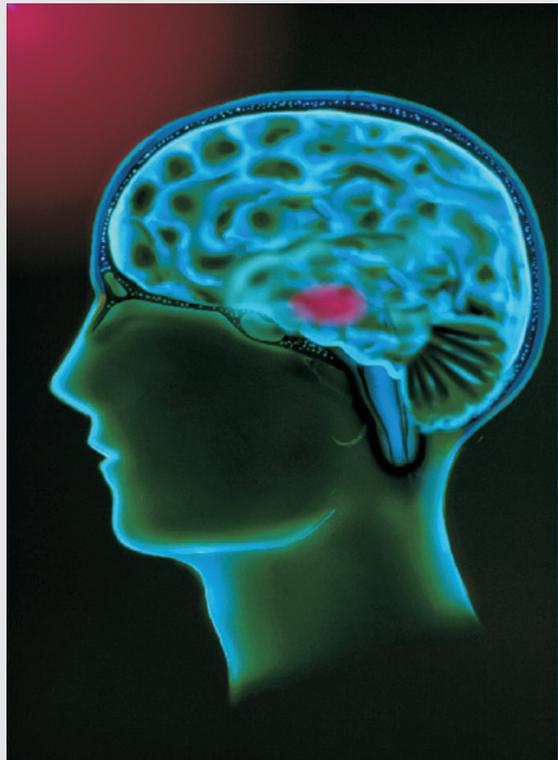


Thomas Merten

# Beschwerden- validierung



Fortschritte der Neuropsychologie

HOGREFE



# Beschwerdenvalidierung

# **Fortschritte der Neuropsychologie**

**Band 14**

**Beschwerdenuvalidierung**

von Dr. Thomas Merten

---

Herausgeber der Reihe:

Dr. Angelika Thöne-Otto, Prof. Dr. Herta Flor,  
Prof. Dr. Siegfried Gauggel, Prof. Dr. Stefan Lautenbacher,  
Dr. Hendrik Niemann

# Beschwerden- validierung

von  
Thomas Merten

HOGREFE



GÖTTINGEN · BERN · WIEN · PARIS · OXFORD · PRAG  
TORONTO · BOSTON · AMSTERDAM · KOPENHAGEN  
STOCKHOLM · FLORENZ · HELSINKI

*Dr. Thomas Merten*, geb. 1959. 1981–1986 Studium der Psychologie in Berlin. 1991 Promotion. 1999 Approbation. 2000 Habilitation. Seit 1992 Tätigkeit als klinischer Neuropsychologe und klinischer Psychologe im Klinikum im Friedrichshain (Berlin), Klinik für Neurologie. Seit 1994 Gutachtertätigkeit. Lehrtätigkeit, u.a. an der Humboldt-Universität Berlin, der Universität Leipzig und der Friedrich-Schiller-Universität Jena. Forschungsschwerpunkte: Neuropsychologische Diagnostik, Beschwerdvalidierung, psychologische Begutachtung.

**Wichtiger Hinweis:** Der Verlag hat für die Wiedergabe aller in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen etc.) mit Autoren bzw. Herausgebern große Mühe darauf verwandt, diese Angaben genau entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abzdrukken. Trotz sorgfältiger Manuskriptherstellung und Korrektur des Satzes können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autoren bzw. Herausgeber und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

© 2014 Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG  
Göttingen • Bern • Wien • Paris • Oxford • Prag • Toronto • Boston  
Amsterdam • Kopenhagen • Stockholm • Florenz • Helsinki  
Merkelstraße 3, 37085 Göttingen

<http://www.hogrefe.de>

Aktuelle Informationen • Weitere Titel zum Thema • Ergänzende Materialien

**Copyright-Hinweis:**

Das E-Book einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar.

Der Nutzer verpflichtet sich, die Urheberrechte anzuerkennen und einzuhalten.

---

Umschlagbild: © Bildagentur Mauritius GmbH  
Satz: ARThür Grafik-Design & Kunst, Weimar  
Format: PDF

ISBN 978-3-8409-2421-7

## **Nutzungsbedingungen:**

Der Erwerber erhält ein einfaches und nicht übertragbares Nutzungsrecht, das ihn zum privaten Gebrauch des E-Books und all der dazugehörigen Dateien berechtigt.

