

Beschwerdenuvalidierung: Ein aktueller Überblick

Symptom Validation: An Overview

Autoren

F. Walter¹, F. Petermann¹, A. Kobelt^{1,2}

Institute

¹Zentrum für Klinische Psychologie und Rehabilitation, Universität Bremen
²Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover

Schlüsselwörter

- Beschwerdenuvalidierung
- Simulation
- Aggravation
- Begutachtung

Key words

- symptom validation
- malingering
- symptom exaggeration
- assessment

Zusammenfassung

Bei der Begutachtung von psychischen Störungen – beispielsweise bei Anträgen für die Berentung aufgrund einer vollen Erwerbsminderung – kann es durch unterschiedliche Fehlerquellen zu Verzerrungen des wirklichen Beschwerdebildes kommen. Symptome können von Patienten innerhalb dieses Kontextes übertrieben bzw. ausgeweitet werden, um bestimmte Ziele zu erreichen (z.B. Berentung). Beschwerdenuvalidierungstests sind daher auch in der sozialmedizinischen Begutachtung ein immer häufiger gefordertes Standardverfahren. Sie sollen die Plausibilität der geschilderten Beschwerden des Patienten prüfen. Im Folgenden soll ein Überblick über den internationalen sowie den nationalen Forschungsstand der Beschwerdenuvalidierung gegeben werden. Als ein wesentliches Problem der Manipulation der Testergebnisse von Beschwerdenuvalidierungstests wird das Coaching der Patienten diskutiert.

Abstract

When assessing mental disorders, there may appear different distortions of symptoms. Often patients exaggerate their complaints in order to achieve certain aims (e.g. retirement). Special symptom validity tests are therefore demanded as standard methods. These tests aim to verify the plausibility of the patient's symptoms, described at the assessment. This paper will give an overview of international and national research on symptom validation, manipulation of the test results, and coaching of patients.

Bibliografie

DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0032-1323651>
Rehabilitation 2012;
51: 342–348
© Georg Thieme Verlag KG
Stuttgart · New York
ISSN 0034-3536

Korrespondenzadresse

Franziska Walter
Zentrum für Klinische
Psychologie und Rehabilitation
Universität Bremen
Grazer Straße 6
28359 Bremen
fwalter@uni-bremen.de

Einleitung

Im vorliegenden Artikel wird ein ausgewählter Aspekt der sozialmedizinischen Begutachtung – die Beschwerdenuvalidierung – diskutiert. Dieser Fokus ist wichtig, da in der Begutachtung eines Rentenbegehrens (Beurteilung der Leistungsfähigkeit) oder teilweise der Rehabilitationsbedürftigkeit (sozialrechtliche Gutachtenfragestellung) Aggravations- oder Simulationstendenzen des Patienten auftreten könnten. Verfahren wie Symptomskalen, Persönlichkeitsfragebogen, Fragebogen zur Messung der Krankheitsverarbeitung oder der Therapiemotivation sowie Leistungstests sind für Probanden sehr transparent. Das bedeutet, dass die Zielrichtung der Verfahren auch für Laien leicht durchschaubar ist und die Verfahren damit anfällig für Verzerrungen sind [1]. Diese Problematik sollte dem sozialmedizini-

schen Gutachter bewusst sein, da beispielsweise nicht notwendige Behandlungen folgen könnten. Zudem könnten aus falschen Beurteilungen der Leistungsfähigkeit bzw. der Rehabilitationsbedürftigkeit erhebliche volkswirtschaftliche Kosten resultieren [2]. Daher liegt die Forderung nach geeigneten Verfahren nahe, die die Validität der genannten Beschwerden prüfen können. Einleitend sollen die wichtigsten Begriffe der Beschwerdenuvalidierung dargelegt werden, bevor der Fokus auf die Verfahren und deren Problematik in der Anwendung gerichtet wird.

Begriffe der Beschwerdenuvalidierung

Traditionell wurden die Methoden zur Beurteilung der Authentizität vorgetragener Beschwerden unter dem Begriff „Simulationsdiagnostik“



zusammengefasst. Da aber die Simulation nur eine Form der negativen Antwortverzerrungen ausmacht, sollte von der Diagnostik der Beschwerdvalidität gesprochen werden [3]. Diese wird als „... Gültigkeit einer Beschwerdenschilderung oder Symptompräsentation durch einen Untersuchten“ ([4], S. 103) definiert. Demzufolge ist die Beschwerdvalidierung der diagnostische Prozess, der die Schilderungen von Personen hinsichtlich der beschriebenen Symptomausprägung überprüft. Allgemein wird von Antwortverzerrungen gesprochen, wenn eine Person ungenaue oder unvollständige Antworten gibt bzw. eine mangelnde Testmotivation oder eingeschränkte Leistungsbereitschaft zeigt [3]. Hierbei wird zwischen positiven und negativen Antwortverzerrungen unterschieden. Letztere liegen vor, wenn der Betroffene mehr oder schwerere Beeinträchtigungen bzw. Symptome angibt, als tatsächlich vorhanden sind [4]. Es wird davon ausgegangen, dass sich dieses Verhalten in der Testbearbeitung widerspiegelt, indem beispielsweise eine verzögerte Reaktionszeit, eine niedrige Bearbeitungsgüte oder eine geringere Behaltensleistung in Beschwerdvalidierungstests (BVT) gezeigt wird [5]. Die Simulation bezieht sich auf die absichtliche Vortäuschung von Beschwerden oder Störungen. Die Aggravation, als weitere Erscheinungsform der negativen Antwortverzerrungen, liegt vor, wenn reale Symptome existieren und die vorhandenen Beschwerden übertrieben bzw. ausgeweitet dargestellt werden. Hierbei ist zu beachten, dass zu Begutachtende mit beispielsweise einem Rentenbegehren oftmals befürchten, nicht ernst genommen zu werden. Sie könnten daher ihre Beschwerden nonverbal oder verbal verdeutlichen, um eindringlicher auf ihr Leiden hinzuweisen [2]. Die Motivation für negative Antwortverzerrungen besteht meist darin, eine externe Vergünstigung zu erhalten. Diese Anreize können im Erhalt von Entschädigungszahlungen, Schmerzensgeldern oder Rentenzahlungen begründet sein. Außerdem können diese Anreize aus nicht monetären Vorteilen bestehen, wie etwa der Vermeidung von Arbeitsanforderungen oder gerichtlicher Verfolgung [6].

