

**THEMENSCHWERPUNKT: BEGUTACHTUNG IM  
SOZIALRECHT – NEUE PERSPEKTIVEN****Beschwerdengültigkeit in der psychologischen  
und medizinischen Begutachtung***Thomas Merten***Zusammenfassung**

Vor dem Hintergrund im deutschen Sprachraum weiterhin laufender Auseinandersetzungen um die Sinnhaftigkeit einer Beschwerdengültigkeit im Rahmen der Begutachtung psychischer Störungen wird dargelegt, dass es sich dabei um ein Pseudoproblem handelt. In ihrem Kern setzt die Beschwerdengültigkeit bei einer umfassenden, strikten und explizit darzulegenden Prüfung von Konsistenz und Plausibilität aller verfügbaren Information zu einem Fall an – und berührt damit direkt ein zentrales Qualitätsmerkmal aller psychologischen und medizinischen Gutachten. Ansätze, Methoden und Verfahren zur Beschwerdengültigkeit unterscheiden sich erheblich hinsichtlich ihrer Qualität und ihrer Evidenzbasiertheit; die Auseinandersetzung mit ihnen erfolgt nicht immer auf der Basis solider Kenntnisse der Forschungsergebnisse. Die Arbeit unternimmt den Versuch einer umfassenden und allgemeingültigen Darstellung von Zielrichtung und Wesen der Beschwerdengültigkeit.

**Abstract*****Symptom validity assessment in independent psychological and medical examinations***

*While symptom and performance validity assessment continue to be questioned by some mental health professionals in the German-speaking world, this appears to reflect a mere pseudo-problem. In essence, validity assessment is aimed at a comprehensive, strict and explicit analysis of consistency and plausibility, comprising all available information and evidence. As such, it may be conceived as a core characteristic of any psychological and medical expert opinion. Available approaches, methods, and validity tests differ immensely with respect to their quality and empirical data base. Opposition against symptom and performance validity testing is often marked by a notable lack of in-depth knowledge. The article is an endeavor to depict validity assessment, its nature, and its goals in a comprehensive and generalized way.*

## I. Psychologische Beschwerdvalidierung und Begriffsausweitung

Das Thema der Beschwerdvalidierung, das seine wichtigsten Entwicklungen in den letzten 25 Jahren vorwiegend auf neuropsychologischem Gebiet erfuhrt, ist mittlerweile ein sehr prominentes, weit über das Gebiet der psychologischen Testdiagnostik hinausreichend. Der Text soll die wichtigsten Eckpunkte einer Beschwerdvalidierung in einem umfassenden Sinne des Begriffs darstellen, wie er heute in der deutschsprachigen gutachtlichen Literatur gebraucht wird, Bestimmungsstücke benennen und einige wichtige Probleme beschreiben, die in der interdisziplinären Begutachtung zu beachten sind. Auf die Bestimmung weiterer assoziierter Begriffe und spezifisch psychologischer methodischer Ansätze sowie Testverfahren kann mit Verweis auf bereits häufig erfolgte überblicksmäßige Darstellungen hier verzichtet werden. Unter den in den letzten Jahren deutschsprachig publizierten Arbeiten können hier beispielhaft Feuerpeil (2020), Klöfer und Krahl (2017), Merten (2019) oder Walter, Petermann und Kobelt (2012) genannt werden. Stattdessen soll hier, nach Aufarbeitung einer höheren vierstelligen Zahl von Quellen zur Thematik eine Art kondensierten Überblicks geliefert werden, ohne dass es sinnvoll wäre, an jeder einzelnen Stelle der Darstellung Verweise zur relevanten Literatur zu geben, was zwangsläufig zu einer Überfrachtung des Textes hätte führen müssen.

Ursprünglich bezog sich die Methode der Beschwerdvalidierung auf einzel-fallexperimentelle Versuchsanordnungen mit vorwiegend dichotomem Antwortformat (Pankratz & Paar, 1988; Merten & Merkelbach, 2013a). Aus diesen abgeleitet, entstanden bald standardisierte psychologische Testverfahren, die das Ziel verfolgten, die Gültigkeit (Validität) individueller Testprofile zu prüfen. Im Folgenden fand eine Ausweitung des Begriffs der *Beschwerdvalidierungstests* auf andere spezifische Methoden zur Prüfung der Validität von Testprofilen und Glaubhaftigkeit geltend gemachter Beschwerden oder Funktionseinschränkungen statt.

Schließlich unterbreitete Widder (2011) einen heute im deutschen Sprachraum wohl weithin akzeptierten Vorschlag, den Begriff der Beschwerdvalidierung ausgeweitet auf alle (medizinischen und psychologischen) Untersuchungsansätze zu verwenden, die der Prüfung der Authentizität vorgebrachter Beschwerden und dargestellter Symptome dienen. In einer Reihe weiterer Arbeiten legte er dar, dass „letztlich jede klinische Untersuchung der Beschwerdvalidierung dient – sei es ‚lediglich‘ zur Abgrenzung organischer von nicht-organischen Befunden ..., sei es im Rahmen der gutachtlichen Untersuchung zur Abgrenzung einer Vortäuschung oder Aggravation von Beschwerden“ (Widder, 2017, S. 741).

In einem solchen erweiterten Sinne soll auch hier die Begriffsverwendung erfolgen. Wie an anderer Stelle als Definition vorgeschlagen (Merten, 2020a), soll also mit dem Begriff der *Beschwerdvalidität* die Glaubhaftigkeit oder der Grad an Vertrauen gemeint sein, den ein(e) UntersucherIn der Aufrichtigkeit ei-

ner Beschwerdenschilderung und der Gültigkeit der Symptomdarstellung durch eine untersuchte Person im klinischen oder im Gutachtenkontext entgegenbringen kann. In psychologischen Testuntersuchungen wird damit die Gültigkeit des ermittelten Testprofils in dem Sinne verstanden, als dieses die tatsächlichen Leistungsvoraussetzungen der Testperson adäquat widerspiegelt oder etwa als Resultat einer suboptimalen Testmotivation als ungültig zurückzuweisen ist. Der Prozess, der zu Aussagen über die Beschwerdvalidität führt, wird als *Beschwerdenvalidierung* bezeichnet.

In dem skizzierten erweiterten Sinne kann also der Begriff der Beschwerdvalidierung zur Bezeichnung aller verfügbaren Methoden der *Konsistenz- und Plausibilitätsprüfung* benutzt werden. Eine solche Prüfung muss umfassend, kritisch, explizit, logisch stringent, nachvollziehbar und überzeugend erfolgen; nur wenn solche grundlegenden Qualitätsmerkmale von Gutachten (z. B. Legner & Cibis, 2007) auch hier eingehalten werden, kann der Begriff der Beschwerdvalidierung zu Recht benutzt werden. Wo dies nicht der Fall ist, bleibt der Begriff eine Worthülse und seine Verwendung kann lediglich Alibifunktion entfalten – er liefert dann ein Alibi in Bezug darauf, dass auch Leitlinien in zunehmendem Maße die Durchführung einer Beschwerdvalidierung fordern (z. B. Schneider et al., 2019, Widder et al., 2017).

