nur;³¹ sie bedürfen zusätzlicher Objektivierung.³² Diese Rechtsprechung bezieht sich allerdings auf die alten Begutachtungsleitlinien.³³ Die aktuellen Qualitätsleitlinien empfehlen explizit das klassische AMDP-System zur allgemeinen (orientierenden) Befunderhebung.³⁴ Zudem handelt es sich aus Sicht der Autorin und der Autoren nicht um ein Testverfahren, sondern um eine standardisierte Befunddokumentation, d. h. eine systematische Erfassung psychopathologischer Befunde.

Zur Rolle bzw. Anwendbarkeit von medizinischen Leitlinien hat sich der deutsche Bundesgerichtshof in einem Leiturteil dezidiert geäußert: «Handlungsanweisungen in Leitlinien ärztlicher Fachgremien oder Verbände dürfen nicht unbesehen mit dem medizinischen Standard gleichgesetzt werden. Dies gilt in besonderem Masse für Leitlinien, die erst nach der zu beurteilenden medizinischen Behandlung veröffentlicht worden sind. Leitlinien ersetzen kein

Sachverständigengutachten. Zwar können sie im Einzelfall den medizinischen Standard für den Zeitpunkt ihres Erlasses zutreffend beschreiben; sie können aber auch Standards ärztlicher Behandlung fortentwickeln oder ihrerseits veralten.»³⁵ Die Rechtsprechung erachtet Leitlinien folglich als wichtige Instrumente der Qualitätssicherung.

Die Transparenz und Nachvollziehbarkeit erhobener Befunde geschieht u. a. dadurch, dass bezogen auf die Symptome jeweils angegeben wird, worauf sich die Beurteilung beziehen soll (vgl. Tabelle 1). Während die somatischen Symptome ausschliesslich basierend auf Selbstaussagen der Explorandin oder des Exploranden bewertet werden, ist dies bei den psychischen Symptomen differenzierter zu handhaben. Von den 100 Symptomen des Kernbereichs basieren lediglich 29 auf reinen Beobachtungen durch den Untersucher (bzw. Angaben Dritter, sogenannte F-Merkmale wie «Neologismen»), in 71 dagegen fliessen Angaben der zu untersuchenden Personen ein, entweder zusätzlich zu Beobachtungen des Untersuchers (sog. SF-Merkmale, z. B. «antriebsarm») oder ausschliesslich (sog. S-Merkmale, z. B. «antriebsgehemmt»). Diese Unterscheidung findet sich bei keinem anderen Erhebungsinstrument als dem AMDP-System und fördert entscheidend die Nachvollziehbarkeit der erhobenen Befunde, was für Rechtsanwender und Rechtsprechung von Bedeutung ist, in ganz besonderen Ausmass im Rahmen von Begutachtungen. Die z. T. schwer zu bewertenden S- bzw. SF-Merkmale sind unterschiedlich über die zwölf Merkmalsbereiche verteilt. Besonders häufig finden sie sich in den Merkmalsbereichen Störungen der Affektivität, Wahn, Sinnestäuschungen, Ich-Störungen, weniger häufig in den Merkmalsbereichen formale Denkstörungen, Antriebs- und psychomotorische Störungen. Es ist jedoch ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass bei allen Merkmalen die *abschliessende Bewertung jedes einzelnen Symptoms alleine durch den Untersucher oder die Untersucherin erfolgt*. Diese haben ihre Bewertungen, orientiert am sog. *Entscheidungsbaum*, vorzunehmen, welcher folgende Optionen enthält:

- «Nicht vorhanden» bzw. Graduierung nach leicht, mittel oder schwer;
- «Keine Aussage», wenn das Phänomen nicht hinreichend genau bewertet werden kann. Im Kontext der Begutachtung ist die Rubrik «keine Aussage» möglichst zu vermeiden, wozu im nachfolgenden Abschnitt entsprechende Vorschläge gemacht werden sollen.

Gesamthaft kann am Ende der Untersuchung eine globale Bewertung der *Befundunsicherheit* vorgenommen

29 BGE 141 V 281 E. 5.1.2; s. EBNER/COLOMB/MAGER/MARELLI/ROTA, Fn. 24.

30 BGE 141 V 281 E. 5.1.2.

31 BGer 8C_266/2012 vom 2. 7. 2012 E. 4.1 m. H.; BGer 9C_252/2012 vom 7. 9. 2012, E. 8.3; Leitlinien der Schweizerischen Gesellschaft für Versicherungspsychiatrie für die Begutachtung psychischer Störungen, in: Schweizerische Ärztezeitung [SAeZ] 2004, S. 1051.

