

**THEMENSCHWERPUNKT: BEGUTACHTUNG IM
SOZIALRECHT – NEUE PERSPEKTIVEN****Psychologische Begutachtung im Sozialrecht
Anforderungen – Methoden – Urteilsbildung***Ralf Dohrenbusch***Zusammenfassung**

Psychologische Sachverständigentätigkeit im Sozialrecht ist aufgrund bestehender medizinischer Verweissysteme und rechtlicher Rahmenbedingungen im aktuellen Versorgungssystem vergleichsweise wenig verbreitet. Zugleich bietet die akademische Psychologie aufgrund ihrer thematischen und auch methodologischen Ausrichtung beste Voraussetzungen dafür, um Entscheidungshilfen für die rechtliche Bewertung individueller Fähigkeiten, biopsychosozialer Eigenschaften, Funktionen und Funktionseinschränkungen zu liefern. Der Beitrag beleuchtet die rechtlichen und konzeptionellen Rahmenbedingungen für die Arbeit von Gutachtern, die für die Sozialgerichtsbarkeit tätig sind. Er gibt einen Überblick über die Anforderungen an Gutachter, zu Qualifikationsvoraussetzungen, typischen Fragestellungen, zu Besonderheiten der Untersuchungsmethodik und zu ausgewählten Aspekten der gutachterlichen Urteilsbildung.

Begutachtung zu sozialrechtlichen Fragestellungen wird als interdisziplinäre Kooperation von Juristen, Medizinern und Psychologen dargestellt. Dabei liegt der Schwerpunkt psychologischer Begutachtung auf der Beurteilung und Validierung intakter und gestörter Funktionen. Der Text soll auch dazu anregen, psychologische Gutachtertätigkeit im Sozialrecht als einen rechtspsychologischen Arbeitsbereich mit erheblichem Wachstumspotenzial zu etablieren.

Abstract

Psychological expert work in social law is comparatively little widespread in the current health care system due to the existing medical referral systems and legal framework conditions. At the same time, due to its thematic and methodological orientation, academic psychology offers excellent prerequisites for providing decision-making aids for the legal assessment of individual abilities, biopsychosocial properties, functions and functional restrictions. The article illuminates the legal and conceptual framework conditions



for the work of experts who work for social justice. It gives an overview of the requirements for experts, qualification requirements, typical questions, peculiarities of the examination methodology and selected aspects of the expert judgment.

Assessment on social law issues is presented as an interdisciplinary cooperation between lawyers, doctors and psychologists. The focus of psychological assessment is on the assessment and validation of intact and disturbed functions. The text is also intended to encourage the establishment of psychological expert work in social law as a legal psychological work area with considerable growth potential.

I. Einführung

Nach § 1 Abs. 2 des Sozialgesetzbuchs I (SGB I) soll das Sozialrecht dazu beitragen, ein menschenwürdiges Dasein zu sichern, gleiche Voraussetzungen für die freie Entfaltung der Persönlichkeit zu schaffen, die Familie zu schützen und zu fördern, den Erwerb des Lebensunterhalts durch eine frei gewählte Tätigkeit zu ermöglichen und besondere Belastungen des Lebens, auch durch Hilfe zur Selbsthilfe, abzuwenden oder auszugleichen. Umgesetzt wird dies durch die Sozialversicherung, die Sozialversorgung und die Sozialhilfe.

Für Sachverständige relevant sind v. a. Bestimmungen und Fragestellungen, die die Sozialversicherung und die Sozialversorgung betreffen. Aufgabe der Sozialversicherung ist die Absicherung gegen allgemeine Lebensrisiken wie Krankheit, Arbeitsunfall, Alter, Invalidität oder Pflegebedürftigkeit. Die Sozialversorgung dient u. a. Opfern (z. B. Kriegs- oder Wehrdienstopfern, Opfern von Straftaten), für die das Gemeinwesen eine besondere Verantwortung trägt.

Die Bestimmungen zur Umsetzung sozialrechtlicher Aufgaben sind v. a. im Sozialgesetzbuch festgelegt. Für Gutachter relevant sind v. a. SGB I „Allgemeiner Teil“, SGB IV „Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung“, SGB V „Gesetzliche Krankenversicherung“, SGB VI „Gesetzliche Rentenversicherung“, SGB VII „Gesetzliche Unfallversicherung“, SGB VIII „Kinder- und Jugendhilfe“, SGB IX „Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen“ und SGB XI „Soziale Pflegeversicherung“. Relevant sind diese Rechtsbereiche deshalb, weil sie Einschätzungen von Teilhabebeeinträchtigungen erfordern. Zugleich regelt das Sozialgerichtsgesetz (SGG) über Verfahrensvorschriften die prozessualen Abläufe von den Bedingungen der Klageerhebung bis zu Bestimmungen der Beweiserhebung und richterlichen Urteilsbildung.