## II. Eingehende Konsistenz- und Plausibilitätsprüfung als zentrales Qualitätsmerkmal von Gutachten

Die gutachtliche Beurteilung (mit Beantwortung der gutachtlichen Fragestellungen) soll sich am Ende, und dies wäre das Ideal einer Begutachtung in allen Fachdisziplinen, möglichst widerspruchsfrei aus allen zuvor dargelegten Daten (Anknüpfungstatsachen), die dem oder der Sachverständigen zur Verfügung stehen, und in bester Kenntnis des aktuellen Fachwissens, das für den jeweiligen Fall relevant ist, ergeben. In diesem Sinne sollte die gutachtliche Beurteilung für den aufmerksamen Leser auch keinerlei Überraschung mehr bereiten, sondern sich logisch schlüssig aus den zuvor gut strukturiert dargelegten Argumenten ergeben. Mögliche Widersprüche, Inkonsistenzen, Unplausibilitäten, Lücken in der Beweiskette u. Ä. sind so weit explizit herauszustellen und zu diskutieren, dass sie sich (1) entweder vollständig und überzeugend auflösen lassen oder dass (2) mit hinreichender Gewissheit ein Nachweis bedeutsamer Gesundheitsstörungen/Funktionsstörungen wegen verbliebener bedeutsamer Widersprüche oder Informationslücken nicht erfolgen kann oder (3) aufgrund einer nicht weiter auflösbaren inkonklusiven Datenlage bedeutsame Zweifel verbleiben, deren Art und Ausmaß möglichst nachvollziehbar darzustellen und dem/der AuftraggeberIn zu kommunizieren ist.

Zweifel können im geringsten Fall lediglich Restzweifel darstellen, die jedoch auch ausdrücklich kommuniziert werden sollten, selbst wenn sie in der recht-



lichen Würdigung einem Vollbeweis nicht im Wege stünden. Die Kommunikation solcher Restzweifel kann eine vollständige Durchdringung des Sachverhalts durch den/die GutachterIn signalisieren, die auch unwahrscheinliche, aber denkbare, mögliche, nicht völlig abwegige Alternativen umfasst. Den Parteien und dem Entscheidungsträger wird damit die Möglichkeit einer eigenen Bewertung solcher Alternativen eröffnet. Wie sich Zweifel letztlich auf die rechtliche Bewertung des Sachverhalts auswirken, liegt weder im Ermessen des Gutachters oder der Gutachterin (denn ihnen kommt kein Ermessen zu) noch in ihrer Verantwortung. Ihre Verantwortung liegt darin, die für die Fragestellung relevanten Sachverhalte vollständig erfasst zu haben und dem/der AuftraggeberIn sachlich korrekt und nachvollziehbar die Beurteilung und die Gewissheit, mit der diese Beurteilung getroffen werden kann, zu vermitteln.

Alle, die sich kritisch mit dem Thema der Begutachtung auseinandergesetzt haben, wissen jedoch, dass eine solche Forderung nur von einem Teil der Gutachten erfüllt wird, die täglich und in großer Menge erstellt werden, wiewohl sie alle als Sachverständigenleistung oder Expertisen ausgewiesen sind. Jede(r) kritische und wissenschaftlich geschulte LeserIn von Gutachten weiß auch, dass Verstöße gegen die Denkgesetze, das Ziehen falscher Schlüsse (Konklusionen) aus einem Satz von Bedingungen (Prämissen), unter Fachleuten – und deren gutachtliche Werke stellen hier keinerlei Ausnahme dar – sehr, sehr häufig auftreten (vgl. dazu Anderson, 2015; Kahneman, 2011; Merten, 2017). Die daraus resultierende eingeschränkte Gültigkeit der getroffenen Beurteilungen, die vermutlich für die Bereiche Schmerz und psychische Störungen am größten ist, wird augenfällig durch eine Studie von Dickmann und Broocks (2007) demonstriert, in der sich eine außerordentlich unbefriedigende Beurteilungsübereinstimmung zwischen psychiatrischen Sachverständigen zeigte. Eine ähnlich unbefriedigende Übereinstimmung in gutachtlichen Beurteilungen ermittelten in jüngerer Zeit etwa Barth et al. (2017).

Wenn eine sachlich korrekte fachliche Beurteilung eines Sachverhalts mit Bezug auf die Beantwortung spezifischer rechtlich relevanter Fragestellungen den Kern der gutachtlichen Leistung darstellt, so ist eine eingehende Beschwerdenvalidierung im Sinne einer umfassenden Prüfung der Konsistenz und Plausibilität der Informationsbasis (bei strikter Beachtung der logischen Kohärenz einer solchen Prüfung) zentral und unabdingbar für die Erfüllung dieser Aufgabe. In diesem Sinne kann eine adäquate Beschwerdenvalidierung als ein zentrales Qualitätsmerkmal für Gutachten aufgefasst werden. Jegliche Debatte darüber, ob sie überhaupt sinnvoll ist, entbehrt einer Grundlage und ist als irrational und unzeitgemäß zurückzuweisen. Dies hat für den Bereich der neurowissenschaftlichen Begutachtung niemand anders als Widder (2015) besser erkannt, wenn er im Rahmen eines Vortrags etwas pointiert die Formel präsentierte:

Neuropsychiatrische Begutachtung = (überwiegend) Beschwerdenvalidierung.



### III. Bestimmungsstücke einer Konsistenz- und Plausibilitätsprüfung

Um das Ziel der Beschwerdenuvalidierung zu erreichen, in überzeugender Weise das Bild einer körperlichen Krankheit oder psychischen Störung als, soweit nachweisbar, authentisch auszuweisen (oder eben nicht), sind die Daten aus den verschiedenen zur Verfügung stehenden Informationsquellen miteinander abzugleichen und auf Widerspruchsfreiheit zu prüfen. Den Kern der Beschwerdenuvalidierung stellt also, wie bereits oben dargestellt, in allen psychologischen und medizinischen Disziplinen eine eingehende Konsistenz- und Plausibilitätsprüfung dar. Deren Bestimmungsstücke finden sich in Tabelle 1 wiedergegeben.

Die in der Spalte Informationsquellen dargestellten Bestimmungsstücke einer Beschwerdenuvalidierung sind nicht als kategorial wechselseitig ausschließend aufzufassen; entsprechende Überlappungen sind offenkundig. In einem Gutachtenfall werden auch nicht alle potenziellen Informationsquellen zur Verfügung stehen. Ein großes Missverständnis tritt aber dann zutage, wenn eine sachverständige Person meint, sie habe doch eine Beschwerdenuvalidierung durchgeführt, weil sie die Aktenlage dargestellt, die Anamnese erhoben, die Beschwerdenschilderung wiedergegeben habe usw. Wenn die Plausibilität und Konsistenz der gesamten Datenlage nicht eingehend (und nachvollziehbar und überzeugend!) geprüft wird, wird ein solcher Anspruch allzu leicht sinnentleert werden. Die Durchführung einer eingehenden Beschwerdenuvalidierung wird in einem solchen Falle nicht erkennbar sein.

Nicht jede initial identifizierbare Inkonsistenz oder anscheinende Unplausibilität führt zwangsläufig zu einer eingeschränkten Validität des Gesamtbildes. Widersprüche lassen sich zum Teil vollständig aufklären und auflösen. In bestimmten Kontexten sind gewisse Widersprüche, Zweifel und Selbstkorrekturen sogar ein Indikator *für* die Validität (oder Erlebnis-Basiertheit) von Aussagen, während Konstanz und Invarianz deren Wahrheitsgehalt in Zweifel zu ziehen geeignet sind. In diesem Zusammenhang ist jede sachverständige Person gut beraten, sich ein wenig Kenntnisse in der Aussagepsychologie (Steller & Volbert, 1999; Volbert, 2004) und in der Forschung zur Lügendetektion (Hartwig & Bond, 2011; Verigin, Meijer, Bogaard & Vrij, 2019) angeeignet zu haben. Ein(e) solche(r) GutachterIn wird etwa wissen, dass Blickkontakt kein valider Indikator für Wahrheit oder Aufrichtigkeit in der Kommunikation ist. Er oder sie wird auch wissen, dass eine kritiklose Benutzung der Realkennzeichen aus der Glaubhaftigkeitsdiagnostik, wie sie gelegentlich für die Begutachtung von psychischen und psychosomatischen Störungen vorgeschlagen wird, bei ungeschulter Anwendung und bei unzureichender Datenbasis rasch ins Leere laufen muss.