Als gegenteilige Erscheinungsform der negativen Antwortverzerrungen ist die Dissimulation, im Sinne einer positiven Antwortverzerrung, zu verstehen. Hierbei wird angenommen, dass Beschwerden heruntergespielt oder verborgen werden. Gründe für diese „Supernormalität“ [7] sind oft sozialer Natur bzw. der Wunsch nach Aufrechterhaltung des Selbstbildes. So werden Krankheiten wie beispielsweise epileptische Anfälle von manchen Patienten verschwiegen, um nicht als berufsunfähig zu gelten. Oftmals werden Symptome von ihnen zurückgehalten, um nicht stigmatisiert zu werden. So geben etwa Erkrankte ihre Halluzinationen nicht an, damit sie nicht als „verrückt“ gelten. Die Dissimulation tritt jedoch in sozialmedizinischen Begutachtungssituationen kaum auf [2].

Von der Kooperation der Person hängt die Validität der psychologischen Testergebnisse ab. Die Anstrengungsbereitschaft oder auch Leistungsmotivation ist die Bereitwilligkeit einer Person, ihr tatsächliches Fähigkeitsniveau in einer Testuntersuchung zu zeigen. Eine suboptimale Leistung wird durch eine eingeschränkte Leistungsbereitschaft erbracht [3]. Ist die Leistungsbereitschaft nicht gegeben, ist eine Diagnostik der Beeinträchtigungen bzw. Beschwerden erschwert bzw. kaum möglich [5]. Jedoch sind zusätzliche Faktoren für das ungenügende Leistungsverhalten zu berücksichtigen. Müdigkeit, Erschöpfung, Schmerz, Angst, schwere depressive Verstimmung usw. können zu negativem Leistungsverhalten beitragen [8]. Hierbei wird deutlich, dass die bloße Anwendung von Verfahren zur Objektivierung von Antworttendenzen nicht ausreicht.

Differenzialdiagnostisch betrachtet müssen negative Antwortverzerrungen bei kognitiven Störungen von artifiziellen Störungen sowie somatoformen Störungen abgegrenzt werden. Die Unterscheidung dieser 3 Kategorien erfolgt anhand zweier Dimensionen: einer bewussten bzw. unbewussten Beschwerdendarstellung und einer bewussten bzw. unbewussten zugrunde liegenden Motivation [9]. Dabei werden die 3 Kategorien folgendermaßen differenziert:

- ▶ *Simulation*: die Beschwerdenschilderung erfolgt absichtlich und dient einer bewussten Zielerreichung (sekundärer Krankheitsgewinn)
- ▶ *artifizielle Störung*: die Vortäuschung von Symptomen oder Störungen erfolgt wieder absichtlich sowie bewusst, dient aber einem in der Krankheit oder in der Patientenrolle liegenden Ziel (primärer Krankheitsgewinn)
- ▶ *somatoforme Störungen*: die Darstellung der Symptome bzw. der Störung erfolgt unabsichtlich sowie unbewusst und ohne Reflexion auf die zugrunde liegende Motivation [10]

Von den oben genannten Dimensionen abgesehen gibt es keine Kriterien bzw. Tests, die zwischen diesen 3 Kategorien unterscheiden können [5]. In Verfahren zur Feststellung von suboptimalem Leistungsverhalten bei der Schilderung kognitiver Störungen ist demzufolge auch keine differenzialdiagnostische Unterscheidung möglich.

Anforderungen der Beschwerdvalidierung

In gutachtlichen Kontexten, bei denen ein sekundärer Krankheitsgewinn in Betracht gezogen werden kann, könnte mit einer eingeschränkten Leistungsbereitschaft der Betroffenen gerechnet werden. Eine Forderung nach geeigneten Messmethoden zur Erfassung der Beschwerdvalidität ist zudem nachvollziehbar, wenn Studien über die Prävalenz von negativen Antwortverzerrungen hinzugezogen werden. Eine Studie erster Anzeichen von negativen Antwortverzerrungen im Begutachtungskontext liegt von Binder [11] vor. Er zeigte, dass Probanden mit minimalen Schädel-Hirn-Verletzungen im Vergleich zu einer Gruppe von Betroffenen mit schweren zerebralen Verletzungen signifikant schlechtere Ergebnisse im Portland Digit Recognition Test (PDRT) [12] erreichten. Green [13] argumentiert, dass es keine medizinischen Erklärungen dafür gibt, dass die Probanden mit den schwersten Verletzungen am besten in diesen Tests abschneiden. Vielmehr neigt eine gewisse Anzahl von Probanden mit leichten kognitiven Beeinträchtigungen dazu, ihre Symptome zu übertreiben; dagegen sind Betroffene mit schweren Hirnverletzungen dafür weniger anfällig. Bei Larrabee [14] wird über einen Anteil an Patienten, die vermutlich simulieren, von 43% gesprochen. In weiteren US-amerikanischen Studien [15] wird über Raten von 8 bis 30% berichtet. Je nach Kontext der Begutachtung (30% bei Arbeitsunfähigkeit, 29% bei Körperverletzungen, 19% in der forensischen Abklärung, 8% bei körperlichen Beschwerden) schwanken diese Zahlen. Zudem gibt es Hinweise darauf, dass die Prävalenz in anderen Kontexten deutlich höher liegen kann. Auch in Europa liegen Studien vor, die diese Problematik thematisieren. Forschungen in Großbritannien verdeutlichen, dass 62% der Teilnehmer, die im Kontext von Berentungs- und Haftpflichtfragen begutachtet wurden, negative Antwortverzerrungen aufwiesen. Hierbei wurden 119 Personen untersucht, die über Gedächtnisprobleme klagten [16]. In Deutschland wurden erste Untersuchungen dazu von Merten et al. [17] publiziert. Sie fanden bei 44,3% der 235 Patienten einen Verdacht