32 BGer 9C_252/2012 vom 7. 9. 2012, E. 8.3; BGer 8C_266/2012 vom 2. 7. 2012, E. 4.1; s. ferner BGer 8C_642/2020 vom 16. 12. 2020, E. 5.2; BGer 9C_679/2019 vom 22. 1. 2020, E. 4.1.2.

33 Leitlinien der Schweizerischen Gesellschaft für Versicherungspsychiatrie für die Begutachtung psychischer Störungen, Fn. 31, S. 1048–1051.

34 EBNER/COLOMB/MAGER/MARELLI/ROTA, Fn. 24.

35 BGH 15. 4. 2014 – VI ZR 382/12, VersR 2014, 879 = MDR 2014, 896 = NJW-RR 2014, 1053 = NJ 2014, 34.

Tabelle 1: Charakteristika des AMDP-Systems zur psychopathologischen Befunderhebung

Manual	enthält alle Informationen zur praktischen Anwendung des Systems
Fremdbeurteilungsverfahren	3 Dokumentationsbelege: Anamnese, psychischer Befund, somatischer Befund
Symptome (Merkmale)	100 psychische Symptome (sowie 11 Zusatzsymptome) und 40 somatische Symptome (sowie 3 Zusatzsymptome)
12 Merkmalsbereiche des psychischen Befundes	Bewusstseinsstörungen, Orientierungsstörungen, Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen, formale Denkstörungen, Befürchtungen und Zwänge, Wahn, Sinnestäuschungen, Ich-Störungen, Störungen der Affektivität, Antriebs- und psychomotorische Störungen, Circadiane Besonderheiten, andere Störungen
Einheitliche Darstellung der Merkmale	Definition, Erläuterungen und Beispiele, Hinweise zur Graduierung, abzugrenzende Begriffe
Klassifizierung der Beurteilungsgrundlage bei der Bewertung der Symptome	S: Selbstaussagen der Explorandin/des Exploranden notwendig SF: Selbstaussagen der Explorandin/des Exploranden oder Beobachtungen des Untersuchers oder Dritter F: Beobachtungen des Untersuchers oder Dritter alleine reichen aus
Entscheidungsbaum	umfasst unterschiedliche Ebenen bezüglich der Bewertung einzelner Symptome: Beurteilbarkeit – Entscheidungssicherheit – Vorhandensein – Graduierung
Befundunsicherheit	Gesamtbewertung der Zuverlässigkeit der erhobenen Befunde

men werden, was gerade im versicherungspsychiatrischen Einsatz sinnvoll ist.

Für die Bewertung der Symptome, bei denen die Angaben der zu untersuchenden Personen Voraussetzung ist, steht ein Interviewleitfaden zur Verfügung.³⁶

1. Allgemeine Probleme in der psychopathologischen Befunderhebung und Lösungsvorschläge

Die Erhebung des psychopathologischen Befundes anhand des AMDP-Systems stellt einen komplexen Prozess dar, auf welchen vielfältige Verzerrungen einwirken können. Nachfolgend soll zwischen solchen aufseiten der Untersucherinnen und Untersucher und solchen aufseiten der untersuchten Personen unterschieden werden. Bei Letzteren sind u. a. folgende Faktoren zu beachten:

1. die Psychopathologie selbst (z. B. ausgeprägte Denkstörungen);
2. die Suggestibilität der Explorandin oder des Exploranden, d. h. deren oder dessen Bereitschaft, auf Fragen schnell zuzustimmen;
3. eine mangelnde Reflexionsfähigkeit der Explorandin oder des Exploranden (z. B. bedingt durch geringe Intelligenz, hirnorganische Störungen usw.).

Die Zuverlässigkeit der Aussagen von Exploranden sind im Hinblick auf die von ihnen geäußerten Aussagen zur Psychopathologie zudem von verschiedenen weiteren Faktoren abhängig.

Hierzu zählen:

- Verbalisierungsfähigkeit/sprachliche Fertigkeiten;
- Differenziertheit der Beschreibung;
- Kooperation bzw. Motivation.

Zu beachten sind weiterhin *allgemeine Urteilsfehler* wie:

- Ja-sage-Tendenz/Nein-sage-Tendenz;
- Erinnerungs- und Gedächtnisfehler.