Zur Durchsetzung gesetzlicher Leistungsansprüche entsteht in der Sozialgerichtsbarkeit umfangreicher Feststellungs- und Entscheidungsbedarf, speziell zur rechtlichen Bewertung gesundheitlicher Schädigungen, Krankheiten oder psychischer Störungen, zu deren Verursachung, zum Behandlungs- und Reha-



bilitationsbedarf und zur Bewertung der Auswirkungen von Erkrankungen oder psychischen Störungen auf die Funktions- und Leistungsfähigkeit. Dabei hat die Bedeutung psychischer Störungen und ihrer Auswirkungen auf die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft in den letzten Jahrzehnten deutlich zugenommen. So stieg der Krankenstand wegen psychischer Störungen in den vergangenen 40 Jahren von zwei auf 16,6 Prozent (Knieps & Pfaff, 2019). Die durch psychische Störungen ausgelösten Krankheitstage haben sich in dieser Zeit verfünffacht. Psychische Störungen sind mittlerweile die zweithäufigste Begründung für Arbeitsunfähigkeit und die häufigste Ursache für krankheitsbedingte Erwerbsminderung. In den letzten 22 Jahren stieg der Anteil von Personen, die aufgrund psychischer Störungen frühzeitig in Rente gingen, von 18,6 auf 43 Prozent (Deutsche Rentenversicherung Bund: Rentenversicherung in Zeitreihen 2018, S. 111). Solche Zahlen zeigen, dass die Beurteilung psychosozialer Funktionen und Funktionsstörungen für sozialrechtliche Entscheidungsprozesse von erheblicher Bedeutung ist. Insbesondere Fragen zur Wechselwirkung von psychischen Störungen und beruflicher Leistungsfähigkeit sind in den Fokus gerückt. Ihre fachgerechte Beurteilung erfordert gleichermaßen psychologische und medizinische Kompetenz.

II. Erfordernis interprofessioneller Begutachtung im Sozialrecht

Aufgrund der Ausrichtung des Sozialrechts auf die Hilfe und Unterstützung hilfebedürftiger oder benachteiligter Personen sind durchgängig zwei Themenbereiche Gegenstand rechtlicher Würdigung und Bewertung:

- *Gesundheitsschäden.* Dies können z. B. körperliche Krankheiten, psychische Störungen, Schädigungen oder Verletzungen oder andere Formen von Gesundheitsstörungen sein, von denen eine nachteilige oder beeinträchtigende Wirkung auf das Leben des Einzelnen ausgeht oder ausgehen könnte und die Rechtsansprüche der Beteiligten z. B. auf Versorgungsleistungen begründen können. Gegenstand rechtlicher Würdigung können z. B. die Art des Gesundheitsschadens oder dessen Verursachung (Kausalität) sein.
- *Auswirkungen von Gesundheitsschäden auf Merkmale der Teilhabe der Betroffenen am Leben in der Gemeinschaft.* Dies betrifft z. B. Funktions- und Leistungseinschränkungen oder andere Anknüpfungstatsachen, die für die rechtliche Bewertung etwa der Arbeitsfähigkeit, des Grades der Behinderung, der Erwerbsfähigkeit oder anderer Merkmale der Teilhabe am sozialen Leben erforderlich sind.

Zur Klärung der rechtlichen Sachverhalte, speziell zur Tatsachenfeststellung, kann das Gericht Sachverständige hinzuziehen, wenn es dies für erforderlich hält. Dabei gilt im Sozialrecht wie auch in anderen Rechtsbereichen, dass die

Tatsachenfeststellung und deren rechtliche Bewertung Sache des Gerichts und nicht des bzw. der Sachverständigen ist.

Wenn die Auswirkungen von Gesundheitsstörungen, Schädigungen oder Krankheiten auf die Funktions- oder Leistungsfähigkeit einer Person rechtlich zu bewerten sind, können die Anforderungen an das Gericht ausgesprochen komplex sein. In vielen Fällen ist daher die Zuarbeit sowohl durch MedizinerInnen und PsychologInnen angezeigt: durch MedizinerInnen und (bei psychischen Störungen) Psychologische PsychotherapeutInnen als ExpertInnen für die Erkennung, Behandlung und Bewertung behandlungsbedürftiger Krankheiten, Schädigungen oder psychischer Störungen, durch gutachtlich spezialisierte PsychologInnen mit Fachkompetenz in der Beschreibung, Messung und Vorhersage intakter und gestörter Funktionen, Fähigkeiten und Anpassungsprozesse und des individuellen Funktions- und Leistungsniveaus für die Beurteilung der Auswirkungen von Gesundheitsschäden auf Merkmale der Teilhabe.