auf unzureichende Kooperation. Die Gültigkeit der Aussagen über die Beschwerden wurde durch moderne BVT wie den Word Memory Test (WMT) [18] und den Medical Symptom Validity Test [19] ermittelt. Die Betroffenen wurden 1–5 Jahre nach einem erlittenen Unfall begutachtet und brachten vor allem kognitive Beschwerden vor. Bei der Teilstichprobe der 46 Probanden mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung wurde bei 51,1% eine eingeschränkte Kooperationsbereitschaft vermutet.

Die Studienergebnisse legen die Schlussfolgerung nahe, dass geeignete standardisierte Methoden für die Erfassung von Beschwerdenschildern entwickelt werden sollten. Weiterhin ist der Einsatz und die Entwicklung von BVT nötig, da Studien belegen, dass Experten, die sich nur auf ihr „Gefühl“ und den klinischen Eindruck verlassen, leicht täuschbar sind [20–22]. Jedoch ist zu beachten, dass diese Verfahren nicht losgelöst vom eigentlichen Begutachtungsprozess eingesetzt werden sollten. Vielmehr ist es wichtig, ein weites Repertoire an Untersuchungsmethoden und -materialien wie Gespräche, psychologische Testung und Aktenanalyse zu integrieren und diese auf mögliche Inkonsistenzen sowie Plausibilität zu prüfen und kritisch zu reflektieren. Jedoch erfordert diese Prüfung eine fachlich hohe Qualifikation beim Gutachter. Außerdem muss das Gutachten für Außenstehende verständlich, transparent und nachvollziehbar sein [23]. Der Gutachter sollte seine Beurteilung also nicht auf der Grundlage eines Testergebnisses abgeben, sondern seine Entscheidung anhand eines „multimethodalen und multimodalen Zusammenhangs“ treffen [24].

Beschwerdenvvalidierung von psychischen Störungen

Im Rahmen der sozialmedizinischen Begutachtung wird beispielsweise geprüft, ob geltend gemachte Symptome tatsächlich vorliegen und ob sich daraus eine Erwerbseinschränkung ergibt. Es wird etwa untersucht, ob sich als Folge einer chronischen Erkrankung oder eines Unfalls hieraus vermeintlich resultierende kognitive Funktionseinschränkungen tatsächlich ergeben haben. Der Störungsbereich der kognitiven Beeinträchtigungen nimmt bei der Beurteilung der Beschwerdenvvalidität aus unterschiedlichen Gründen eine besondere Stellung ein. Nach Merten, Stevens und Blaskewitz [3] gehören kognitive Einbußen bei vielen neurologischen Erkrankungen, psychischen Störungen sowie bei somatischen Krankheiten zum Beschwerdebild. Sie treten demzufolge häufig auf und können Ursache verschiedener Störungen sein. Jedoch wird der Einsatz von neuropsychologischen Instrumentarien für die Erkennung von psychosomatischen Symptomen kontrovers diskutiert [25], da diese Tests beispielsweise nicht die invalide Symptomdarstellung, sondern die Leistungsmotivation prüfen. Weiterhin wird durch Schmidt et al. [26] zusätzlich angeführt, dass die einfache Übertragung von neuropsychologischen BVT auf die Begutachtung psychischer Erkrankungen nicht ohne Weiteres möglich ist, da in diesem Kontext nicht zwangsläufig angenommen werden kann, dass es einen Zusammenhang von guter Leistungsbereitschaft und authentischem Verhalten gibt. Außerdem sind Patienten, die keine kognitiven Einschränkungen wahrnehmen, oft wenig zugänglich für die Erfassung dieser Leistung [26].

Für den Bereich der kognitiven Störungen wurden im Gegensatz zu anderen Symptombereichen (z. B. Angstsymptome, depressive Symptome) Methoden entwickelt, die einen besseren Nachweis über bewusste Antwortmanipulationen geben können. Daraus lässt sich schließen, dass für psychische Erkrankungen

bisher wenige geeignete Instrumente vorliegen, um mögliche negative Antwortverzerrungen valide zu erkennen. Im Folgenden wird ein Überblick über die bereits bestehenden und üblicherweise verwendeten Verfahren zur Beschwerdenvvalidierung gegeben.

Kriterien für den Verdacht der Simulation

Die Diagnose der Simulation ist in beiden etablierten diagnostischen Klassifikationssystemen – dem DSM-IV-TR [27] und der ICD-10 [28] – vertreten. In der ICD-10 ist diese Diagnose der Zusatzkategorie „Personen, die das Gesundheitssystem unter anderen Gründen in Anspruch nehmen“, also den Z-Diagnosen (Z.76.5) zugeordnet. Jedoch finden sich hier keine weiteren Ausführungen zur Feststellung von Simulation. Das DSM-IV-TR macht genauere Angaben, wann die Diagnose vergeben werden kann. Die Simulation ist in der Gruppe der „anders klinisch relevanten Probleme“ (V65.2) lokalisiert. Es sollten folgende Kriterien vorliegen:

- ▶ Ein juristischer Hintergrund, das heißt insbesondere eine Rechtsauseinandersetzung, die zur Untersuchung führt,
- ▶ eine klare Diskrepanz zwischen geschilderten Beschwerden und objektivierbaren Symptomen,
- ▶ eine unzureichende Kooperationsbereitschaft des Untersuchten in Diagnostik und Therapie und
- ▶ das Vorliegen einer antisozialen Persönlichkeitsstörung.