Außerdem wird dann bekannt sein, dass das leider immer wieder beschworene bloße „Gefühl“ oder „Eindrucksurteil“ einer sachverständigen Person zum Wahrheitsgehalt oder zur Vertrauenswürdigkeit von Aussagen in empirischen Untersuchungen versagt und ExpertInnen hier in der Regel nicht besser als der Zufall (oder

ein Würfelwurf) abschneiden (vgl. die klassische Arbeit von Ekman & O'Sullivan, 1991; Samuel & Mittenberg, 2005; interessant ist hier auch eine jüngere Arbeit zur Beurteilung der Anstrengungsbereitschaft beim Heben von Gewichten: Schapmire et al., 2011). Dies bessert sich nicht durch eine Beschwörung, er oder sie sei sich ganz, ganz sicher (und wenn als Beweisgrund noch die Jahrzehnte gutachtlicher Berufserfahrung angeführt werden), sondern gerade eine solche Geltendmachung muss einen Zweifel noch verstärken. Denn aus der einschlägigen Forschung wissen wir, dass das subjektive Vertrauen einer sachverständigen Person in ihre Fähigkeit, aufrichtige von unaufrichtiger Kommunikation (hier: der begutachteten Person gegenüber der begutachtenden Person) zu unterscheiden, *negativ* mit den wirklichen diesbezüglichen Fähigkeiten korreliert (Hall & Pritchard, 1996). Diejenigen, die ihre Intuition, ihr *Gefühl*, ihre Meisterschaft oder ihre magischen Fähigkeiten am stärksten beschwören, statt objektive und objektivierbare Beweisgründe (die kommunizier-, replizier- und lehrbar sind) für oder gegen einen Sachverhalt oder einen Zusammenhang anzuführen, werden am ehesten Opfer ihrer eigenen Fehlbarkeit. Dort, wo die eigene Unfehlbarkeit Maxime ist, werden auch evidenzbasierte, wissenschaftlich solide gesammelte Erkenntnisse zugunsten eminenzbasierter Meinungen verworfen und wegdiskutiert.

**Tabelle 1:** Optionale Bestimmungsstücke einer umfassenden Beschwerdenvalidierung.

<b>Informationsquellen</b> (nicht wechselseitig ausschließend)	<b>Konsistenz- und Plausibilitätsprüfung</b> (nicht wechselseitig ausschließend)
<p><b>Aktenlage</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o Selbstdarstellungen des Probanden</li> <li>o fremde Berichte</li> <li>o einschlägige Untersuchungsbefunde</li> <li>o technische/bildgebende Befunde</li> <li>o Laborbefunde</li> <li>o psychologische Testergebnisse</li> <li>o Leistungsverzeichnis der Krankenversicherung/Vordiagnosen</li> <li>o Schul-, Ausbildungs-, Arbeitszeugnisse, Arbeitsverträge</li> </ul> <p><b>Beschwerdenschilderung</b> (subjektive Angaben der begutachteten Person)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o vor einem schädigenden Ereignis/vor Krankheitsbeginn</li> <li>o zum Zeitpunkt des Erstschadens/mit Krankheitsbeginn</li> <li>o früh im zeitlichen Verlauf</li> </ul>	<p><b>Quellen der Prüfung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o innerhalb der einzelnen Informationsquellen</li> <li>o zwischen den Informationsquellen</li> </ul> <p><b>Prüfung in zeitlicher Hinsicht</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o im Querschnitt (Status praesens)</li> <li>o zu einem Zeitpunkt in der Vergangenheit</li> <li>o im zeitlichen Verlauf</li> </ul> <p><b>Gegenüberstellung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o berufliche Teilhabe</li> <li>o privater Lebensbereich</li> </ul> <p><b>Leidensdruck und Behandlungsverlauf</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o Inanspruchnahmeverhalten</li> <li>o Adäquanz diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen</li> </ul>

<b>Informationsquellen</b> (nicht wechselseitig ausschließend)	<b>Konsistenz- und Plausibilitätsprüfung</b> (nicht wechselseitig ausschließend)
<ul style="list-style-type: none"> <li>o im weiteren Verlauf</li> <li>o in der jetzigen Untersuchung (Status praesens)</li> </ul> <p><b>Eigene Befunderhebung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o Eigenanamnese</li> <li>o objektive Untersuchungsbefunde</li> <li>o technische/Labor-/bildgebende Befunde</li> <li>o Test- und Fragebogenergebnisse, Scores und Skalenwerte</li> <li>o Standardisierte/halbstandardisierte Interviews, Fremdratings</li> <li>o Fremdanamnese, sofern zulässig</li> <li>o Spiegelbestimmung von Medikamenten</li> </ul> <p><b>Information über die Teilhabe in allen Lebensbereichen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o eigene Angaben der begutachteten Person (einschl. Hobbys, Tagesablauf, Selbstversorgungsfähigkeit, Kfz-Benutzung, Verkehrsmittelbenutzung, Freizeit- und Urlaubsgestaltung)</li> <li>o aus zuverlässigen Angaben Dritter (Akteninformation, Fremdanamnese, Mitteilungen der Behandelnden)</li> <li>o ableitbar (z. B. aus äußerem Erscheinungsbild, aus Verhalten in der Untersuchung, Anreise zur Untersuchung)</li> </ul> <p><b>Fachwissen des Gutachters/der Gutachterin</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o über Erkrankungen/Verletzungen</li> <li>o über deren sichere diagnostische Erfassung/diagnostische Kriterien, Diagnose-sicherheit/Differenzialdiagnosen</li> <li>o über deren typischen zeitlichen Verlauf</li> <li>o über deren bekannte Auswirkungen auf Funktionsbereiche, hinsichtlich Art und Schwere plausibel resultierender Funktionsstörungen</li> <li>o über den Zusammenhang (und die Grenzen) zwischen objektiver Schädigung und funktioneller Auswirkung (fundierte morphologisch-funktionelle Kenntnisse)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>o zeitlicher Zusammenhang zwischen äußeren Ereignissen und Inanspruchnahme (z. B. unmittelbar nach ablehnendem Widerspruchsbescheid erste psychiatrische Vorstellung)</li> <li>o Ablehnung angezeigter/zumutbarer Therapieoptionen</li> </ul> <p><b>Umgang mit fehlender Information</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o Zuungunsten welcher Partei wirkt sich fehlende Information aus?!</li> <li>o Wie lässt sich fehlende Information, falls notwendig, nachtragen?</li> </ul> <p><b>Gewichtung voneinander abweichender Daten</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o objektive Daten &gt; subjektive Schilderungen/Geltendmachungen</li> <li>o frühe Daten &gt; spätere Angaben zum gleichen Sachverhalt</li> <li>o Angaben unparteiischer Dritter &gt; interessierter Dritter (Angehörige, u. U. auch TherapeutInnen, mit etwaigem tertiärem Gewinn)</li> <li>o befundbasierte Aussagen &gt; augenscheinlich summarische Gefälligkeitsaussagen</li> <li>o detaillierte Befundberichte &gt; summarische Atteste</li> <li>o sachbezogene Auskünfte von Behandlern &gt; emotionsvolle, appellative, parteiergreifende Auskünfte, evtl. gekoppelt mit nicht-gebotenen weitreichenden rechtlichen Bewertungen</li> </ul> <p><b>Prüfung der Quellen auf</b></p> <p style="text-align: center;"> <b>Widerspruchsfreiheit</b>  <b>Konsistenz</b>  <b>Plausibilität</b>  <b>Konstanz/Variabilität</b>  <b>Typizität</b> </p>