Dass die akademische Psychologie geeignet ist, Wissen und Entscheidungshilfen für sozialrechtliche Fragestellungen zu liefern, illustrieren ihre Fachbereiche. So leistet die Biopsychologie Beiträge zum Verständnis intakter und normabweichender, geschädigter oder gestörter körperlicher (z. B. neurologischer, psychophysiologischer, endokrinologischer, motorischer) Funktionen, die Allgemeine Psychologie zum Verständnis kognitiver, emotionaler, motivationaler und handlungsregulatorischer Prozesse, die Entwicklungspsychologie zum Verständnis von Veränderungen motorischer, kognitiver, emotionaler, motivationaler und sozialer Funktionen über die Lebensspanne, die Sozialpsychologie zum Verständnis sozialer Funktionen und Anpassungsprozesse, die Differenzielle Psychologie, Diagnostik und Methodenlehre zu Inhalten und zur Methodik der Einzelfallbeurteilung, die klinische Psychologie zum Verständnis abweichenden oder krankhaften Erlebens und Verhaltens, die Arbeits- und Organisationspsychologie zur Beurteilung arbeits- und berufsbezogener Fähigkeiten und Funktionen und die Rechtspsychologie zur Abstimmung psychologischer Erkenntnisse und Methoden auf diverse Rechtskontexte. Alle genannten Bereiche liefern Erkenntnisse und Kompetenzen für die Beantwortung sozialrechtlicher Fragestellungen.

Besondere Bedeutung für gutachterliche Tätigkeiten im Sozialrecht kommt bislang der Neuropsychologie zu, deren Schwerpunkte in der Analyse, Bewertung und Behandlung neurologisch bedingter Funktions- oder Leistungsbeeinträchtigungen liegen. Ihre Bedeutung kommt u. a. in der Leitlinie zur Neuropsychologischen Begutachtung (Neumann-Zielke, Bahlo, Diebel, Riepe, Roschmann, Schötzau-Fürwentsches, Wetzig, 2015) zum Ausdruck, die einen konzeptionellen Rahmen auch für die Zusammenarbeit von JuristInnen, ÄrztInnen und PsychologInnen liefert und ggf. auch auf andere Gesundheitsstörungen ohne primär neurologischen Bezug übertragen werden kann.

Bisher sind jedoch in der sozialrechtlichen Versorgung PsychologInnen als GutachterInnen nur wenig präsent. Stattdessen werden von Gerichten und anderen Entscheidungsträgern (Behörden, Versicherungen u. a.) zur Bewertung krankheitsbedingter Funktions- und Leistungsbeeinträchtigungen im sozialrechtlichen Sicherungs- und Versorgungssystem ganz überwiegend ÄrztInnen hinzugezogen. Entsprechend existiert eine umfangreiche Literatur zur sozialmedizinischen Begutachtung im Allgemeinen (Fritze & Mehrhoff, 2012; Dörfler, Eisenmenger, Lippert, Wand, 2015; Schönberger, Mehrrens und Valentin, 2016 u. a.) und zur medizinischen Begutachtung psychischer Störungen im Besonderen (z. B. Foerster & Dreßing, 2009, Hoffmann-Richter, Jeger und Schmidt, 2012; Nedopil und Müller, 2017; Schneider, Frister & Olzen, 2006), der nur wenige psychologische Fachpublikationen gegenüberstehen.

NeuropsychologInnen als aktivste psychologische Gutachtergruppe zu sozialrechtlichen Fragestellungen werden meist als ZusatzgutachterInnen mit der Bewertung kognitiver Leistungsfunktionen und der Beurteilung der Beschwerdewalidität beauftragt, obwohl sie von ihrer fachlichen Ausrichtung her in der Lage und auch geeignet sind, F-Diagnosen gemäß ICD zu stellen und unter Einbezug medizinischer Befunde gutachterliche Fragestellungen zu beantworten. Die besondere Eignung von NeuropsychologInnen für Begutachtungsleistungen im Sozialrecht kann insofern angenommen werden, als das rechtliche Interesse der Sozialgerichte meist nicht dem medizinischen Nachweis von Krankheiten oder psychischen Störungen gilt, sondern den Auswirkungen von Gesundheitsschäden auf Funktionsmerkmale und auf die Teilhabe des/der Einzelnen am Leben in der Gemeinschaft, für deren Beurteilung PsychologInnen und insbesondere NeuropsychologInnen fachlich qualifiziert sind.

Vor diesem Hintergrund spricht sowohl das Leistungsspektrum der akademischen Psychologie als auch die gutachtenintensive Bewertungspraxis, die durch die zunehmende Bedeutung psychischer Störungen teilweise in eine Schiefelage geraten zu sein scheint, dafür, psychologische Fachkompetenz stärker als bisher in sozialrechtliche Entscheidungsprozesse einzubeziehen. Sowohl psychologische Theorien und Modelle als auch psychodiagnostische Verfahren sind relativ eng auf die Zielgrößen der rechtlichen Bewertungen abgestimmt, nämlich die Beurteilung von Funktionen und Funktionsstörungen, von Fähigkeiten und Fähigkeitseinschränkungen und von intaktem und gestörtem Erleben und Verhalten. Dabei ist der psychologische Ausgangspunkt traditionell der normale bzw. „gesunde“ Mensch, während der Ausgangspunkt medizinischer Bewertung das kranke bzw. gesundheitlich beeinträchtigte Individuum ist. Allein diese Akzentverschiebung könnte sich grundlegend auf Bewertungen und Praxisentscheidungen auswirken. Psychologische und medizinische Konzepte sollten daher gleichermaßen genutzt werden, um Rechtsentscheidungen zu Teilhabebeeinträchtigungen mit Blick auf den aktuellen wissenschaftlichen (und nicht nur, wie es in vielen rechtlichen Bestimmungen heißt: den aktuellen medizinischen) Forschungsstand treffen zu können.