Bei der Anwendung dieser Kriterien wurden jedoch völlig unzureichende Sensitivitäten und Beurteilerübereinstimmungen gefunden [29]. Ein wichtiges Kriterium, welches auf eine Simulation hinweisen kann, ist das Auftreten eines sekundären Krankheitsgewinns [8]. Eine mögliche externe Motivation muss explizit vom Gutachter abgeklärt werden. Als weiteres Kriterium wird die Diskrepanz zwischen Beschwerden und dem emotionalen Ausdruck, der stärker als erwartet ausfällt, genannt. Doch mit diesem Kriterium verhält es sich ähnlich wie mit dem erstgenannten. Es ist nicht ausreichend sensitiv und spezifisch.

Validitätsparameter

Es liegt eine Vielzahl von allgemein-leistungsdiagnostischen Tests vor, aus denen Parameter für die Validitätsbeurteilung abgeleitet wurden. Weiterhin wurden bestehende Tests um spezifische simulationssensible Teile erweitert [30]. Seit Rogers [31] wurde mehrfach auf die methodischen Probleme dieses Ansatzes hingewiesen, da viele dieser Verfahren häufig einer kritischen Überprüfung (Kreuzvalidierung) nicht standhalten bzw. wiederholt nur eine ungenügende Prüfung der Testgüte vorliegt [32]. Zudem fehlen Studien darüber, ob die Verfahren kulturspezifischen Einflüssen unterliegen könnten. Eine Erprobung in empirischen Situationen scheint jedoch lohnenswert [33].

Profilanalysen zur Validitätsbeurteilung

Da nach Heubrock und Petermann [34] der Einsatz eines Einzeltests häufig zu falsch-negativen Diagnosen führt, schlagen die Autoren eine Kombination aus mehreren dieser Einzeltests vor. Dieser Subtestprofilanalysenansatz beruht auf der Annahme, dass es einem Probanden schwerer fallen sollte, über mehrere Verfahren hinweg eine Leistungseinschränkung zu simulieren.



Demnach werden bei dieser Methode verschiedene Indices aus unterschiedlichen neuropsychologischen Verfahren hinzugezogen [32]. Dabei müssen allerdings Tests verwendet werden, die untereinander nicht hoch korrelieren, da sie sonst keine unabhängigen Leistungsmaße darstellen. Die Person muss komplexe, neuropsychologische Defizite mehrerer und spezifischer kognitiver Funktionen überzeugend simulieren und dies mit ihren subjektiv vorgetragenen Beschwerden und ihrem Verhalten abstimmen. Dies scheint eine große Überforderung für den Probanden darzustellen, da jener meist nicht über ein hinreichendes Wissen aller neuropsychologischen Tests verfügt [33].

Beschwerdvalidierungstests (BVT)

Unter den Methoden zur Beschwerdvalidierung sind die standardisierten BVT die am besten entwickelten und überprüften Tests [35]. Jedoch sind selbst diese wissenschaftlich gut untersuchten Tests eingeschränkt, was die Bandbreite ihres Einsatzgebietes betrifft. Zudem sind die psychometrischen Kennwerte nicht immer zufriedenstellend [32]. Jedoch können diese Verfahren, bei fachgerechter Anwendung und Interpretation, zusätzliche Erkenntnisse in den Begutachtungen erbringen. Die standardisierten BVT wirken wie Leistungstests, erfassen in Wirklichkeit aber die Leistungsmotivation bzw. Anstrengungsbereitschaft der Betroffenen. So werden Testprofile validiert und es können Rückschlüsse auf die Validität der Schilderungen von Beschwerden gezogen werden [36]. Beispielsweise sind die geltend gemachten Symptome Störungen der Sprache, der Aufmerksamkeit oder des Gedächtnisses. Das größte Anwendungsfeld der BVT ist die neuropsychologische Begutachtung. Die Tests werden bei organisch bedingten neuropsychologischen Störungen sowie nicht oder nicht direkt organisch verursachten kognitiven Beschwerden eingesetzt [35] und beruhen auf dem „Prinzip der verdeckten Leichtigkeit“. Es wird angenommen, dass Simulanten nicht in der Lage sind, das Leistungsvermögen von hirngeschädigten optimal einzuschätzen. Die Probanden werden mit einem Verfahren konfrontiert, das augenscheinlich schwierig ist, tatsächlich aber auch von Geschädigten gelöst werden kann, die an einer Hirnschädigung und damit verbundenen kognitiven Leistungseinbußen leiden [33]. Dabei sollte der Test Verfälschungstendenzen erkennen, aber unempfindlich auf authentische neuropsychologische Defizite reagieren.

Eine Unterkategorie dieser „Deckeneffekt-Tests“ bildet die Gruppe der Zwangswahlverfahren. Darunter werden Wiedererkennungsaufgaben verstanden, meist mit dichotomem Antwortformat. Bei jedem Item wird also vom Betroffenen eine Entscheidung erzwungen [37]. Die wiederum sehr leichten Aufgaben meistern beispielsweise auch Patienten mit ausgeprägten mnestischen Störungen. Aufgrund des dichotomen Antwortformats liegt die Wahrscheinlichkeit bei 50%, dass durch reines Raten die richtige Lösung produziert wird [30]. Für die Ratewahrscheinlichkeit lässt sich demzufolge eine Binomialverteilung zugrunde legen. Dadurch sind die genauen Grenzen für reines Raten unterhalb der Schwelle bestimmbar. Erreicht der Betroffene diese Schwelle reinen Ratens, kann dies ein Indiz sein, dass Testlösungen möglicherweise bewusst gesteuert wurden, um Gedächtnisdefizite vorzutäuschen [30].