<b>Informationsquellen</b> (nicht wechselseitig ausschließend)	<b>Konsistenz- und Plausibilitätsprüfung</b> (nicht wechselseitig ausschließend)
<ul style="list-style-type: none"> <li>o über Wechselwirkungen mit anderen Faktoren</li> <li>o über potenziell konkurrierende Faktoren</li> <li>o über die Behandelbarkeit der infrage stehenden Erkrankung und deren Prognose</li> </ul>	<p><b>Sicherheit der zu treffenden Aussagen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o Grad der Gewissheit der getroffenen Beurteilung</li> <li>o alternative Denkmöglichkeiten</li> <li>o Art und Ausmaß von Zweifeln; dabei auch Restzweifel benennen</li> </ul>
<p><b>Verfahren/Tests/Verhaltensproben, die spezifisch für die Beschwerdvalidierung entwickelt wurden/für eine solche herangezogen werden</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o Verfahren zur kognitiven Beschwerdvalidierung (Beschwerdvalidierungstests, eingebettete Kennwerte)</li> <li>o Selbstbeurteilungsverfahren zur Beschwerdvalidierung/Kontrollskalen</li> <li>o Fremdbeurteilungsverfahren (insbesondere für psychiatrische Fragestellungen)</li> <li>o Kontrolle von Medikamentenspiegeln</li> <li>o Spezifische Prüfverfahren, Tests, Checklisten, Verhaltensproben (z. B. Trigeminus-Reizstoffe, Arm-Herabfall-Versuch, Alternativwahlverfahren mit zufallskritischer Prüfung)</li> </ul>	

**Anmerkungen:**<sup>1</sup> Fälschlicherweise praktizieren manche Sachverständige (meist stillschweigend) eine Beweiserleichterung in Fällen fehlender Dokumente oder fehlender Information, wo eine solche in Wahrheit rechtlich gar nicht geboten ist.

Zu beachten sind mögliche Fehler in der Befunderhebung, Befundinterpretation und Dokumentation aus der Vergangenheit, die natürlich nicht generalisiert verneint werden können und dürfen. Eine jede sachverständige Person weiß, dass medizinische, psychologische und andere Dokumente fehlerhaft sein können. Manchmal treten Fehler als so evident hervor, dass sie vernünftigerweise nicht bestritten werden können. Dennoch ist, wie in Tabelle 1 dargestellt, zunächst dokumentierter Information insbesondere aus dem frühen Verlauf ein a priori größeres Vertrauen entgegenzubringen als späteren subjektiven Geltendmachungen.

So konnte etwa in einer empirischen Untersuchung gezeigt werden, dass Angaben zur Dauer einer initialen Bewusstlosigkeit nach leichtem Schädel-Hirn-Trauma später insbesondere von solchen Unfallopfern gegenüber der früheren Dokumentation ausgeweitet dargestellt wurden, die sich auch hinsichtlich anderer Faktoren als unzuverlässig und als eingeschränkt mitwirkend erwiesen (Keesler et al., 2017). Letztlich kommt es auf eine solide, nachvollziehbare (und nicht willkürliche, parteigebundene) Bewertung der Vertrauenswürdigkeit der einzelnen Informationsquellen an. Eine der gutachtlichen Leistungen liegt also darin, nicht nur die vorhandenen Anknüpfungstatsachen darzustellen, sondern auch deren Überzeugungskraft zu gewichten und zu bewerten, und dies nicht in willkürlicher Weise zu tun.

Als schwierig stellen sich damit immer Erklärungen dar, die *ex post* oder *ex post facto* geliefert werden, bei denen also nachträglich eine anscheinende Stimmig-



keit konstruiert und so dargestellt wird, als sei sie in den Tatsachen selbst gegeben. Ein solches wissenschaftlich sehr fragwürdiges Vorgehen gewinnt allzu leicht den Charakter eines Wegdiskutierens unliebsamer Fakten. Auch hier ist eine sachverständige Person gut beraten, sich an die Vorgaben der Denkgesetze und an wissenschaftliche Prinzipien zu halten. Eine gute Hilfe bei der Bewertung von verschiedenen Denkmöglichkeiten liefert beispielsweise das Prinzip der Parsimonie (auch Ockhams Rasiermesser genannt): unter alternativen Erklärungen für ein und denselben Sachverhalt (Datensatz) ist derjenigen der Vorzug einzuräumen, die am sparsamsten ist, die also am einfachsten und mit den wenigsten zusätzlichen Hilfsannahmen auskommt (und dabei dennoch alle vorliegende Information sinnvoll zu integrieren vermag). Jede kritisch mit Gutachten befasste Person weiß jedoch, dass weder Sachverständige noch Verwaltungen oder Gerichte in ihren Darlegungen immer strikt den Denkgesetzen folgen und ihre Beurteilungen oder Entscheidungen weder frei von logischen Fehlern noch strikt wissenschaftlichen Methoden und empirischen Evidenzen verpflichtet sind.

Der Idealfall, der in einem Gutachten verwirklicht werden kann, sind *konvergente Beweislinien*, die in die eine oder andere Richtung weisen (in Richtung Authentizität oder anzuzweifelnder Authentizität der Präsentation) und die es der mit einem Sachverständigengutachten beauftragten Person gestatten, klar abgegrenzte, logisch stringente, nicht einfach wegzudiskutierende Antworten auf die gutachtlichen Fragen zu liefern.

#### IV. Spezielle Verfahren zur Beschwerdvalidierung

Kernstück einer Beschwerdvalidierung ist immer eine eingehende, explizit und nachvollziehbar dargestellte Konsistenz- und Plausibilitätsprüfung. In diese lassen sich spezifische Techniken, Tests und Verhaltensprovokationen einbetten, die ausdrücklich dem Zwecke dienen, die Authentizität der Beschwerdenschilderung oder Symptombildung zu prüfen. Auch heute noch werden solche Ansätze gelegentlich unter dem Stichwort der Simulationstests oder Simulationsmarker behandelt. Einige Tests enthalten dies auch in ihrem Namen, wie etwa der Strukturierte Fragebogen Simulierter Symptome (Cima et al., 2003) oder der Test of Memory Malinger (Tombaugh, 1996), obwohl eine solche Bezeichnung aus heutiger Sicht nicht nur unangebracht, sondern auch sachlich falsch ist, denn ein unmittelbarer und direkter Rückschluss auf eine Simulation ist anhand eines isolierten Testergebnisses nicht statthaft.