III. Anforderungen an Gutachter

Die in den Sozialgesetzbüchern (SGB) festgelegten gesetzlichen Bestimmungen betreffen u. a. die Voraussetzungen für die Inanspruchnahme sozialrechtlich geregelter Hilfe- und Unterstützungsleistungen. Sie können hier nicht differenziert dargestellt werden. Die von Sozialgerichten beauftragten Sachverständigen sollten sowohl über die rechtlichen Hintergründe der Fragestellungen und Bestimmungen, zu denen Begutachtungsleistungen erbracht werden sollen, als auch über die Bedingungen rechtlicher Urteilsfindung und -begründung, so wie sie im Sozialgerichtsgesetz (SGG), § 202 SGG, ergänzt durch die Zivilprozessordnung, insbesondere die §§ 402 ff. ZPO, festgelegt sind, informiert sein.

1. *Fachliche Qualifikationsanforderungen an psychologische Sachverständige in der Sozialgerichtsbarkeit*

Wer als erfolgreiche(r) AbsolventIn des Psychologiestudiums zu psychologischen Sachverhalten Stellung nimmt, kann sich als „Sachverständige(r)“ bezeichnen. Der Begriff ist nicht weiter geschützt. Der erfolgreiche Abschluss des Faches (Diplom oder Master Psychologie) ist daher die zentrale Voraussetzung für gutachterliche Tätigkeit. Psychologische Sachverständigentätigkeit zu funktions- und leistungsdiagnostischen Fragestellungen setzt voraus, dass die Beweisfragen unter Verwendung psychologischer Theorien, Modelle und Methoden beantwortet werden können (z. B. Beurteilung biopsychologischer, motorischer, kognitiver, emotionaler, motivationaler und sozialer Funktionen und Funktionseinschränkungen, psychischer Störungen).

Trotzdem ist für die praktische Durchführung von Begutachtungen zu sozialrechtlichen Fragestellungen der Qualifikationsnachweis in der Regel nicht ausreichend. Zusatzkenntnisse (z. B. zu neuropsychologischen, arbeitspsychologischen, rehabilitationspsychologischen Themen oder zu Besonderheiten bei Kindern und Jugendlichen) können erforderlich sein und ggf. durch zertifizierte Fort- und Weiterbildungen erworben werden (z. B. Weiterbildung zur klinischen Neuropsychologin/zum klinischen Neuropsychologen der GNP, Fortbildungen in Neuropsychologie, Weiterbildung zum Fachpsychologen Rechtspsychologie BDP/DGPs, Masterstudiengang Rechtspsychologie, Master Rehabilitationspsychologie und Gesundheitspsychologie).

Die Approbation als Psychologische(r) PsychotherapeutIn ist lediglich eine Voraussetzung, um die Indikation für die Behandlungsbedürftigkeit einer psychischen Störung im System der gesetzlichen Krankenversicherung (geregelt in SGB V) zu stellen. Da wissenschaftliche Kompetenzen zur Erkennung und Behandlung psychischer Störungen im Psychologiestudium vermittelt werden, kann deren gutachterliche (fachliche/wissenschaftliche) Bewertung nach Ansicht des Verfassers nicht unter Approbationsvorbehalt stehen (vgl. auch Okulicz-Kozaryn, Schmidt, Banse, 2019). PsychologInnen sollten also als Sachverständige in der Lage sein, psychische Störungen zu diagnostizieren, sofern im

absolvierten Studium klinisches Störungs- und Behandlungswissen erworben wurde. Als Haupt- oder NebengutachterInnen sind sie insbesondere in der Lage, die Auswirkungen von Schädigungen oder Gesundheitsstörungen auf die Teilhabe der Betroffenen am Leben in der Gemeinschaft mittels psychologischer Konzepte und Modelle zur Funktions- und Leistungsfähigkeit zu beurteilen.

Von PsychologInnen nicht zu leisten ist die Diagnostik körperlicher Erkrankungen, daher setzt die Beurteilung von Funktions- und Leistungsbeeinträchtigungen aufgrund von körperlichen Krankheiten grundsätzlich medizinische Vorbefunde voraus.