Der WMT ist einer der am besten untersuchten BVT dieser Gruppe [32]. Zudem weist er eine sehr gute Testgüte in Bezug auf Sensitivität und Spezifität auf [38]. Das Lernmaterial besteht hier

aus 40 Wörtern, die paarweise präsentiert (Computerversion) oder vorgelesen werden (Paper-pencil-Version). Die Testaufgaben werden subjektiv als schwierig wahrgenommen und beurteilt, sind aber in der Realität erheblich weniger anspruchsvoll (Prinzip der verdeckten Leichtigkeit). Es gibt 2 Lern- und 6 Abfrühdurchgänge. Zunächst sollen so viele Substantive wie möglich aus einer Liste wiedererkannt und unterstrichen werden. Daran anschließend müssen Substantive frei erinnert werden. Für die Auswertung des Tests werden nun beide Varianten hinzugezogen. Zeigt sich ein untypisches Antwortverhalten in beiden Durchläufen, so kann ein absichtliches Verfälschen angenommen werden [38].

Selbst- und Fremdbeurteilungsverfahren

International gesehen ist die Fragenbogendiagnostik innerhalb der Neuropsychologie eine wichtige Ergänzung zu anderen diagnostischen Methoden [8]. In Deutschland wurde der Einsatz des Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI, [39]), welches das am häufigsten angewendete Selbstbeurteilungsverfahren in den USA innerhalb der Beschwerdvalidierung darstellt, lange Zeit abgelehnt. Der Grund hierfür liegt in der unzureichenden psychometrischen Qualität des Tests. Dadurch wurde aber auch der Anschluss an die Forschung zu Selbst- und Fremdbeurteilungsverfahren in Deutschland verpasst, die eine valide Aussage in der Beschwerdvalidierung hätte bringen können [8].

Es gilt bei dieser Gruppe von Verfahren wichtige Unterscheidungen zu treffen. Zum einen wurden Selbstbeurteilungsverfahren konstruiert, die speziell zur Erfassung von negativen Antwortverzerrungen dienen. Für den deutschen Sprachraum liegt nur ein hinreichend evaluierter Fragenbogen vor – der strukturierte Fragenbogen simulierter Symptome (SFSS; engl. SIMS, [40]). Dieser Selbstbeurteilungsfragenbogen besteht aus 75 Items und einem dichotomen Antwortformat. Zur Konstruktion des Fragebogens wurden Items neu formuliert sowie aus schon bestehenden Verfahren wie z.B. MMPI und Structured Interview of Reported Symptoms (SIRS) [41] herausgefiltert und so modifiziert, dass diese eine erhöhte Sensitivität aufweisen. Insgesamt wurden jeweils 15 Items auf 5 Skalen verteilt. Das Screeningverfahren misst die am häufigsten vorgetäuschten Störungen: niedrige Intelligenz, affektive Störungen, neurologische Beeinträchtigungen, Psychosen und mnestische Störungen. Die Items sind unter anderem bizarr, beziehen sich auf wenig plausible Beschwerden tatsächlicher Störungsbilder oder zielen auf ein existierendes Syndrom ab, werden von Experten aber als atypisch erkannt [42]. Der Fragebogen wurde durch Cima et al. [40] ins Deutsche übersetzt und bisher an einer forensischen Stichprobe und an Studierenden validiert.

Weiterhin sind aus Persönlichkeitsfragebogen Kontrollskalen herausgefiltert worden, um als Indikator für Verfälschungstendenzen genutzt zu werden [32]. Stellvertretend ist hier die „Offenheitsskala“ des Freiburger Persönlichkeitsinventars (FPI) [43] zu nennen. Dieses Verfahren ist in Deutschland mit Abstand das am häufigsten verwendete Persönlichkeitsinventar und erfasst eher Dissimulationstendenzen sowie soziale Erwünschtheit. Es ist demnach nicht geeignet, um vorgetäuschte bzw. nicht-authentische Beschwerden zu erfassen. Erste deutsche Untersuchungen hierzu wurden durch Merten et al. [44] publiziert. Eine Analyse hat die Annahme bestätigt, dass mit der Offenheitsskala keine Aussage über negative Antwortverzerrungen getroffen



werden kann. Fremdbeurteilungsskalen, die auf dem Hintergrund von Interviews gewonnen werden können, sind für den deutschen Sprachraum noch nicht systematisch untersucht worden [3]. Zwar spielen diese Verfahren in der Neuropsychologie als ergänzendes Mittel eine wichtige Rolle, jedoch sind sie in anderen klinischen Bereichen, in denen objektivere Daten fehlen, von größerer Bedeutung, da beispielsweise bei der Simulation von depressiven, phobischen und somatoformen Symptomen Leistungstests keine relevanten Daten erbringen können [8].