Ein jedes Fachgebiet hat sein eigenes Repertoire an Methoden entwickelt, mit Hilfe derer sich authentische von nicht-authentischen Formen der Symptompräsentation unterscheiden lassen sollen. In Tabelle 2 finden sich beispielhaft aus verschiedenen Fachgebieten einige solcher Prüfansätze zusammengestellt. Die verschiedensten Methoden sind von unterschiedlicher Güte und in unterschiedlicher Weise evidenzbasiert. Sie sind auch in unterschiedlicher Weise anfällig

gegenüber einem Coaching oder einer gezielten Vorbereitung von Probanden, genau solche Methoden zu bestehen.

Traditionell hat es besonders in der Augenheilkunde häufige Veröffentlichungen dazu gegeben (vgl. Zusammenstellung von Methoden durch Lachenmayr und Wilhelm, 2019). Für die Neurologie hat Widder (2017) „klinische Tests zur Beschwerdenvalidierung“ zusammengestellt. Die Möglichkeit, dass Trigeminus-Reizstoffe in der Geruchsprobe als Kontrolle dargeboten werden, kann durch Probanden leicht recherchiert oder gecoachert und damit ausmanövriert werden. Sehr viel schwieriger gestaltet sich dies für eine feinere Methodik, wie sie etwa von Kurtz, White, Hornung und Belknap (1999) vorgestellt wurde, wenn nicht die Möglichkeit besteht, olfaktorisch evozierbare Potenziale abzuleiten. Kontrovers werden die weithin bekannten Waddell-Zeichen in der Schmerzdiagnostik diskutiert (Fishbain et al., 2003), nicht allein hinsichtlich ihrer Bedeutung dahingehend, ob sie bewusste Falschangaben reflektieren oder eine psychische Störung anzeigen. Eine im deutschen Schrifttum immer wieder empfohlene Schmerzskala von Bikowski (1996), die Schmerz-Simulations-Skala, ist, soweit recherchierbar war, nie außerhalb einer Dissertationsschrift veröffentlicht worden und nie erfolgreich dem Peer-Review-Verfahren einer wissenschaftlichen Zeitschrift, selbst nicht limitiert auf den deutschen Sprachraum, unterzogen worden.

In der Psychiatrie werden weiterhin Checklisten favorisiert, etwa zur Unterscheidung authentischer von vorgetäuschten posttraumatischen Belastungsstörungen (z. B. Dreßing & Foerster, 2010). Derartige Checklisten, die seit Resnick (1988) als *klinische Indikatoren* zusammengestellt wurden, gehen ursprünglich auf Vorschläge von Melton (1984) zurück, der Veteranen aus dem Vietnamkrieg untersuchte. Die Kriterien zur Differenzierung von authentischen und vorgetäuschten Störungen basieren nicht auf empirischen Studien und weder ihre Beurteilerübereinstimmung (bei oft nur vage formulierten Entscheidungskriterien und großen subjektiven Beurteilungsspielräumen) noch ihre Sensitivität und Spezifität, weder ihr positiver noch ihr negativer Vorhersagewert sind bekannt. Es sind auch keine einschlägigen Studien bekannt, wie viele Kriterien positiv oder negativ ausfallen müssen, um eine Entscheidung für oder gegen die Authentizität einer PTBS zu treffen. Ebenso sind Güte und Eignung der Einzelkriterien unbekannt. Damit sollten derartige Listen lediglich im Sinne von Heuristiken eingesetzt werden. Die Begrenztheit der Güte solcher Checklisten wird bedauerlicherweise in den Darstellungen verschwiegen. Da keine belastbaren Daten zu ihnen vorliegen, können diese Heuristiken, so begründet sie im Einzelnen auch sein mögen, nicht für sich in Anspruch nehmen, Kriterien einer *evidenzbasierten* Begutachtung zu sein (wenn keine wissenschaftlichen Evidenzen, sondern lediglich die Empfehlung von Eminenzen dazu geliefert werden können). Im Gegensatz zu solchen Checklisten konnten beispielsweise in einem jüngst veröffentlichten Überblicksartikel mit Meta-Analyse (Martin et al., 2020) für den Test of Memory Malinger (Tombaugh, 1996), einen sehr

gut entwickelten Beschwerdvalidierungstest, zwischen 1997 und 2017 mehrere Hundert veröffentlichte Artikel identifiziert werden, wovon die Mehrzahl empirische Studien waren.

Solche und ähnliche Checklisten (wie die für eine PTBS) oder auch Beobachungskriterien liefern zudem, wie seit Langem bekannt, in der Regel auch keine ausreichende Grundlage, um zwischen vorgetäuschten und somatoformen bzw. Konversionsstörungen zu differenzieren (Gould, Miller & Goldberg, 1986; Jones & Llewelyn, 1917; Wilbourn, 1995).

In der deutschsprachigen Literatur ist vor einiger Zeit aus ärztlicher Perspektive von Roloff, Angielczyk und Zoeke (2014) eine „Anleitung für Simulanten“ vorgelegt worden, die ausdrücklich auch spezifische „Gebrauchsanweisungen für Simulanten“ enthält. Trotz einer gewissen Ironie im Stil sind solche Texte in besonderer Weise geeignet, einer „Kultur der Täuschung“, wie die AutorInnen sie nennen, Vorschub zu leisten, was weitreichende ethische Fragen aufwirft.

## V. Ursachen und Kontexte für bedeutsame Verzerrungstendenzen

In der Vergangenheit sind, wie bereits erwähnt, Fragen der Beschwerdvalidierung häufig unter dem Stichwort der Simulationserkennung oder Simulationsdiagnostik behandelt worden. Dies gilt heute als überholt, denn die Frage nach der Authentizität von Symptomdarstellungen und der Glaubhaftigkeit von Beschwerdenschilderungen geht erheblich über die nach einer Simulation oder einer Aggravation hinaus. Erstens können vielfältige Faktoren einer ungültigen (nicht-validen) Symptom- und Beschwerdenpräsentation durch eine behandelte oder begutachtete Person zugrunde liegen, von denen nicht alle mit einem angestrebten externalen Gewinn verbunden sind. Selbst situationsbezogene Faktoren wie Langeweile, Unklarheit über den Zweck der Untersuchung oder Ärger über den Auftraggeber können dazu führen, dass unzureichend mitgewirkt wird, was wiederum zu ungültigen Befunden führen kann. Zweitens ist es für die Feststellung einer Simulation und Aggravation unumgänglich, auf internale, nur der untersuchten Person selbst voll zugängliche Faktoren zu schließen, namentlich die Frage zu beantworten, wie bewusstseinsnah, reflektiert, absichtsvoll eine verzerrende Präsentation erfolgte – und mit welcher Absicht, welchem Ziel dies geschah. In der Literatur mangelt es nicht an eingehenden Darstellungen dieses komplexen Sachverhalts der differenzialdiagnostischen Bewertung nicht-authentischer Darstellungsformen sowie ihrer konzeptionellen Implikationen und Schwierigkeiten, welche häufig unterschätzt werden (vgl. z. B. Bass & Halligan, 2014; Merten, 2014; Merten & Merckelbach, 2013b, 2020; Rogers & Bender, 2018; Sherman, Slick & Iverson, 2020).

**Tabelle 2:** Beispiele für fachgebiets- bzw. fragestellungsspezifische Ansätze zur Differenzierung authentischer und nicht-authentischer Beschwerdendarstellungen bzw. Symptompräsentationen.