2. Beachtung der rechtlichen Terminologie

Begutachtungsleistungen für das Gericht können in der Regel dann besser und überzeugender erbracht werden, wenn der oder die Sachverständige die grundlegenden rechtlichen Begriffe kennt. Deren Kenntnis ist auch erforderlich, um den/die Sachverständige(n) zu befähigen, sich keinesfalls zu den rechtlichen Sachverhalten zu äußern oder gar selbst rechtliche Bewertungen vorzunehmen (z. B. dazu, ob ein Gesundheitsschaden im rechtlichen Beweismaßstab des Vollbeweises gesichert werden konnte). Da das psychologische Fachgutachten das Gericht aber überzeugen soll, ist es in der Regel sinnvoll, sich als GutachterIn darüber zu informieren und auch daran zu orientieren, in welchen Kategorien das Gericht denkt und bewertet.

Insbesondere muss sich die Übersetzung von rechtlichen in psychologische Fragestellungen an der spezifischen Bedeutung der zugrunde liegenden Rechtsbegriffe orientieren. Zum Beispiel sind Einschränkungen der Fähigkeit einer Person, ihrer Arbeit nachzugehen, je nach Teilbereich des Sozialrechts unterschiedlich definiert und daher in unterschiedliche psychologische Fragestellungen zu übersetzen. So ist „Arbeitsunfähigkeit“ ein Begriff in der gesetzlichen Krankenversicherung, er wird hier u. a. als Voraussetzung für die Gewährung von Krankengeld verwendet. Arbeitsunfähigkeit liegt vor, wenn die zu beurteilende Person infolge einer Erkrankung nicht oder nur mit der Gefahr, ihren Zustand zu verschlimmern, ihre bisherige Erwerbstätigkeit weiter verrichten kann (BSG SozR 2200 § 182 Nr. 96). In der gesetzlichen Unfallversicherung ist Arbeitsunfähigkeit die Voraussetzung für die Zahlung von Verletztengeld und im sozialen Entschädigungsrecht die Voraussetzung für Versorgungskrankengeld (vgl. Erlenkämper 2003, S. 18 ff.). In Abgrenzung zur Arbeitsunfähigkeit bezieht sich die „Minderung der Erwerbsfähigkeit“ im Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung auf die durch schädigende Einwirkung bedingte „Minderung der körperlichen und geistigen Fähigkeit, sich unter Ausnutzung aller Arbeitsgelegenheiten im gesamten Erwerbsleben einen Erwerb zu verschaffen und Einkommen zu erzielen“ (vgl. § 56 SGB VII). Anders als bei der Erwerbsfähigkeit geht es hier um die Beurteilung der Möglichkeit, dass die Person auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt und unabhängig von ihren derzeitigen Arbeits-



bedingungen Einkommen erzielen kann. Im Jahr 2007 wurde der Begriff der Minderung der Erwerbsfähigkeit im sozialen Entschädigungsrecht, nicht aber in der gesetzlichen Unfallversicherung aufgegeben. In Abgrenzung zur Minderung der Erwerbsfähigkeit gilt im Bereich der gesetzlichen Rentenversicherung eine Person als (voll) erwerbsgemindert, die aufgrund gesundheitlicher Schäden oder Einschränkungen weniger als drei Stunden pro Tag einer gewinnbringenden beruflichen Tätigkeit nachgehen kann. Als teilweise erwerbsgemindert gilt, wer der Tätigkeit drei bis unter sechs Stunden nachgehen kann (§ 43, SGB VI).

Ein weiteres Beispiel für die unterschiedlichen Interpretationen und damit verbundenen Steuerungswirkungen von Rechtsbegriffen ist der Krankheitsbegriff. Krankheit im sozialrechtlichen Sinne ist ein regelwidriger Körper- oder Geisteszustand, der von der von gesunden Menschen geprägten Norm abweicht, zu Funktionsstörungen oder Beschwerden führt, die – je nach Rechtsgebiet – Behandlungsbedürftigkeit oder Beeinträchtigungen der Arbeits- oder Erwerbsfähigkeit bewirken. Dieser sozialrechtliche Krankheitsbegriff ist nicht mit dem medizinischen gleichzusetzen, der die Identifikation bzw. diagnostische Zuordnung, Erklärung und Behandlung von Gesundheitsstörungen zum Gegenstand hat. In der gesetzlichen Krankenversicherung begründet Krankheit die Notwendigkeit von ärztlicher/psychotherapeutischer Krankenbehandlung oder von Arbeitsunfähigkeit. In der gesetzlichen Rentenversicherung kommt es auf Behandlungsbedürftigkeit oder Arbeitsunfähigkeit nicht an, sondern nur darauf, ob die Krankheit die Erwerbsfähigkeit des Versicherten erheblich und dauerhaft mindert oder gefährdet. In der gesetzlichen Unfallversicherung und im sozialen Entschädigungsrecht kommt es allein darauf an, ob nach einem schädigenden Ereignis körperliche oder geistige Defektzustände oder vergleichbare Verletzungsfolgen aufgetreten sind, die ursächlich auf dieses schädigende (Unfall-) Ereignis zurückgeführt werden können. Der Krankheitsbegriff umfasst hier alle gesundheitlichen Folgen der Schädigung (Erlenkämper, 2003).