Coaching

Durch Freunde, Angehörige, Anwälte oder auf eigene Initiative hin könnte der Patient gegebenenfalls informiert werden, wie Tests in (neuro-)psychologischen Untersuchungen zu bearbeiten sind, sodass der wahre Beschwerdenstatus des Untersuchten nicht erfasst bzw. verborgen werden kann [45]. Für die BVT ist die Augenscheinvalidität eines der wichtigsten Kriterien [46]. Das bedeutet, dass der Test den Eindruck erwecken sollte, als würde er tatsächlich den zu untersuchenden Beschwerdenbereich erfassen. Wird dieser Zweck im Rahmen eines Coachings beispielsweise durch einen Anwalt übermittelt, ist der eigentliche Sinn der BVT – die Bestimmung der Validität der zu untersuchenden Beschwerden – nicht mehr gegeben und das Testverfahren somit wertlos. Verlässliche Angaben zur Verbreitung von Coaching sind kaum zu gewinnen, da gecoachte Personen womöglich nicht angeben werden, dass sie die ihnen vorgelegten Tests und Verfahren kennen. Angaben von Häufigkeiten und Beschreibungen von Patientenbeispielen liegen bisher nur von US-amerikanischen Studien vor [47,48]. Großes Interesse erregte die Studie von Rosen [49], der feststellen konnte, dass nach dem Schiffunglück der „Aleutian Enterprise“ eine auffällig hohe Rate der Diagnose „Posttraumatische Belastungsstörung“ auftrat. 19 der 22 Betroffenen erhielten die Diagnose, die über 6 Monate bestehen blieb. Somit lag die Inzidenzrate bei 86% und war damit die höchste berichtete Rate, die je für ein Trauma bekannt geworden war. In späteren Gerichtsverhandlungen gaben einige Fischer an, dass sie gezielt von ihren Anwälten gecoacht wurden. Neuere Angaben zu Häufigkeiten von Coaching liegen durch Essig et al. [50] vor. Diese berichteten Daten von 66 Neuropsychologen und 52 Anwälten, wobei sie für ihre Fragebogen nur Rücklaufquoten von 29% bzw. 11% feststellten. Sie stellten heraus, dass 75% der Anwälte ihre Klienten auf eine neuropsychologische Begutachtung vorbereiten. Das Hauptaugenmerk liegt dabei auf den Inhalten der neuropsychologischen Tests. 29% der Anwälte geben an, dass sie in ihrem Vorbereitungsgespräch routinemäßig den MMPI besprechen, der in den USA von vielen Psychologen verwendet wird, um negative Antwortverzerrungen zu erkennen.

Welche Auswirkungen das Coaching auf die Testergebnisse von BVT haben, wurde in weiteren Studien untersucht. Der Begriff „Coaching“ wird jedoch unterschiedlich definiert. Sharland und Gfeller [51] stellten heraus, dass 22% der 188 befragten Mitglieder der National Academy of Neuropsychology (NAN) ihre Klienten in irgendeiner Weise warnten, indem sie beispielsweise angaben, dass psychologische Tests empfindlich für negative Antwortverzerrungen sind und sie daher nicht stark übertreiben sollten. Das Dilemma der Warnungen und deren Auswirkungen auf die Testbearbeitung wurden in wenigen Studien diskutiert. Einige sehen darin die Gefahr, dass die Probanden durch Warnungen glaubhafte Symptome vortäuschen können [52].

Johnson und Lesniak-Karpiak [53] hingegen beschreiben, dass dadurch übertriebene Beschwerdendarstellungen eingedämmt werden könnten. Wenn das Coaching jedoch allein daraus besteht, die Probanden über die Symptome zu informieren, hat dieses keinen Effekt auf die BVT [54,55]. Eine Studie von Jelacic et al. [56] untersuchte die Effekte von unterschiedlichen Arten von Coaching auf die BVT SIMS und Test of Memory Malingering (TOMM, [57]). Sie unterteilten die Manipulationsformen in „symptom coaching“ und „test coaching“. Es stellte sich heraus, dass beide Tests relativ resistent gegenüber den Manipulationsversuchen sind. Jedoch war zu bemerken, dass das „test coaching“ dazu führte, dass mehr Simulanten nicht korrekt durch den Test klassifiziert wurden. Der TOMM erkannte in der Gruppe der „symptom coached“ 97% korrekt als Simulanten und in der Gruppe „test coached“ 87% der Probanden korrekt als Simulanten. Der SIMS schnitt ähnlich gut ab und klassifizierte 93% der „symptom coached“ korrekt und 86% der „test coached“-Gruppe als korrekt. In der Kontrollgruppe wurde niemand falsch klassifiziert.

Die vorherigen Ausführungen veranschaulichen die Problematik des Coachings. Vor allem das Wissen über die Tests und Items kann dazu beitragen, dass die genannten Beschwerden schlechter durch Tests validiert werden können. Demzufolge sollte dringend darauf geachtet werden, dass Items vorhandener BVT nicht an die Öffentlichkeit geraten. Vor allem führt dies zum Schutz der Patienten, da der Verdacht seitens des Gutachters nicht aufkeimen kann, dass die Betroffenen die BVT kennen würden, um die Testergebnisse somit zu manipulieren. Zudem stellen nicht nur Informationen durch Anwälte eine Problem dar, sondern auch das Internet, indem sich Betroffene in Foren untereinander über mögliche Verfahren und deren Anwendung informieren und warnen können.

Fazit und Ausblick

Negative Antwortverzerrungen stellen ein Problem in den unterschiedlichsten Kontexten (Berentung, Klärung der Rehabilitationsbedürftigkeit, Schadensersatzforderungen) dar. Gerade bei Patienten, die sich durch die Darstellung ihrer Symptome einen sekundären Krankheitsgewinn erhoffen, sollte der Wahrheitsgehalt der Beschwerdendarstellung abgeklärt werden. Dabei sollten sich die Gutachter nicht nur auf ihren klinischen Eindruck verlassen, sondern BVT für die Beurteilung hinzuziehen. Weiterhin ist ein verantwortungsvoller Umgang und Verständnis des Gutachters für die Ängste der Patienten eine zentrale Voraussetzung. Neuropsychologische Tests, die die Leistungsbereitschaft bei kognitiven Beeinträchtigungen abklären, liegen in Deutschland ausreichend vor. Der Einsatz dieser Verfahren für die Abklärung der Beschwerdenvvalidität bei psychischen Krankheiten wird kontrovers diskutiert. Bisher gibt es national nur wenige geeignete Fragebogen, die zudem nur an einer forensischen Stichprobe und Studierenden validiert wurden. Daher sollte ein Fokus der weiteren Forschung auf der Entwicklung eines Verfahrens zur Beschwerdenvvalidierung liegen, das für die sozialmedizinische Begutachtung – also für psychische Erkrankungen – geeignet ist. Außerdem sollte bei einer möglichen Begutachtung der Beschwerdenvvalidität auf zusätzliche Fehlerquellen, die die Ergebnisse dieser Verfahren verzerren könnten, geachtet werden. Das Coaching durch Anwälte, Angehörige, Freunde des Patienten sowie Internetforen könnte zu verfälschten und damit auch wertlosen Testdaten führen.