Fachgebiet	Methoden (Beispiele)	Ziel	Ausgewählte Quellen
Augenheilkunde	Simulationstafel des Ishihara-Tests (2000)	Erkennung vorgetäuschter oder aggravierter Störungen des Farbsehens	Lachenmayr & Wilhelm (2019)
diverse	Bestimmung von Medikamentenspiegeln	Überprüfung der Validität der subjektiven Angaben zur Medikamenteneinnahme	Walk & Wehking (2005)
HNO	Trigeminus-Reizstoffe	Erkennung eines vorge-täuschten Geruchsverlusts	Kurtz et al. (1999)
HNO	Psychoakustische Audiometrie	Erkennung einer vorge-täuschten oder aggravierten Hörminderung	Streppel & Brusis (2010)
Neuropsychologie	Kognitive Beschwerdendvalidierungstests	Prüfung eines ermittelten Testprofils auf seine Gültigkeit	Merten (2014)
Psychiatrie/ Psychotherapie/ Psychosomatik	Checklisten zur posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS)	Unterscheidung von authentischen und simulierten PTBS-Darstellungen	Dreßing & Foerster (2010)
Orthopädie/ Anästhesiologie	Waddell-Zeichen	Differenzierung zwischen organisch bedingten und nicht-organisch bedingten Schmerzen (bei Simulation, artifizieller oder psychosomatischer Störung)	Waddell et al. (1980); Kiesler & Duke (1999)

Ohne hier aus Platzgründen eine detaillierte Analyse vornehmen zu können, finden sich das Bedingungsgefüge, Ursachen und Kontexte, in denen bedeutsam verzerrte Symptom- und Beschwerdendarstellungen auftreten können, überblicksmäßig in Abbildung 1 dargestellt.

Anders als gelegentlich diskutiert, führen Faktoren wie Müdigkeit, Erschöpfung, Schmerzen, depressive Verstimmungen, Erregungszustände oder unerwünschte Medikamentenwirkungen keineswegs zu ungültigen Befunden. Solche Faktoren beeinflussen natürlich potenziell die erhobenen Befunde, die ihrerseits ihre Wirkungen, wenn vorhanden, adäquat widerspiegeln sollten – sofern die begutachtete Person unter den gegebenen Bedingungen in angemessener (und ihr unter den gegebenen Bedingungen möglicher) Weise mitwirkt (vgl. auch Widder et al., 2019).

Den psychiatrischen Erkrankungen (\*) kommt in Abbildung 1 übrigens eine Sonderstellung zu, weil sie zum einen Kontextbedingung für das Auftreten von nicht-

authentischen Darstellungsformen von Beschwerden und Symptomen sind, zum anderen in speziellen Fällen durchaus auch ursächlich für eine eingeschränkte Mitwirkung sein können. Für eine solche ursächliche Zuschreibung sind allerdings strenge Maßstäbe anzusetzen – die bloße Präsenz einer (authentischen) psychischen Störung ist hierfür nicht in Annäherung ausreichend. Eine Simulation oder Aggravation im definierten Sinne einer auf ein externes Ziel ausgerichteten bewussten Vortäuschung oder Überhöhung wird durch die Präsenz einer authentischen körperlichen Erkrankung oder psychischen Störung keineswegs ausgeschlossen – und es gibt keinen vernünftigen Grund, einen solchen Ausschluss konzeptionell auch nur in Erwägung zu ziehen (vgl. Merten & Merckelbach, 2013b, Sherman et al., 2020). Selbst eine artifizielle Störung kann in einem bestimmten Kontext mit einer bewusst auf ein externes Ziel ausgerichteten Vortäuschung (Simulation oder Aggravation) koexistieren. Natürlich kann auch eine somatoforme Störung oder eine dissoziative Störung vorgetäuscht oder aggraviert werden, usw. usf. Dieser komplexe konzeptionelle Rahmen wird, wo er relevant ist, in Gutachten nur selten erkennbar durchdrungen und diskutiert.

## VI. Minder schwere Verdeutlichungen als leichtgradige Form der Aggravation

Eine andere Problematik, die im deutschen Sprachraum immer wieder zu Verwirrungen und Verirrungen zu führen scheint, sind die vergleichsweise leichten Beschwerdenüberhöhungen und -ausweitungen. Seit geraumer Zeit hat sich zu ihrer Bezeichnung im deutschen Sprachraum der Begriff der „Verdeutlichung“ oder „Verdeutlichungstendenzen“ eingebürgert (z. B. Dreßing, Foerster, Widder, Schneider, & Falkai, 2011), die „durchaus ‚normal‘“ seien, wobei übersehen wird, dass eine *Verdeutlichung* bereits im Begriffsumfang dessen, was traditionell als Aggravation bezeichnet wird, enthalten ist: nämlich eine Überhöhung, Ausweitung, Verdeutlichung, verschlimmernde Darstellung einer im Kern tatsächlich vorhandenen Symptomatik oder Beschwerdenkonstellation. In diesem Sinne müssen Verdeutlichung und Aggravation als Synonyme verwendet werden. Dies erhellt auch aus einer Darstellung von Foerster und Dreßing (2014):

„Aggravation bedeutet die bewusste verschlimmernde Darstellung einer tatsächlich vorhandenen Störung. *Hierzu zählen auch* Verdeutlichungstendenzen als der mehr oder weniger bewusste Versuch des Probanden, den Gutachter vom Vorliegen seiner Symptomatik zu überzeugen“ (S. 21, *kursiv* ergänzt).

Durch die proklamierte „Normalität“ einer Verdeutlichung im Gutachtenkontext wird suggeriert, dass eine solche vergleichsweise benigne Aggravation den Gutachter nicht zu sorgen brauche, sie sei ja praktisch situationsimmanent. Genau in diesem Sinne ist eine inflationäre und missbräuchliche Nutzung der Begrifflichkeit der Verdeutlichung zu beobachten, um auch klare, unverkennbare und grobe Aggravationen „wegzudiskutieren“. Dies wird noch dadurch unter-

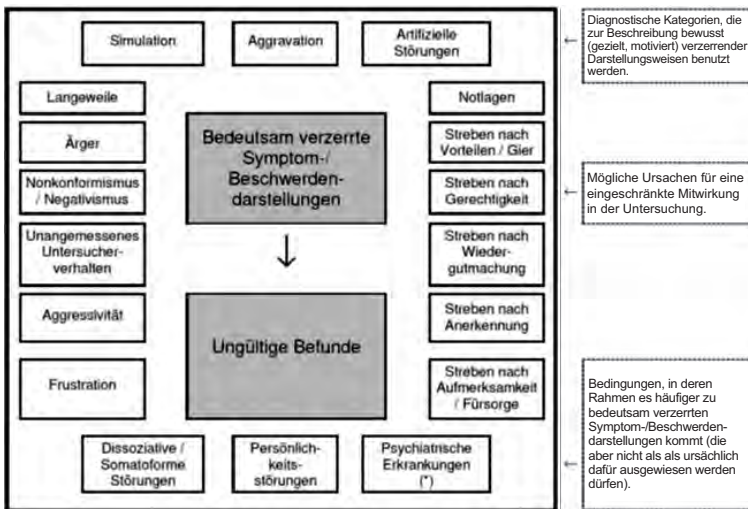
stützt, dass von den Autoren eine auch nur ansatzweise Operationalisierung nicht geliefert wird, was einer praktisch beliebigen Verwendung durch Sachverständige den Boden bereitet.