Die inhaltliche bzw. operationale Enge von Begriffen in Abgrenzung zum Alltagsverständnis oder zu psychologischen Begriffen zeigt sich auch in folgenden Bestimmungen: Von einer „Schädigungsfolge“ wird im Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung gesprochen, wenn eine Erkrankung oder psychische Störung nach einem Unfall oder einem anderen schädigenden Ereignis aufgetreten ist und die Erkrankung nach fachlichem Ermessen ursächlich auf das Ereignis zurückgeführt werden kann. Die Auswirkungen der Schädigungsfolge können in der gesetzlichen Unfallversicherung an der Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) und im sozialen Entschädigungsrecht am Grad der Schädigungsfolgen (GdS, § 30 Abs. 1 BVG) bemessen werden. Im Gegensatz zu den Folgen umschriebener Schädigungen liegt eine „Behinderung“ vor, wenn eine Person aufgrund gesundheitlicher Einschränkungen ungeachtet der jeweiligen Ursachen in der individuellen „Teilhabe bzw. Partizipation am Leben“ beeinträchtigt ist. Nach § 2 SGB IX sind Menschen behindert, wenn ihre körperlichen, geistigen



oder seelischen Beeinträchtigungen mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist.

Die Beispiele zeigen, dass je nach Teilbereich der Sozialgesetzgebung die Zielgrößen der rechtlichen Entscheidungsfindungen unterschiedlich definiert sein können. Ein Gutachten zu Fragen der Erwerbsminderung, das – in fehlerhafter Übersetzung in psychologische Fragestellungen – Antworten zur Arbeitsunfähigkeit liefert, ist gänzlich unbrauchbar. Übersichten über rechtliche und medizinische Fachbegriffe für GutachterInnen in der Sozialgerichtsbarkeit liefern Schiltewolf und Schwarz (2013) und über rechtliche und psychologische Fachbegriffe Dohrenbusch und Merten (2016).

3. Anforderungen an die Rolle des Sachverständigen in der Sozialgerichtsbarkeit

Wie in anderen Bereichen psychologischer Begutachtung muss jede(r) GutachterIn die Erwartungen an seine bzw. ihre unterschiedlichen Rollenmerkmale und Funktionen kennen und sich entsprechend verhalten. Die folgenden Punkte gilt es zu beachten:

- *Der Psychologe/die Psychologin als FachvertreterIn.* Als GutachterIn ist der/die PsychologIn Vertreter seines bzw. ihres Fachs und ausschließlich fachkundige(r) BeraterIn (vgl. BGHSt 3, 28) seiner Auftraggeber. Die Informationen zu Gesundheitsstörungen und zu krankheitsbedingten Funktions- oder Leistungsminderungen müssen mit geeigneten diagnostischen Methoden erhoben und auf Grundlage wissenschaftlicher (psychologischer) Erkenntnisse fachkundig bewertet werden. Persönliche Überzeugungen oder Bewertungen dürfen in die fachliche Bewertung nicht einfließen.
- *Sorge für Transparenz und Nachvollziehbarkeit.* Der/die Sachverständige sollte sein/ihr Vorgehen für den/die AuftraggeberIn möglichst anschaulich und nachvollziehbar machen. Letztere(r) soll durch das Gutachten in die Lage versetzt werden, eigene (rechtliche) Bewertungen vorzunehmen. Dies setzt voraus, dass das Gutachten so verständlich verfasst wurde, dass der/die AuftraggeberIn die gutachterlichen Untersuchungs- und Bewertungsschritte verstehen und zur eigenen Urteilsbildung nutzen kann. Grenzen einer fachwissenschaftlichen Vorgehensweise und Bewertung müssen kenntlich gemacht werden.
- *Bindung an Beweisfragen.* Der/die GutachterIn ist grundsätzlich an Beweisfragen und Weisungen gebunden (vgl. §§ 404a, 407a Abs. 4 Satz 1 ZPO). Hat der/die Sachverständige Zweifel an Inhalt, Fragestellung und Umfang des Auftrags, ist vor Erstellung des Gutachtens eine Klärung durch das Gericht (§ 407a Abs. 3 ZPO) herbeizuführen. Dies gilt auch, wenn Kosten

erkennbar außer Verhältnis zum Wert des Streitgegenstandes stehen oder einen angeforderten Kostenvorschuss erheblich übersteigen.