In der *Begutachtungssituation* spielen zusätzliche Faktoren eine Rolle:

- Motivation;
- Verdeutlichung, Aggravation und Simulation;
- Bagatellisierung und Dissimulation;
- Fähigkeit/Bereitschaft von Gutachterin und Gutachter, das AMDP *lege artis* und ergebnisoffen anzuwenden.

Im DSM-5 (2015) finden sich unter dem Kapitel «Malingering» explizite Hinweise auf die intentionale Produktion von falschen oder stark übertriebenen somatischen und psychischen Symptomen bedingt durch

- externe Anreize;
- deutliche Diskrepanz zwischen subjektiven Klagen und objektiven Beobachtungen;
- mangelnde Kooperation.³⁷

36 FÄHNDRICH ERDMANN/STIEGLITZ ROLF-DIETER, Leitfaden zur Erfassung des psychopathologischen Befundes, Halbstrukturiertes Interview anhand des AMDP-Systems, 6. Aufl., Göttingen 2023.

37 AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-5, Göttingen 2015.

Tabelle 2: Allgemeine Hinweise zur Präzisierung von Informationen in der psychopathologischen Befunderhebung.³⁸

Problem	Lösungsvorschlag
<i>Unverständliche oder vage Angabe</i> der Explorandin oder des Exploranden	Nachfragen (z. B.: «Das habe ich nicht ganz verstanden. Könnten Sie mir das näher erklären?»; «Sie haben eben den Begriff (...) benutzt. Was verstehen Sie darunter?»; «Wie meinen Sie das?»).
<i>Unsicherheit</i> , ob man die Explorandin oder den Exploranden richtig verstanden hat	Versuchen, das Verstandene zusammenzufassen (z. B.: «Ich bin mir nicht sicher, ob ich Sie richtig verstanden habe, und möchte noch einmal kurz wiederholen ...»).
<i>Ausweichen</i> oder Entfernen von der gestellten Frage	Gezieltes Zurückführen (z. B.: «Ich möchte noch einmal auf meine Frage zurückkommen und etwas genauer nachfragen.»).
<i>Die Explorandin oder der Explorand hat die Frage nicht richtig verstanden</i>	Diese nochmals in anderen Worten wiederholen bzw. nachfragen (z. B.: «Wissen Sie noch, was ich Sie gerade gefragt habe?»).
<i>Verdacht auf unrichtige Antworten</i> oder inkonsistente Antworten	Frage im Sinne einer Kontrollfrage, zur erneuten Befragung, zur Überprüfung zu einem späteren Zeitpunkt des Interviews.
<i>Verdachtsmomente</i>	Gezielt weiter explorieren (z. B.: «Ich habe den Eindruck, dass ...»; «Wie sehen Sie das?»).
Verdacht auf <i>Suggestibilität</i>	Die Explorandin oder den Exploranden ermutigen, seine Antworten näher zu erläutern und/oder Beispiele zu nennen.
Die Explorandin oder der Explorand hat Schwierigkeiten, auf eine Frage zu antworten (z. B. er hat die Frage nicht richtig verstanden),	<i>Hilfestellung</i> durch Beispiele geben (z. B.: «Manche Patienten berichten, dass ... Kennen Sie so etwas auch?»). Dabei ist jedoch Suggestibilität zu vermeiden, d. h. der Explorandin oder dem Exploranden die Antwort in den Mund zu legen. Bei Bejahung muss die Explorandin oder der Explorand auch hier um weitere Erläuterungen und Beispiele gebeten werden.
Die Explorandin oder der Explorand gibt zu bestimmten Themata oder Fragen keine Antworten	Die Explorandin oder den Exploranden ermutigen, dennoch darüber zu sprechen (z. B.: «Was meinen Sie, wie kann man sich das erklären?», «Wie konnte das geschehen?»), oder darauf hinweisen, dass man zu einem späteren Zeitpunkt nochmals darüber sprechen kann.
Nicht plausible und <i>unlogische Zusammenhänge</i>	Die Explorandin oder den Exploranden ermutigen, diese zu erläutern (z. B.: «Ich verstehe noch nicht, wie (...) und (...) zusammenpassen. Können Sie mir das erklären?»).

Aufseiten der Untersucherin oder des Untersuchers sind andere Fehlerquellen zu beachten, z. B.

- Voreingenommenheit;
- Affirmationsbias;
- ungenügende Erfahrung.

Aufgrund dieser potenziellen Schwierigkeiten sind hohe Anforderungen an die Untersucherin oder den Untersucher zu stellen. Dabei soll zwischen einer technologischen und inhaltlichen Ebene unterschieden werden.