Der Inhalt dieses E-Books darf von dem Kunden vorbehaltlich abweichender zwingender gesetzlicher Regeln weder inhaltlich noch redaktionell verändert werden. Insbesondere darf er Urheberrechtsvermerke, Markenzeichen, digitale Wasserzeichen und andere Rechtsvorbehalte im abgerufenen Inhalt nicht entfernen.

Der Nutzer ist nicht berechtigt, das E-Book – auch nicht auszugsweise – anderen Personen zugänglich zu machen, insbesondere es weiterzuleiten, zu verleihen oder zu vermieten.

Das entgeltliche oder unentgeltliche Einstellen des E-Books ins Internet oder in andere Netzwerke, der Weiterverkauf und/oder jede Art der Nutzung zu kommerziellen Zwecken sind nicht zulässig.

Das Anfertigen von Vervielfältigungen, das Ausdrucken oder Speichern auf anderen Wiedergabegeräten ist nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Dritten darf dadurch kein Zugang ermöglicht werden.

Die Übernahme des gesamten E-Books in eine eigene Print- und/oder Online-Publikation ist nicht gestattet. Die Inhalte des E-Books dürfen nur zu privaten Zwecken und nur auszugsweise kopiert werden.

Diese Bestimmungen gelten gegebenenfalls auch für zum E-Book gehörende Audiodateien.

## **Anmerkung:**

Sofern der Printausgabe eine CD-ROM beigelegt ist, sind die Materialien/Arbeitsblätter, die sich darauf befinden, bereits Bestandteil dieses E-Books.

# Inhaltsverzeichnis

<b>Einleitung</b> .....	1
<b>1 Beschreibung</b> .....	3
1.1 Typische Fallkonstellationen und Fragestellungen .....	3
1.2 Bezeichnung und Definition .....	4
1.3 Prävalenz- und andere Schätzungen zum Auftreten negativer Antwortverzerrungen .....	5
1.3.1 Methodische Probleme von Prävalenzschätzungen .....	5
1.3.2 Die sogenannte reine Simulation .....	7
1.3.3 Prävalenz negativer Antwortverzerrungen .....	7
1.3.4 Fehlende oder negative Dosis-Wirkungs-Beziehung .....	10
1.3.5 Schätzung von Effektstärken .....	12
<b>2 Erscheinungsformen und Auftretenskontexte von Antwortverzerrungen</b> .....	13
<b>3 Wissenschaftliche Konzepte und Modelle zur Vortäuschung von Gesundheitsstörungen</b> .....	16
3.1 Simulation und das DSM .....	16
3.2 Differenzierung zwischen Simulation, somatoformen und artifiziellen Störungen .....	17
3.3 Erklärungsmodelle für simulatives Verhalten .....	19
3.4 Konstrukte im Rahmen der Beschwerdenuvalidierung ...	20
<b>4 Diagnostik der Beschwerdenuvalidität</b> .....	23
4.1 Diagnostische Grundansätze für die Beschwerdenuvalidierung .....	23
4.1.1 Konsistenz- und Plausibilitätsanalyse .....	23
4.1.2 Methodische Zugänge zur Beschwerdenuvalidierung ...	24
4.1.2.1 Testdeckeneffekt oder Prinzip der verdeckten Leichtigkeit .....	24
4.1.2.2 Leistungskurve .....	26
4.1.2.3 Fehlergröße .....	26
4.1.2.4 Alternativwahlverfahren .....	27
4.1.2.5 Inkonsistente oder untypische Leistungsprofile .....	27
4.1.2.6 Präsentation psychischer Schädigungsfolgen .....	27