- *Beachtung der Grenzen eigener Fachkompetenz.* Der/die GutachterIn soll nicht Stellung nehmen zu Themen oder Fragestellungen, die sein/ihr Sachgebiet nicht betreffen. Die Abgrenzungen zu medizinisch und rechtlich zu bewertenden Sachverhalten sind strikt zu beachten, auch wenn sie nicht immer ganz eindeutig sind. Eine rechtliche Wertung sollte der/die GutachterIn grundsätzlich nicht vornehmen, sie ist Sache des/der AuftraggeberIn oder des Gerichts.
- *Professionelle Distanz im Umgang mit dem/der Probanden/Probandin.* In der Untersuchung erfordert die gutachterliche Rolle weitaus stärker als z. B. die therapeutische Rolle die Fähigkeit, sich vom Gegenüber und seinen Interessen mental und emotional zu distanzieren und den Klagen gleichermaßen wohlwollend und sachbezogen-kritisch zu begegnen. Eine wesentliche Aufgabe von Sachverständigen in der Sozialgerichtsbarkeit ist es, Aussagen und Testleistungen zum individuellen Funktions- und Leistungsniveau zu validieren und zwischen den Interessen bzw. funktions- und leistungsbezogenen Selbstkonzepten der Person und validierten bzw. objektivierten Befunden zu unterscheiden. Anders als z. B. in einer Psychotherapie, in der gemeinsame Ziele und eine positive emotionale Beziehung zwischen den Beteiligten das Geschehen bestimmen, kann die soziale Interaktion in der Begutachtung stärker durch (latente) Spannungen oder Interessenkonflikte gekennzeichnet sein. Denn die Rolle des/der Sachverständigen ist nicht die des/der Anwalts/Anwältin oder des/der Therapeuten/Therapeutin. Merkmale der Sachverständigenrolle sind vielmehr Wertneutralität, Unparteilichkeit, Fachbezogenheit und Ergebnisoffenheit.

Diese Rolle wird von PsychotherapeutInnen zumindest häufig als ungewohnt erlebt, und sie kann – je nach therapeutischer Ausrichtung – auch in direktem Widerspruch zum psychotherapeutischen Selbstverständnis stehen. Daher sollten PatientInnen nicht von ihren TherapeutInnen begutachtet werden. Auch scheint eine Spezialisierung gutachterlich tätiger Psychologinnen in Abgrenzung zu Psychologischen PsychotherapeutInnen sinnvoll und geboten.

IV. Rechte und Pflichten des/der zu Begutachtenden

Nach §§ 60 ff. SGB I ist ein(e) versicherte(r) AntragstellerIn zur Mitwirkung an der Sachaufklärung verpflichtet, wenn er/sie Sozialleistungen in Anspruch nehmen möchte. Verpflichtung zur Mitwirkung bedeutet, dass der/die AntragstellerIn alle Tatsachen angeben muss, die für die geforderte Leistung (z. B. Rente, Vergünstigungen am Arbeitsplatz) erheblich sind. Auch muss der Ertei-

lung erforderlicher Auskünfte durch Dritte zugestimmt und Änderungen in den Verhältnissen mitgeteilt werden, die für die Leistungen erheblich sind.

Nach § 62 SGB I soll sich der-/diejenige, der/die Sozialleistungen beantragt oder erhält, auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers ärztlichen und psychologischen Untersuchungsmaßnahmen unterziehen, soweit diese für die Entscheidung über die Leistung erforderlich sind.

Die Mitwirkungspflicht entfällt nach § 65 SGB I, sofern die Mitwirkung nicht in einem angemessenen Verhältnis zu der in Anspruch genommenen Sozialleistung steht oder dem/der AntragstellerIn die Mitwirkung aus einem wichtigen Grund nicht zugemutet werden kann oder wenn sich der/die EntscheidungsträgerIn die erforderlichen Kenntnisse durch geringeren Aufwand als die betroffene Person selbst beschaffen kann.

Die Verweigerung einer Begutachtung oder einzelner Teile kann aber beweisrechtliche Nachteile für den/die zu Begutachtende(n) zur Folge haben. Verweigert der/die AntragstellerIn die notwendige Sachaufklärung in der Begutachtung, so muss der/die AuftraggeberIn des Gutachtens (z. B. Sozialversicherungsträger) prüfen, ob der bisher ermittelte Sachverhalt für eine Entscheidung dennoch ausreicht. Ist das nicht der Fall, so muss der/die Versicherte über die möglichen Folgen einer fehlenden Mitwirkung informiert werden und es muss ihm/ihr Gelegenheit zur Nachholung gegeben werden.

Verweigert der/die zu Begutachtende die Durchführung einzelner Maßnahmen, so ist es nicht Aufgabe des Gutachters bzw. der Gutachterin, die Frage einer etwaigen Mitwirkungspflicht zu prüfen. Er/sie muss aber die Weigerung dokumentieren und die Auswirkungen der damit fehlenden Befunde auf die Sicherheit der gutachtlichen Schlussfolgerungen kenntlich machen.