Auf der technologischen Ebene sind die allgemeinen diagnostischen Fertigkeiten, unabhängig von der Begutachtungssituation, und die Kompetenzen in der Gesprächsführung, wie die Strukturierung des Gesprächs und die Kompetenz zur differenzierten Erfragung, von grosser Bedeutung (s. sogl.). Hinweise in der Gesprächsführung finden sich in der Tabelle 2.

a) Sprachliche und interkulturelle Einschränkungen

Die Kompetenzen auf technologischer Ebene können als notwendige, aber nicht hinreichende Bedingung für ein qualifiziertes und schlüssiges Gutachten angesehen werden. Hierzu sind zusätzlich umfassende Kompetenzen auf inhaltlicher Ebene erforderlich. Insbesondere bei der psychiatrischen Exploration – so das Bundesgericht – habe der begutachtende Psychiater bzw. die begutachtende Psychiaterin «daher praktisch immer einen gewissen Spielraum, innerhalb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern der Experte lege artis vorgegangen ist».³⁹

38 Modifiziert nach FÄHNDRICH/STIEGLITZ, Fn. 36.

39 BGer 8C_28/2021 vom 9.4.2021, E. 4.2; BGE 145 V 361 E. 4.1.2.

Auf der *inhaltlichen Ebene* sind verschiedene Kompetenzen zu unterscheiden:

- klinische Erfahrung generell, inkl. umfassender Kenntnisse in Psychopathologie;
- klinische Erfahrungen speziell zu Symptomkomplexen bzw. Störungsbildern.

Zu letzteren zählen in Anlehnung an WESTMEYER:⁴⁰

- Vergleichswissen (wie zeigen sich bestimmte Symptome bei unterschiedlichen Exploranden?);
- Erfahrungswissen (welche Symptome können auftreten bzw. können gemeinsam auftreten oder nicht?).

Speziell diese Komponenten sind von grosser Bedeutung zur Einschätzung der Aussagen der Exploranden. Nachfolgend einige Beispiele dafür:⁴¹

- unrealistische Kombination von Symptomen;
- Diskrepanz zwischen geschilderten und beobachtbaren Beschwerden;
- Erkennen von «Pseudosymptomen»;
- seltene Beschwerden;
- ungläubhafte oder absurde Beschwerden.

Die genannten Kompetenzen sind notwendig zur Plausibilisierung der Aussagen, d.h. zur Überprüfung und Bestätigung der Richtigkeit und Korrektheit der angegebenen Sachverhalte, denn S- und SF-Merkmale sind oft nur schwer zu plausibilisieren. Besonders «problematische» S-Merkmale sind – da nur der Explorandin/dem Exploranden zugänglich – z. B. das Gefühl der Gefühllosigkeit, die Hoffnungslosigkeit, das Grübeln, Paramnesien oder Gedankendrängen. «Problematische» SF-Merkmale sind z. B. Konzentrationsstörungen, Merkfähigkeitsstörungen oder Gedächtnisstörungen.

Bei Merkmalen mit S-Anteilen (S/SF) gilt es Folgendes zu beachten:

- Die Zustimmung durch die Explorandin/den Exploranden alleine reicht nicht aus, Plausibilitätsprüfungen sind unbedingt notwendig!
- Beispiele usw. sind generell notwendig, um eine Grundlage für Entscheidungen zu bekommen.

Hinweise auf Inkonsistenzen oder Diskrepanzen ergeben sich u. a.

- meist im Verlauf;
- durch Berücksichtigung von Angaben Dritter;

- durch unterschiedliche Aussagen der Explorandin/des Exploranden, z. B. bei Wiederholung von Fragen.

Die Rechtsprechung erachtet inkonsistentes Verhalten als ein Indiz dafür, dass die geltend gemachte Einschränkung anders begründet ist als durch eine versicherte Gesundheitsbeeinträchtigung.⁴²

Besonders wichtig ist, mögliche nicht authentische Beschwerdepräsentationen zu erkennen, wie *Aggravation*, *Simulation*, *Dissimulation* o. ä. Hier ist nicht nur das Erfahrungswissen der Untersucherin oder des Untersuchers von besonders grosser Bedeutung – was kann stimmen, was nicht (etwa Stimmenhören) –, sondern auch die Kenntnis der hierzu vorliegenden Literatur. Erfahrungswissen hat vor allem mit dem störungsspezifischen Wissen zu tun, d. h. etwa, welche Merkmalskombinationen sind unwahrscheinlich (z. B. Schizophrenie: nur Stimmenhören, aber kein Wahn; keine Ich-Störungen, keine formalen Denkstörungen), welche wahrscheinlich (vgl. diagnostischer Algorithmus z. B. nach ICD-10).