Es ist für eine eindeutige Abgrenzung von deutlicheren Formen der Aggravation vorzuschlagen, die gemeinten minder schweren Formen auch als solche auszuzeichnen, nämlich als *minder schwere Verdeutlichung* = *leichte Aggravation*, denn gemeint ist exakt, was Rogers (2018) im internationalen Schrifttum unter dem Begriff des *Mild malingering* fasst:

„eine nur geringe und als noch benigne aufgefasste Form der Beschwerdenausweitung oder -überhöhung. ... Mit Rogers (2018) kann [von einer minder schweren Verdeutlichung] gesprochen werden, (1) wenn milde Verzerrungstendenzen in der Beschwerdendarstellung im diagnostischen Kontext (insbesondere in einer Begutachtung) nicht ein erwartungsgemäßes, situationsbedingtes Ausmaß übersteigen, (2) erhebliche Verzerrungen in der Beschwerdendarstellung nicht erkannt werden können und (3) die mutmaßlichen Verzerrungen nicht oder nur in geringem Umfang die Befunderhebung und diagnostische bzw. gutachtliche Beurteilung erschweren.

Eine exakte und wissenschaftlich basierte Abgrenzung zur Aggravation ist schwierig. Allgemein lässt sich sagen, dass eine minder schwere Verdeutlichung dann vorliegt, wenn durch sie eine valide Befunderhebung durch den Diagnostiker nicht wesentlich behindert wird. Spezifische Beschwerdenvvalidierungstests sollten in Fällen einer Verdeutlichung unauffällig ausfallen“ (Merten, 2020b).

**Abbildung 1:** Bedingungsgefüge und Kontexte, in denen bedeutsam verzerrte Symptom- und Beschwerdendarstellungen auftreten.



## VII. Schlussfolgerungen und Zusammenfassung

Wenn unter dem Begriff der Beschwerdvalidierung die Gesamtheit der Ansätze und Methoden zur Unterscheidung von authentischen und nicht-authentischen Beschwerdenschilderungen und Symptomdarstellungen, zur Beurteilung der Glaubhaftigkeit von Probandenangaben, zur Konsistenz- und Plausibilitätsprüfung innerhalb und zwischen allen verfügbaren Informationsquellen zur Beurteilung eines Falles verstanden wird, so kann es keine Frage sein, ob in einem Gutachten eine solide Beschwerdvalidierung vorgenommen werden soll oder nicht. Gutachten werden sich erheblich darin unterscheiden, inwieweit und in welcher Qualität sie eine Beschwerdvalidierung verwirklichen, ob diese primär auf empirisch-wissenschaftlichen Methoden evidenzbasiert erfolgt oder lediglich auf eminenzbasierte Empfehlungen Bezug nimmt, ohne diese überhaupt kritisch auf ihre Substanz geprüft zu haben. Im Gutachtenkontext wird eine sachverständige Person gut beraten sein, unter der Vielzahl von Ansätzen, die für ihr Fachgebiet potenziell relevant sind, die einschlägigen Methoden zu kennen und zu beherrschen, ihre Vor- und Nachteile, ihre Stärken und Schwächen, um ihre klassifikatorischen Eigenschaften, ihr Potenzial und ihre Grenzen zu wissen und dies, wo nötig, in geeigneter Form dem/der AuftraggeberIn zu vermitteln. Letztlich wird die Qualität eines Gutachtens daran zu bemessen sein, wieweit es auf objektiven und objektivierbaren Befunden beruht und wie gut nachvollziehbar, logisch stringent und überzeugend die getroffenen Beurteilungen abgeleitet werden.

## Literatur

- Anderson, J. R. (2015). *Cognitive psychology and its implications* (8th ed.). New York: Worth Publishers.
- Barth, J., de Boer, W.E.L., Busse, J.W., Hoving, J.L., Kedzia, S, Couban, R., Fischer, K., von Allmen, D.Y., Spanjer, J., & Kurz, R. (2017). Inter-rater agreement in evaluations of disability: A systematic review of reproducibility studies. *British Medical Journal*, 356, j14.
- Bass, C., & Halligan, P. (2014). Factitious disorders and malingering: challenges for clinical assessment and management. *Lancet*, 383, 1422–1432.
- Bikowski, W (1996). *Die „Schmerz-Simulations-Skala“ als Beitrag zur Erkennung von Aggravation bei der gutachterlichen Beurteilung von Schmerzen*. Dissertation, Universität Ulm.
- Cima, M., Hollnack, S., Kremer, K., Knauer, E., Schellbach-Matties, R., Klein, B., & Merkelbach, H. (2003). „Strukturierter Fragebogen Simulierter Symptome“. Die deutsche Version des „Structured Inventory of Malingered Symptomatology: SIMS“. *Nervenarzt*, 74, 977–986.
- Dickmann, J.R.M. & Broocks, A. (2007). Das psychiatrische Gutachten im Rentenverfahren – wie reliabel? *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie*, 75, 397–401.
- Dreßing, H. & Foerster, K. (2011). Die Begutachtung der PTBS. *Der Neurologe Psychiater*, 12, 32–41.

- Dreßing, H., Foerster, K., Widder, B., Schneider, F. & Falkai, P. (2011). Zur Anwendung von Beschwerdenvvalidierungstests in der psychiatrischen Begutachtung. *Nervenarzt*, 82, 388–390.
- Ekman, P. & O’Sullivan, M. (1991). Who can catch a liar? *American Psychologist*, 46, 913–920.
- Feuerpeil, S. (2020). Beschwerdenvvalidierung von psychischen Störungen. *Der Neurologe und Psychiater*, 21 (2), 20–23.
- Fishbain, D.A., Cole, B., Cutler, R.B., Lewis, J., Rosomoff, H.L. & Rosomoff, R.S. (2003). A structured evidenced-based review on the meaning of nonorganic physical signs: Waddell signs. *Pain Medicine*, 4, 141–181.
- Foerster, K. & Dreßing, H. (2014). Begutachtung bei sozialrechtlichen Fragen. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, 8, 17–25.
- Gould, R., Miller, B.L., Goldberg, M.A. & Benson, D.F. (1986). The validity of hysterical signs and symptoms. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 174, 593–597.
- Hall, H. V. & Pritchard, D. A. (1996). *Detecting malingering and deception. Forensic Distortion Analysis (FDA)*. Delray Beach, FL: St. Lucie Press.
- Hartwig, M. & Bond, C.F. (2011). Why do lie-catchers fail? A lens model meta-analysis of human lie judgments. *Psychological Bulletin*, 137, 643–649.
- Ishihara, S. (2000). *Ishihara’s tests for colour deficiency*. 38 plates edition. Tokyo: Kanehara & Co.
- Jones, A.B. & Llewelyn, L.J. (1917). *Malingering or the simulation of disease*. London: Heinemann.
- Kahneman, D. (2011). *Thinking fast and slow*. New York: Farrar, Straus, and Giroux.
- Keesler, M.E., McClung, K., Meredith-Duliba, T., Williams, K. & Swirsky-Sacchetti, T. (2017). Red flags in the clinical interview may forecast invalid neuropsychological testing. *The Clinical Neuropsychologist*, 31, 619–631.
- Kiester, P.D. & Duke, A.D. (1999). Is it malingering, or is it ‘real’? Eight signs that point to nonorganic back pain. *Postgraduate Medicine*, 106, 77–84.
- Klöfer, J. & Krahl, G. (2017). Psychiater und Psychologe – wer begutachtet was? – Einführung aus psychologischer Sicht. *Der medizinische Sachverständige*, 113, 264–268.
- Kurtz, D.B., White, T.L., Hornung, D.E. & Belknap, E. (1999). What a tangled web we weave: Discriminating between malingering and anosmia. *Chemical Senses*, 24, 697–700.
- Lachenmayr, B. & Wilhelm, H. (2019). Prüfung auf Simulation, Aggravation und Dissimulation. In Lachenmayr, B. (Hrsg.) (2019). *Begutachtung in der Augenheilkunde*. 3. Auflage (73–90). Berlin: Springer.
- Legner, R. & Cibis, W. (2007). Qualitätssicherung in der sozialmedizinischen Begutachtung. *Rehabilitation*, 46, 57–61.
- Martin, P.K., Schroeder, R.W., Olsen, D.H., Maloy, H., Boettcher, A., Ernst, N. & Okut, H. (2020). A systematic review and meta-analysis of the Test of Memory Malingering in adults: Two decades of deception detection. *The Clinical Neuropsychologist*, 34, 88–119.