Kernbotschaft

Bei der Begutachtung der psychischen Leistungsfähigkeit kann mit einer erhöhten Prävalenz von negativen Antwortverzerrungen gerechnet werden. Im Rahmen der sozialmedizinischen Begutachtung bei Rentenbegehren und in manchen Fällen auch bei der Abschätzung der Rehabilitationsbedürftigkeit ist der Einsatz von Verfahren, die die Beschwerdvalidität abklären, dringend erforderlich.

Förderung

Die Studie wurde von der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover gefördert.

Interessenkonflikt: Einer der Autoren ist Mitarbeiter bei der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover.

Literatur

- 1 *Cattell RB*. What is "objective" in "objective personality tests"? *Journal of Counseling Psychology* 1958; 5: 285–289
- 2 *Schneider W*. Standards der sozialmedizinischen Leistungsbegutachtung in der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie. *Psychotherapeut* 2007; 52: 447–462
- 3 *Merten T, Stevens A, Blaskewitz N*. Beschwerdvalidität und Begutachtung: eine Einführung. *Praxis der Rechtspsychologie* 2007; 17: 7–28
- 4 *Merten T*. Beschwerdvalidierung bei der Begutachtung kognitiver und psychischer Störungen. *Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie* 2011; 79: 102–116
- 5 *Merten T*. Der Stellenwert der Symptomvalidierung in der neuropsychologischen Begutachtung. *Zeitschrift für Neuropsychologie* 2005; 16: 29–45
- 6 *Heubrock D, Petermann F*. Neuropsychological assessment of suspected malingering: Research results, evaluation techniques, and further directions of research and application. *European Journal of Psychological Assessment* 1998; 14: 211–225
- 7 *Cima M, Merkelbach H, Hollnack S et al*. The other side of malingering: supernormality. *The Clinical Neuropsychologist* 2003; 17: 235–243
- 8 *Merten T*. Fragen der neuropsychologischen Diagnostik bei Simulationsverdacht. *Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie* 2002; 70: 126–138
- 9 *Wiley SD*. Deception and detection in psychiatric diagnosis. *Psychiatric Clinics of North America* 1998; 21: 869–893
- 10 *Noeker M, Petermann F*. Dissoziation und Konversion. *Kindheit und Entwicklung* 2011; 20: 119–126
- 11 *Binder LM*. Assessment of malingering after mild head trauma with the Portland Digit Recognition Test. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology* 1993; 15: 170–182
- 12 *Binder LM*, Hrsg. *Portland Digit Recognition Test manual*. Portland: Private Publication; 1993
- 13 *Green P*. Testmotivation und ihre Messung. „Der Patient war anscheinend...“, doch die Testergebnisse sind ungültig“ – Symptomvalidierungstestung in der Neuropsychologie und der Word Memory Test. *Report Psychologie* 2004; 29: 303–308
- 14 *Larrabee GJ*. Detection of malingering using atypical performance patterns on standard neuropsychological tests. *The Clinical Neuropsychologist* 2003; 17: 410–425
- 15 *Mittenberg W, Patton C, Canyock E-M et al*. Base rates of malingering and symptom exaggeration. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology* 2002; 24: 1094–1102
- 16 *Gill D, Green P, Flaro L et al*. The role of effort testing in independent medical examinations. *The Medico-Legal Journal* 2007; 75: 64–71
- 17 *Merten T, Friedel E, Stevens A*. Eingeschränkte Kooperativität in der neurologisch-psychiatrischen Begutachtung: Schätzungen zu Auftretenswahrscheinlichkeiten an einer Begutachtungspopulation. *Versicherungsmedizin* 2006; 58: 19–21
- 18 *Green P*, Hrsg. *Green's Word Memory Test*. Edmonton: Green's Publishing; 2003
- 19 *Green P*, Hrsg. *Medical Symptom Validity Test: User's manual*. Edmonton: Green's Publishing; 2003
- 20 *Faust D*. The detection of deception. *Neurological Clinics* 1995; 13: 255–265
- 21 *Rosenhan DL*. On being sane in insane places. *Science* 1973; 179: 250–258
- 22 *Vrij A*, Hrsg. *Detecting lies and deceit: The psychology of lying and the implications for professional practice*. Chichester: Wiley; 2000
- 23 *Schneider W, Becker D, Vogel M et al*. Begutachtung der Leistungsfähigkeit bei Personen mit psychischen und psychosomatischen Störungen – ein diagnostisches Modell. *Versicherungsmedizin* 2011; 63: 68–75
- 24 *Dohrenbusch R, Henningsen P, Merten T*. Die Beurteilung von Aggravation und Dissimulation in der Begutachtung psychischer und psychosomatischer Störungen. *Versicherungsmedizin* 2011; 63: 81–85
- 25 *Noeker M, Petermann F*. Simulation neurologischer versus psychischer Beschwerden – Notwendigkeit unterschiedlicher Validierungsstrategien. *Psychotherapeut* 2011; 56: 449–450
- 26 *Schmidt T, Lanquillon S, Ullmann U*. Kontroverse zu Beschwerdvalidierungsverfahren bei der Begutachtung psychischer Störungen. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie* 2011; 5: 177–183
- 27 *American Psychiatric Association*, Hrsg. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV-TR*. Washington, DC: APA; 2000
- 28 *World Health Organisation*, Hrsg. *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinische diagnostische Leitlinien*. Bern: Huber; 2005
- 29 *Rogers R, Harrell EH, Liff CD*. Feigning neuropsychological impairment: A critical review of methodological and clinical consideration. *Clinical Psychology Review* 1993; 13: 255–275
- 30 *Merten T, Dohrenbusch R*. Testpsychologische Ansätze der Beschwerdvalidierung. *Psychotherapeut* 2010; 55: 394–400
- 31 *Rogers R*, Hrsg. *Clinical assessment of malingering and deception*. New York: Guilford; 1997
- 32 *Blaskewitz N, Merten T*. Diagnostik der Beschwerdvalidität – Diagnostik bei Simulationsverdacht: ein Update 2002 bis 2005. *Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie* 2007; 75: 140–154
- 33 *Littmann E*. Forensische Neuropsychologie – Aufgaben, Anwendungsfelder und Methoden. In: *Kröber H-L, Steller M*, Hrsg. *Psychologische Begutachtung im Strafverfahren: Indikationen, Methoden und Qualitätsstandards*. Darmstadt: Steinkopff; 2005; 61–117
- 34 *Heubrock D, Petermann F*. Testbatterie zur Forensischen Neuropsychologie, TBFN. Testmanual. Neuropsychologische Diagnostik bei Simulationsverdacht. 3. Aufl. Frankfurt/Main: Pearson Assessment; 2012
- 35 *Blaskewitz N, Merten T*. Validität und Reliabilität von Beschwerdvalidierungstests und -indikatoren. *Zeitschrift für Neuropsychologie* 2006; 17: 35–44
- 36 *Iverson GL*. Ethical issues associated with the assessment of exaggeration, poor effort, and malingering. *Applied Neuropsychology* 2006; 13: 77–90
- 37 *Heubrock D, Eberl I, Petermann F*. Neuropsychologische Diagnostik bei Simulationsverdacht. *Zeitschrift für Neuropsychologie* 2002; 13: 45–58
- 38 *Brockhaus R, Merten T*. Neuropsychologische Diagnostik suboptimalen Leistungsverhaltens mit dem Word Memory Test. *Nervenarzt* 2004; 75: 882–887
- 39 *Hathaway SR, Mckinley JC*, Hrsg. *Manual for the Minnesota Multiphasic Personality Inventory*. New York: The Psychological Corporation; 1983
- 40 *Cima M, Hollnack S, Kremer K et al*. Strukturierter Fragebogen Simulierter Symptome. *Nervenarzt* 2003; 74: 977–986
- 41 *Rogers R, Bagby RM, Dickens SE*. Structured Interview of Reported Symptoms (SIRS) and professional manual. Odessa: Psychological Assessment Resources; 1992
- 42 *Cima M, Pantus M, Dams L*. Simulation und Dissimulation in Abhängigkeit vom strafrechtlichen Kontext und der Persönlichkeit. *Praxis der Rechtspsychologie* 2007; 17: 47–62
- 43 *Fahrenberg J, Hampel R, Selg H*. *Freiburger Persönlichkeitsinventar (FPI-R)*. Manual. Göttingen: Hogrefe; 2010
- 44 *Merten T, Friedel E, Mehren G et al*. Über die Validität von Persönlichkeitsprofilen in der nervenärztlichen Begutachtung. *Nervenarzt* 2007; 78: 511–520
- 45 *Blaskewitz N, Gorny I, Merten T et al*. Anleitung zum nicht authentischen Testverhalten: Coaching-Praktiken und ihre Folgen. *Praxis der Rechtspsychologie* 2007; 17: 108–124
- 46 *Hartman DE*. The unexamined lie is a lie worth fibbing. *Neuropsychological malingering and the Word Memory Test*. *Archives of Clinical Neuropsychology* 2002; 17: 709–714
- 47 *Gutheil MD*. Reflections on Coaching by Attorneys. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law* 2003; 31: 6–9