4.2	Die Slick-Kriterien . . . . .	29
4.3	Methodenüberblick . . . . .	31
4.3.1	Einzelfallexperimentelle Beschwerdenuvalidierung (Alternativwahlverfahren) . . . . .	31
4.3.2	Standardisierte Beschwerdenuvalidierungstests und die Verwendung von empirisch ermittelten Grenzwerten . . . . .	34
4.3.3	Eingebettete Beschwerdenuvalidierungsindikatoren . . . . .	37
4.3.4	Vergleich standardisierter Beschwerdenuvalidierungs- tests und eingebetteter Parameter . . . . .	44
4.3.5	Darstellung und Bewertung ausgewählter Einzeltests . . . . .	45
4.3.5.1	Der Fifteen Item Test . . . . .	45
4.3.5.2	Der Test of Memory Malingerung . . . . .	46
4.3.5.3	Der Word Memory Test . . . . .	48
4.3.5.4	Der Amsterdamer Kurzzeitgedächtnistest . . . . .	50
4.4	Darstellung und Interpretation der Ergebnisse . . . . .	52
4.5	Vorschläge zur Darstellung im Gutachten . . . . .	54
<b>5</b>	<b>Besonderheiten neuropsychologischer Diagnostik im gutachtlichen Kontext . . . . .</b>	<b>57</b>
5.1	Die Rolle des sachverständigen Gutachters . . . . .	57
5.2	Die rechtliche Notwendigkeit der Überprüfung simulativer Tendenzen . . . . .	59
5.3	Transparenz und Testschutz . . . . .	59
5.4	Coaching und Coaching-Forschung . . . . .	61
5.5	Ethische Aspekte . . . . .	63
5.6	Die Kontroverse um die Beschwerdenuvalidierung . . . . .	65
<b>6</b>	<b>Spezielle Themen von Relevanz für die Beschwerdenuvalidierung . . . . .</b>	<b>67</b>
6.1	Beschwerdenuvalidierung im Kindesalter . . . . .	67
6.2	Falsch-positive Testergebnisse . . . . .	68
6.3	Versuche zur Reduzierung falsch-positiver Testergebnisse . . . . .	74
6.4	Positive Testergebnisse bei psychischen Störungen . . . . .	76
<b>7</b>	<b>Empfehlungen für eine verantwortungs- bewusste und effektive Diagnostik der Beschwerdenuvalidität . . . . .</b>	<b>77</b>

<b>8</b>	<b>Fallbeispiele</b> .....	81
8.1	Geltend gemachte schwere kognitive Störungen im Rahmen einer Alzheimer-Demenz .....	81
8.2	Geltend gemachte kognitive Störungen nach leichtem Schädel-Hirn-Trauma .....	84
<b>9</b>	<b>Weiterführende Literatur</b> .....	86
<b>10</b>	<b>Literatur</b> .....	86
<b>11</b>	<b>Anhang</b> .....	98
	Bestimmung exakter Wahrscheinlichkeiten nach der Binomialverteilung .....	98
	Glossar .....	99



# Einleitung

Als nordamerikanische Neuropsychologen sich Ende der 1980er-, Anfang der 1990er-Jahre mehr und innovativer mit Methoden zur Diagnostik der Beschwerdenuvalidität zu beschäftigen begannen, füllten sie eine Lücke, die bis dahin keine andere Fachdisziplin der Psychologie oder der Medizin zu füllen bereit war. Damit wurde ein verbreitetes Tabu zu durchbrechen begonnen: die Beschäftigung mit einem so sensiblen Thema wie dem der Vortäuschung von Gesundheitsstörungen. Aber noch heute wird dieses Thema häufig hoch emotional geladen diskutiert.

Dabei liegen mittlerweile so viele empirische Arbeiten zu diesem Thema vor, dass Sweet und Guidotti Breting (2013) dieses in einer detaillierten Analyse der Veröffentlichungspraxis von angewandter neuropsychologischer Forschung als einen der am intensivsten beforschten Bereiche auswiesen, mit deutlich mehr aktuellen Publikationen in den neuropsychologischen Fachzeitschriften *Archives of Clinical Neuropsychology* und *The Clinical Neuropsychologist* als solche prominenten Themen wie Morbus Parkinson, Morbus Alzheimer, Schlaganfall oder leichte kognitive Störung. Nach ihrer Analyse waren 90 Prozent der Autoren, die einschlägig zu dem Thema *Aggravation und Simulation* veröffentlichten, Psychologen, und unter diesen nahmen Neuropsychologen wiederum einen prominenten Platz ein.

Methoden der Beschwerdenuvalidierung wurden entwickelt, um zu untersuchen, ob die durch Patienten oder Probanden in neuropsychologischen Testuntersuchungen ermittelten Leistungsprofile als authentisch oder verzerrt zu beurteilen sind. Eine solche Prüfung hat sich insbesondere im gutachtlichen Kontext in dem Maße als unumgänglich erwiesen, in dem Klinische Neuropsychologen zunehmend bei rechtlichen Fragestellungen als Sachverständige herangezogen wurden. Ihre Fähigkeit, anhand eines Testprofils allein die Authentizität der Testergebnisse zu beurteilen oder anhand eines „klinisches Eindrucks“ gültige Aussagen zur Testmotivation oder zur Kooperativität insgesamt zu treffen, war durch einschlägige empirische Studien rasch als Legende herausgestellt worden, eine Legende, die allerdings heute noch fortlebt.