- Melton, R. (1984). Differential diagnosis: A commonsense guide to psychological assessment. *Vet Center Voice Newsletter*, 5, 1–12 [cit. in Resnick 1997].
- Merten, T. (2014). *Beschwerdenvalidierung*. Reihe: Fortschritte der Neuropsychologie. Göttingen: Hogrefe.
- Merten, T. (2017). Logical paradoxes and paradoxical constellations in medicolegal assessment. *Psychological Injury and Law*, 10, 264–273.
- Merten, T. (2019). Beschwerdenvalidierung. In Schellig, D., Heinemann, D., Schächtele, B. & Sturm, W. (Hrsg.), *Handbuch neuropsychologischer Testverfahren* (Band 3, 547–584). Göttingen: Hogrefe.
- Merten, T. (2020a). Beschwerdenvalidität. In M. A. Wirtz (Hrsg.), *Dorsch – Lexikon der Psychologie*. 19. Auflage. Göttingen: Hogrefe.
- Merten, T. (2020b). Verdeutlichung. In M. A. Wirtz (Hrsg.), *Dorsch – Lexikon der Psychologie*. 19. Auflage. Göttingen: Hogrefe.
- Merten, T., & Merckelbach, H. (2013a). Forced-choice tests as single-case experiments in the differential diagnosis of intentional symptom distortion. *Journal of Experimental Psychopathology*, 4, 20–37.
- Merten, T., & Merckelbach, H. (2013b). Symptom validity testing in somatoform and dissociative disorders: A critical review. *Psychological Injury and Law*, 6, 122–137.
- Merten, T., & Merckelbach, H. (2020). Factitious disorder and malingering. In Geddes, J.R., Andreasen, N.C., & Goodwin, G.M. (Eds.), *The New Oxford Textbook of Psychiatry* (3rd ed., 1342–1349). Oxford, UK: Oxford University Press.
- Pankratz, L. & Paar, G. (1988). Test zur Symptomvalidität zur Einschätzung funktioneller Symptome. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie*, 36, 130–137.
- Resnick, P.J. (1988). Malingering of posttraumatic disorders. In Rogers, R. (Ed.). *Clinical assessment of malingering and deception* (83–103). New York: Guilford Press.
- Rogers (2018). Current status of clinical assessment of response styles. In Rogers, R. & Bender, S.D. (Eds.) (2018). *Clinical assessment of malingering and deception*. (4th ed., 571–591). New York: Guilford.
- Rogers, R. & Bender, S.D. (Eds.) (2018). *Clinical assessment of malingering and deception*. 4th edition. New York: Guilford.
- Roloff, G., Angielczyk, A. & Zoeke, B. (2014). *Anleitung für Simulanten. Reiseführer ins Schummelland*. Murnau: Mankau.
- Samuel, R.Z. & Mittenberg, W. (2005). Determination of malingering in disability evaluations. *Primary Psychiatry*, 12, 60–68.
- Schapmire, D.W., St. James, J.D., Townsend, R. & Feeler, L. (2011). Accuracy of visual estimation in classifying effort during a lifting task. *Work*, 40, 445–467.
- Schneider, W. et al. (2019). Begutachtung der beruflichen Leistungsfähigkeit. Teil II der Leitlinie zur Begutachtung psychischer und psychosomatischer Störungen. AWMF-Register Nr. 051-029. [www.awmf.org](http://www.awmf.org).
- Sherman, E.M.S., Slick, D.J. & Iverson, G.L. (2020). Multidimensional malingering criteria for neuropsychological assessment: A 20-year update of the malingered neuropsychological dysfunction criteria. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 35, 735–764.

- Steller, M. & Volbert, R. (1999). Forensisch-aussagepsychologische Begutachtung (Glaubwürdigkeitsbegutachtung). *Praxis der Rechtspsychologie*, 9, 46–112.
- Streppel, M. & Brusis, T. (2010). Zur Problematik der Simulation und Aggravation in der HNO-ärztlichen Begutachtung. *HNO*, 58, 125–131.
- Tombaugh, T. N. (1996). *Test of Memory Malingering (TOMM)*. North Tonawanda, NY: Multi-Health Systems.
- Verigin, B.L., Meijer, E.H., Bogaard, G., & Vrij, A. (2019). Lie prevalence, lie characteristics and strategies of self-reported good liars. *PLoS ONE*, 14 (12), e0225566.
- Volbert, R. (2004). *Beurteilungen von Aussagen über Traumata. Erinnerungen und ihre psychologische Bewertung*. Bern: Huber.
- Waddell, G., McCulloch, J.A., Kummel, E. & Venner, R.M. (1980). Nonorganic physical signs in low-back pain. *Spine*, 5, 117–125.
- Walk, H.-H. & Wehking, E. (2005). Objektivierung von Schmerz unter besonderer Berücksichtigung der Medikamentenspiegel. *Der medizinische Sachverständige*, 101, 166–168.
- Walter, F., Petermann, F. & Kobelt, A. (2012). Beschwerdvalidierung. Ein aktueller Überblick. *Rehabilitation*, 51, 342–348.
- Widder, B. (2011). Beurteilung der Beschwerdvalidität. In B. Widder & P. Gaidzik (Hrsg.). *Begutachtung in der Neurologie*. 2. Auflage (64–92). Stuttgart: Thieme.
- Widder, B. (2015, Mai). Beschwerdvalidierung bei neuropsychiatrischen Erkrankungen. Vortrag. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Neurowissenschaftliche Begutachtung (DGNB). Aachen.
- Widder, B. (2017). Klinische Tests zur Beschwerdvalidierung. *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie*, 85, 740–746.
- Widder, B. et al. (2017). Leitlinie für die ärztliche Begutachtung von Menschen mit chronischen Schmerzen. 4. Aktualisierung. AWMF-Leitlinie. AWMF-Register Nr. 094-003. [www.awmf.org](http://www.awmf.org).
- Widder, B. et al. (2019). Leitlinie Begutachtung psychischer und psychosomatischer Störungen. Teil I: Gutachtliche Untersuchung bei psychischen und somatischen Störungen. AWMF-Register Nr. 051-029. [www.awmf.org](http://www.awmf.org).
- Wilbourn, A.J. (1995) The electrodiagnostic examination with hysteria-conversion reaction and malingering. *Neurologic Clinics*, 13, 385–404.

*Korrespondenzadresse:*

Thomas Merten  
Vivantes Klinikum im Friedrichshain, Klinik für Neurologie  
Landsberger Allee 49  
10249 Berlin  
E-Mail: [thomas.merten@vivantes.de](mailto:thomas.merten@vivantes.de)