Im Hinblick auf unklare Informationen hat bereits KERNBERG unterschieden zwischen Klärung und Konfrontation.⁴³

- *Klärung*: Gemeinsam mit der Explorandin/dem Exploranden sind diejenigen Elemente seiner Informationen zu besprechen/zur Klärung, die vage, unklar, verwirrend, widersprüchlich oder unvollkommen sind.
- *Konfrontation*: Der Explorandin/dem Exploranden sind die widersprüchlichen oder inkongruenten Informationen aufzuzeigen.

Diese allgemeinen Vorschläge reichen jedoch oft nicht aus und bedürfen einer Differenzierung. Der Interviewleitfaden zum AMDP-System liefert hierzu Hinweise in Bezug auf Gesprächsablauf, Interviewverhalten, Strukturierung des Gesprächs, bspw. Fragen zu einzelnen Symptomen, vor allem aber zur Präzisierung von Informationen (vgl. Tabelle 2) usw.⁴⁴

Die in Tabelle 2 zusammengestellten allgemeinen Hinweise zur Präzisierung und Bewertung von Informationen sind im Kontext der Begutachtung weiter zu differenzieren. In Tabelle 3 finden sich einige Hinweise auf sog. *nicht authentische Beschwerden* mit Beispielen.

40 WESTMEYER HANS, Grundlagen psychologischer Diagnostik, in: Pawlik (Hrsg.), Diagnose der Diagnostik, Stuttgart 1976, S. 71–101.

41 Vgl. SCHMIDT THOMAS/WATZKE STEFAN/LANQUILLON STEFAN/STIEGLITZ ROLF-DIETER, Das strukturierte Interview berichteter Beschwerden (SIBB), Göttingen 2019.

42 BGE 141 V 281 E. 4.4.2.

43 KERNBERG OTTO F., Schwere Persönlichkeitsstörungen, Theorie, Diagnose und Behandlungsstrategien, 7. Aufl., Stuttgart 2006.

44 FÄHNDRICH/STIEGLITZ, Fn. 36.

Tabelle 3: Nicht authentische Beschwerden an Beispielen im AMDP-System⁴⁵

Hinweise auf nicht authentische Angaben (Beispiele nach DRESSING/FOERSTER, Fn. 45, S. 24–25)	Kommentare bzw. Beispiele in Bezug auf AMDP-Merkmale
Zwischen den subjektiven, häufig massiven Beschwerdeschilderungen und dem Verhalten der Betroffenen in der Untersuchungssituation besteht eine auffällige Diskrepanz.	<ul style="list-style-type: none"> – «Merkfähigkeitsstörungen»: Die Explorandin/der Explorand gibt solche an; in der Untersuchung finden sich jedoch keine Hinweise für solche Störungen. – «Hoffnungslos»: die Explorandin/der Explorand klagt über Hoffnungslosigkeit, gibt im Gespräch jedoch an, was sie oder er zukünftig alles plant.
Die subjektiv geschilderte Intensität der Beschwerden steht in einem Missverhältnis zur Vagheit der Schilderung der einzelnen Symptome.	– «Konzentrationsstörungen»: Die Explorandin/der Explorand klagt darüber, kann dies jedoch nur unzureichend spezifizieren.
Ungeachtet der Angaben schwerer subjektiver Beeinträchtigungen erweist sich das psychosoziale Funktionsniveau des Betroffenen bei der Alltagsbewältigung als weitgehend intakt.	– «Konzentrationsstörungen» oder «Merkfähigkeitsstörungen»: Die Explorandin/der Explorand klagt darüber, im Alltag sind sie jedoch nicht oder nicht konsistent objektivierbar.
Die Angaben des Probanden weichen erheblich von fremdanamnestic Informationen und der Aktenlage ab.	– «Konzentrationsstörungen»: Die Explorandin/der Explorand klagt darüber, Angehörige berichten jedoch, dass sie oder er stundenlang Sudoku spielt.
Ausweichen in nicht sprachliche Ausdrucksformen	– «Theatralisch»: ausdrucksstarke Darstellung der Beschwerden.
Beantwortung einer Frage mit langer Verzögerung	– «Verlangsamt»: abzugrenzen danach, ob es sich um ein psychopathologisches Phänomen handelt oder die Explorandin/der Explorand nur lange überlegt.
Häufiger Themenwechsel	– «Ideenflüchtig»: abzugrenzen danach, ob es sich um ein psychopathologisches Phänomen handelt.
Unklare bzw. mehrdeutige, vage Antworten	– vgl. Hinweise in Tabelle 2