Nicht nur im strafrechtlichen, sondern auch im zivil-, sozial- und verwaltungsrechtlichen Kontext wird die gutachtliche Tätigkeit von Neuropsychologen heute unter dem Begriff der *Forensischen Neuropsychologie* gefasst. Bei der Debatte um die Beschwerdenuvalidierung wird häufig verkannt, dass die Rolle eines Sachverständigen von der eines Behandlers erheblich abweicht. Sie erfordert vertiefte juristische und sozialmedizinische Kenntnisse (z. B. bezüglich beweisrechtlicher Anforderungen, juristischer Kausalitätstheorien, der aktuellen Rechtsprechung in Bezug auf gutachtliche Frage-

stellungen), die nicht zwangsläufig jedem Kliniker vertraut sind. Der in einem gutachtlichen Kontext notwendige Positionswechsel vom Behandler zum unparteiischen, den juristischen Vorgaben verpflichteten Gutachter, der eben *nicht immer* im besten Interesse einer von ihm untersuchten Person handeln darf, mag einem Kliniker nicht nur fremd sein, sondern kann auch erheblichen Widerstand in ihm mobilisieren. Nur vor dem Hintergrund der rechtlichen Stellung des Sachverständigen und seiner Pflicht, die Angaben und die Symptompräsentation eines Probanden kritisch zu hinterfragen, lässt sich der besondere Stellenwert, welcher der Beschwerdvalidierung in der Begutachtung zukommt, verstehen. Deshalb wird auch auf diese Problematik einzugehen sein. Die Darstellung der rechtlichen Grundlagen der Begutachtung selbst kann in diesem Text jedoch nicht erfolgen. Hierzu ist insbesondere auf einen früheren Band der *Fortschritte der Neuropsychologie* von Hartje (2004) zu verweisen, wo sie im Detail Darstellung finden.

Im Folgenden soll, entsprechend der Zielrichtung dieser Reihe, ein umfassender Überblick über diagnostische Fragestellungen, über die Methoden und über differenzialdiagnostische Erwägungen gegeben werden. Aufgrund der inzwischen nur noch schwer überschaubaren Vielfalt an Veröffentlichungen und insbesondere aufgrund der zahlreichen empirischen Befunde, die sich seit den 1990er-Jahren akkumuliert haben, können dabei nur die wesentlichen Entwicklungszüge und Ergebnisse dargestellt werden. Der interessierte Leser, der die Entwicklung der Beschwerdvalidierung im letzten Jahrzehnt in deutscher Sprache nachvollziehen möchte, kann auf drei aufeinander aufbauende Überblicksarbeiten des Autors mit mehreren Hunderten Quellenangaben verwiesen werden, die in der Zeitschrift *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie* erschienen sind (Blaskewitz & Merten, 2007; Merten, 2002; Merten, 2011).

Im folgenden Text wird zur einfacheren Lesbarkeit vorwiegend die männliche Form von Personen benutzt, gemeint sind natürlich Personen beiderlei Geschlechts. Ebenfalls zur einfacheren Lesbarkeit wird zur Bezeichnung einer begutachteten Person vorwiegend der Begriff des *Probanden* verwendet, der in der gutachtlichen Literatur häufig herangezogen wird. Je nach rechtlichem Kontext kann es sich dabei spezifischer um einen Kläger, einen Beklagten, einen Antragsteller, einen Versicherten, eine geschädigte Person u. Ä. handeln. Von *Patienten* wird ausschließlich dann gesprochen werden, wenn Bezug auf einen klinischen oder rehabilitativen Kontext genommen wird.