- 48 Victor TL, Abeles N. Coaching clients to take psychological and neuropsychological tests: a clash of ethical obligations. *Professional Psychology: Research and Practice* 2004; 35: 373–379
- 49 Rosen GM. The Aleutian Enterprise sinking and posttraumatic stress disorder: Misdiagnosis in clinical and forensic settings. *Professional Psychology: Research and Practice* 1995; 26: 82–87
- 50 Essig SM, Mittenberg W, Petersen RS *et al.* Practices in forensic neuropsychology: perspectives of neuropsychologists and trial attorneys. *Archives of Clinical Neuropsychology* 2001; 16: 271–291
- 51 Sharland MJ, Gfeller JD. A survey of neuropsychologists' beliefs and practices with respect to the assessment of effort. *Archives of Clinical Neuropsychology* 2007; 22: 213–223
- 52 Youngjohn JR, Less-Haley PR, Binder LM. Comment: Warning malingerers produces more sophisticated malingering. *Archives of Clinical Neuropsychology* 1999; 14: 511–515
- 53 Johnson JL, Lesniak-Karpiak K. The effect of warning on malingering on memory and motor tasks in college samples. *Archives of Clinical Neuropsychology* 1997; 12: 231–238
- 54 Erdal K. The effects of motivation, coaching, and knowledges of neuropsychology on the simulated malingering of head injury. *Archives of Clinical Neuropsychology* 2004; 19: 73–88
- 55 Rose FE, Hall S, Szalda-Petree AD *et al.* A comparison of four tests of malingering and the effects of coaching. *Archives of Clinical Neuropsychology* 1998; 13: 349–363
- 56 Jelicic M, Ceunen E, Petersen MJV *et al.* Detecting coached feigning using the Test of Malingering (TOMM) and the Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS). *Journal of Clinical Psychology* 2011; 67: 850–855
- 57 Tombaugh TN. *Test of Memory Malingering*. Toronto: Multi-Health Systems; 1996