IV. Fazit

Die Erfassung der Psychopathologie stellt Anforderungen an die zeitliche Beanspruchung, erfordert umfangreiche Kompetenzen der untersuchenden Personen wie auch die Kooperationsbereitschaft und/oder -fähigkeit der zu untersuchenden Personen. In der Begutachtung kommt hinzu, dass die Aussagen der zu befragenden Personen im Hinblick auf ihre Validität zu beurteilen sind. Zudem sind die jeweiligen Faktoren betreffend die Intention sowohl der zu untersuchenden Person als auch diejenige der untersuchenden Person zu beachten, wobei bei der letzteren Training und Erfahrung bei der Erhebung des Psychostatus eine Rolle spielen.

Ergeben sich schwerwiegende Hinweise z. B. auf Inkonsistenzen oder auf nicht authentische Angaben, ist die Authentizität über gut validierte psychologi-

sche Beschwerdvalidierungsverfahren zu prüfen. Im deutschen Sprachbereich eignen sich hierfür folgende Verfahren, welche neben der Authentizität von funktionellen Einschränkungen auch die geklagten Beschwerden erfassen:

- Structured Interview of Reported Symptoms (SIRS-2):⁴⁶ Fremdbeurteilungsverfahren/Interview; enthält verschiedene Skalen, u. a. ungläubhafte und absurde Beschwerden;
- Self-Report Symptom Inventory (SRSI):⁴⁷ Selbstbeurteilungsverfahren mit der Gegenüberstellung echter Beschwerden und sog. Pseudobeschwerden;
- Inventory of Problems (IOP-29):⁴⁸ Selbstbeurteilungsverfahren zur Erfassung der Glaubwürdigkeit bei ausgewählten Störungsgruppen (u. a. PTSD);

45 DRESSING HARALD/FOERSTER KLAUS, Forensisch-psychiatrische Untersuchung, Simulation und ähnliche Phänomene. Feststellung vorgetäuschter Beschwerden, in: Dressing/Habermeyer, Psychiatrische Begutachtung, Ein praktisches Handbuch für Ärzte und Juristen, 6. Aufl., München 2015.

46 SCHMIDT/WATZKE/LANQUILLON/STIEGLITZ, Fn. 41.

47 MERTEN THOMAS/GIGER PETER/MERCKELBACH HARALD/STEVENS ANDREAS, Self-Report Symptom Inventory – deutsche Version (SRSI), Göttingen 2019.

48 GIROMINI LUCIANO/VIGLIONE DONALD J./PIGNOLO CLAUDIA/ZENNARO ALESSANDRO, A clinical comparison, simulation study testing the validity of SIMS and IOP-29 with an Italian sample, Psychological Injury and Law, advance online publication, doi:10.1007/s12207-018-9314-1.

- Minnesota Multiphasic Personality Inventory – 2 Restructured Form™ (MMPI-2-RF™):⁴⁹ Selbstbeurteilungsverfahren, u. a. mit drei sog. Gültigkeitsskalen (u. a. Lügenskala).

Diese als Beschwerdvalidierungstests (BVT) bezeichneten Instrumente sind nach MERTEN standardisierte Verfahren zur Überprüfung von nicht authentischen Symptomen und negativem Antwortverhalten, u. a. in einer klinischen Untersuchungssituation.⁵⁰ Deren Auswertung benötigt aber entsprechende Instruktionen und Erfahrung. Hinzu kommen die klinischen Kriterien zur Erfassung von Aggravation, wie sie von DRESSING und FOERSTER publiziert sind und worauf bereits weiter oben hingewiesen wurde.⁵¹

49 ENGEL ROLF, MMPI-2-RF™, Minnesota Multiphasic Personality Inventory – 2 Restructured Form™. Deutschsprachige Adaptation des Minnesota Multiphasic Personality Inventory – 2 Restructured Form™ von BEN-PORATH YOSSEF und TELLEGEN AUKE, Bern 2019.

50 MERTEN THOMAS, Beschwerdvalidierung, Göttingen 2014.
51 Siehe Fn. 45.