# 1 Beschreibung

## 1.1 Typische Fallkonstellationen und Fragestellungen

Die Frage nach der Validität der in einer neuropsychologischen Untersuchung erhaltenen Testergebnisse oder, weiter reichend, nach der Authentizität geltend gemachter Beschwerden und dargestellter Funktionsbeeinträchtigungen kann bei einer Vielzahl unterschiedlicher Fragestellungen von Bedeutung sein. Zur Einbettung der weiteren Darstellung sollen hier einige Fallkonstellationen umrissen werden, in denen Klinische Neuropsychologen als Experten herangezogen werden können und in denen eine sorgfältige Beschwerdvalidierung zur Klärung der Problematik wesentlich beitragen kann. Zwei ausführliche Fallvignetten sind im Kapitel 8 zu finden.

- Ein Patient macht nach einer leichten Schädel-Hirn-Verletzung, für die in der konventionellen Bildgebung kein morphologischer Schädigungsnachweis erfolgte, bleibende kognitive Beeinträchtigungen geltend, die aufgrund der in der Regel günstigen Prognose solcher Verletzungen von medizinischer Seite angezweifelt werden.
- Ein Patient, der ein Distorsionstrauma der Halswirbelsäule (sog. Schleudertrauma) ohne strukturellen Schädigungsnachweis erlitt, macht am Ende einer Anschlussheilbehandlung geltend, wegen anhaltender Konzentrationsstörungen und Vergesslichkeit noch nicht an den Arbeitsplatz zurückkehren zu können.
- Nach einem mittelschweren Schädel-Hirn-Trauma und einer zunächst kontinuierlich guten Remission verschlechtern sich Beschwerden und ermittelte Testergebnisse gegen Ende der beruflichen Rehabilitation, und zwar ohne medizinisch identifizierbaren Grund. Unter anderem wird das Vorliegen einer Anpassungsstörung diskutiert, auf welche die Verschlechterung der kognitiven Leistungen zurückzuführen sei.
- Ein Patient gibt einen vollständigen oder partiellen autobiografischen Gedächtnisverlust an, zeigt aber keine anterograden Lern- und Gedächtnisstörungen. Die neurologische und neuroradiologische Diagnostik ist komplett unauffällig. Differenzialdiagnostisch ist die Frage nach einer dissoziativen Störung, einer artifiziellen Störung oder einer Simulation zu klären.
- Ein Straftäter macht eine tatbezogene Amnesie geltend. Wie in der vorangegangenen Konstellation steht hier die differenzialdiagnostische Fragestellung nach einer dissoziativen Störung, einer artifiziellen Störung oder einer Simulation.
- Im Rahmen einer früheren Lösungsmittelexposition macht ein Versicherter seitens der zuständigen Berufsgenossenschaft daraus resultierende dauerhafte kognitive Störungen geltend, welche sich nach Ende der Exposition weiter progredient entwickelt hätten.

Typische klinische und gutachtliche Fallkonstellationen

- Eine Medizinerin mit einer diagnostizierten Multiplen Sklerose, die seit 10 Jahren weder einen neuerlichen Schub noch eine Progredienz neurologischer Symptome erfahren hat, fährt im Alter von 49 Jahren ihre Praxis herunter, die sie jedoch für 4 Stunden täglich weiter betreiben möchte. Gegenüber einer privaten Versicherung macht sie Berufsunfähigkeit aufgrund einer Fatigue geltend.

Unauffällige  
Beschwerden-  
validierung  
liefert wertvolle  
Information

Einen besonderen Wert entfaltet eine sorgfältige Beschwerdvalidierung in solchen Fällen, in denen aufgrund von bestimmten Widersprüchlichkeiten, einer fehlenden Dokumentation eines Erstschaubildes, dem unklarem Ausgang der medizinischen Diagnostik oder anderen Umständen strittig ist, ob geltend gemachte Beschwerden authentisch sind oder nicht. Hier kann eine komplett unauffällige Beschwerdvalidierung ein gewichtiges Argument *für* die Authentizität angegebener Leistungsbeeinträchtigungen darstellen. Dies wird in der Diskussion um die Sinnhaftigkeit der Beschwerdvalidierung in der Regel übersehen, weil es in der Literatur meist nicht ausdrücklich unterstrichen wird. Beschwerdvalidierung zielt ihrem Grunde nach nicht auf einen Nachweis simulativer Tendenzen, sondern stellt eine notwendige Prüfung der Gültigkeit erhaltener Testbefunde dar, sodass diagnostische Beurteilungen von weit reichender Konsequenz mit deutlich besserer Sicherheit vorgenommen werden können.

Unübersehbar ist, dass auch in Deutschland profilierte neuropsychologische Gutachter zunehmend zur Beurteilung psychischer Störungen – außerhalb des traditionellen Arbeitsgebiets erworbener Hirnschädigungen – herangezogen werden (vgl. zu neuropsychologischen Aspekten psychischer Störungen insbesondere Lautenbacher & Gauggel, 2010).

## 1.2 Bezeichnung und Definition

Die wichtigsten der in diesem Band benutzten Begriffe werden im Glossar definiert, teilweise in Anlehnung an Bush et al. (2006). Dies sind:

- Beschwerdvalidität
- Beschwerdvalidierung
- Beschwerdvalidierungstests
- Antwortverzerrungen, negative und positive
- suboptimale Leistungsanstrengung
- Alternativwahlverfahren.

Diagnostik der  
Beschwerden-  
validität reicht  
über „Simulati-  
onsdiagnostik“  
hinaus, liefert  
Angaben zur  
Gültigkeit von  
Testprofilen

Psychologische Methoden zur Beschwerdvalidierung wurden zunächst als Verfahren zur Erkennung von vorgetäuschten sensorischen oder kognitiven Störungen entwickelt. In diesem Sinne wurde auch der Begriff der *Simulationsdiagnostik* verwendet, von dessen Gebrauch aus heutiger Perspektive abzuraten ist. Tatsächlich liefern Verfahren zur Beschwerdvalidierung Aussagen über mögliche Antwortverzerrungen und damit zur

Gültigkeit erhaltener Testprofile. Eine diagnostische Beurteilung, ob solche Antwortverzerrungen im Sinne einer Simulation oder Aggravation zu bewerten sind, kann nicht allein auf der Grundlage der Ergebnisse von Beschwerdenuvalidierungstests (BVT) erfolgen. Darauf wird später noch vertiefend einzugehen sein. Folgende für die Interpretation und differenzialdiagnostische Einordnung bedeutsame Begriffsbestimmungen sind ebenfalls im Glossar zu finden:

- Simulation
- Aggravation
- Simulative Tendenzen
- Minder schwere Verdeutlichungstendenzen
- Artificielle Störung
- Stellvertreter-Simulation und Artificielle Störung by proxy
- Krankheitsgewinn, primärer, sekundärer und tertiärer.

## 1.3 Prävalenz- und andere Schätzungen zum Auftreten negativer Antwortverzerrungen

### 1.3.1 *Methodische Probleme von Prävalenzschätzungen*

Seit Anbeginn der modernen Forschung zur Beschwerdenuvalidierung wird die Frage nach der Auftretenshäufigkeit simulativer Tendenzen diskutiert. Dabei wurde zunächst herausgestellt, dass als einziges sicheres Kriterium für eine Simulation das Eingeständnis der betreffenden Person, eine Krankheit oder Störung vorgetäuscht zu haben, gelten könne. Ein solches Eingeständnis ist jedoch nur in einer sehr geringen Zahl von Fällen zu erhalten. Gerade Fälle einer *erfolgreichen* Simulation müssen in aller Regel unentdeckt bleiben, womit auch eine Schätzung der Falsch-negativ-Rate der zur Beurteilung herangezogenen Methoden schwierig bleibt. Inzwischen ist der Wert eines Eingeständnisses als einziger zuverlässiger Quelle ernstlich zu hinterfragen. Zum einen wissen wir aus der Forschung zu Geständnissen bei der Strafverfolgung, dass diese keineswegs ein sicheres Wahrheitskriterium darstellen (vgl. etwa Kassin, Appleby & Perillo, 2010), zum anderen steht uns heute mit den Alternativwahlverfahren dann ein sicheres Kriterium für bewusst vorgenommene Antwortmanipulationen zur Verfügung, wenn Antwortmuster produziert werden, die unterhalb der Schwelle für reines Raten liegen.

Prävalenzschätzungen für das Auftreten negativer Antwortverzerrungen in neuropsychologischen Untersuchungen beruhen heute in der Regel auf einer Bestimmung auffälliger Ergebnisse in Beschwerdenuvalidierungstests. Da diese jedoch keinen direkten Rückschluss darauf zulassen, ob es sich um eine Simulation handelt, sind die Schätzungen auch nicht als Auftretensrate von Simulation zu bewerten. Dies wird in der Literatur häufig verkannt.

„Malingering“  
meint Aggravation und  
Simulation