V. Fragestellungen an GutachterInnen in der Sozialgerichtsbarkeit

Je nach Rechtsbereich der Sozialgesetzbücher ergeben sich für Sachverständige unterschiedliche Beweisfragen/Fragestellungen. Die folgenden gängigen Fragestellungen betreffen psychologisch prüfbare Sachverhalte:

- Im sozialen Entschädigungsrecht Fragen zur Soldatenversorgung nach Traumatisierungen oder Kriegseinsätzen, zur Entschädigung von Opfern von Gewalttaten (Opferentschädigungsgesetz) oder von Opfern des Unrechts in der ehemaligen DDR (Strafrechtliches Rehabilitationsgesetz). Beispielfragen: Liegt eine Gesundheitsstörung/psychische Störung des/der Versicherten vor? In welcher Art und welcher Ausprägung? Ist es wahrscheinlich, dass die Gesundheitsstörung auf das bezeichnete Schädigungsereignis zurückgeführt werden kann?

- In der gesetzlichen Krankenversicherung (SGB V) Fragen zum Behandlungsbedarf, zu Behandlungswirkungen oder zu den Auswirkungen einer Erkrankung oder psychischen Störung auf die Arbeitsfähigkeit der Versicherten. Beispielfragen: Welche (psychische) Erkrankung liegt vor? Ist wegen der psychischen Erkrankung eine psychotherapeutische Behandlung indiziert? War der/die Versicherte im angegebenen Zeitraum wegen psychischer Störungen arbeitsunfähig?
- In der gesetzlichen Rentenversicherung (SGB VI) Fragen zu krankheitsbedingter Frühberentung bzw. Zuerkennung einer Erwerbsminderungsrente sowie zur Notwendigkeit von Maßnahmen, die eine Erwerbsminderung verhindern können (Rehabilitationsbedarf, Rehabilitationsfähigkeit), z. B.: Ist der/die Versicherte in der Lage, trotz gesundheitlicher Beschwerden auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt im zeitlichen Umfang von drei bis unter sechs Stunden oder sechs bis acht Stunden täglich tätig zu sein? Kann erwartet werden, dass durch eine ambulante oder stationäre Rehabilitationsmaßnahme die berufliche Leistungsfähigkeit wiederhergestellt werden kann?
- In der gesetzlichen Unfallversicherung (SGB VII) Fragestellungen zu den Folgen von Arbeitsunfällen und der Beurteilung von Berufskrankheiten. Beispielfragen: Welche Gesundheitsstörungen liegen vor? War das schädigende Ereignis für die nachfolgend aufgetretene Gesundheitsstörung oder für sekundäre Gesundheitsschäden ursächlich? Welche unfallunabhängigen Ereignisse kommen als Erklärung für den eingetretenen Gesundheitsschaden in Frage? Wurden bestehende Leiden durch den Unfall wesentlich verschlimmert?
- In der Kinder- und Jugendhilfe (SGB VIII) z. B. Fragen dazu, ob bei einem Kind oder Jugendlichen eine Gefährdung der psychosozialen Entwicklung oder eine bereits manifeste seelische Behinderung vorliegt, die nach psychologischen Erkenntnissen durch geeignete Erziehungsmaßnahmen, durch die Inobhutnahme oder andere pädagogische oder psychosoziale Unterstützungsmaßnahmen (z. B. Erziehungshilfe) ausgeglichen werden kann.
- Im SGB IX Fragen zur Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen am Leben in der Gemeinschaft. Zu beantworten sind Fragen zum Vorliegen von Erkrankungen oder krankheitswertigen psychischen Störungen mit Auswirkungen auf die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft, gemessen am Grad der Behinderung, oder zu Entlastungen aufgrund spezieller Funktionseinschränkungen (sog. Merkzeichen).
- In der Pflegeversicherung (SGB XI) Fragen zur Art und zum Ausmaß gesundheitlicher (körperlicher und psychischer) Beeinträchtigungen und zum Pflegebedarf, z. B.: Sind die körperlichen/psychischen/sozialen Funktionen so stark eingeschränkt, dass regelmäßige/ständige Betreuung erforderlich ist?

Nicht selten stellen Sozialgerichte oder Versicherungen 20 oder mehr Fragen. In diesen Fällen ist es meist nicht erforderlich, für jede einzelne Frage eine genaue Übersetzung in umfänglich zu prüfende psychologische Hypothesen vorzunehmen, wie dies z. B. in psychologischen Begutachtungen zu familienrechtlichen Fragestellungen gefordert wird (vgl. z. B. Westhoff und Kluck, 2014). Meist sind für die Beurteilung einer einzelnen rechtlichen Frage (z. B.: Liegen die Voraussetzungen für die Zuerkennung einer Erwerbsminderungsrente vor?) diverse konkrete und abstrakte (psychologisch zu übersetzende) Fragestellungen vorgegeben. Etwa geht die Frage zur Erwerbsminderung häufig mit folgenden Fragen einher: An welchen Schwächen der körperlichen oder geistigen Kräfte leidet der/die KlägerIn? Wird er/sie dadurch gehindert, einer körperlich leichten/mittelschweren/schweren Tätigkeit nachzugehen? In welcher Form bzw. in welchem Umfang? Bestehen weitere Einschränkungen, wie z. B. kein Arbeiten in Zwangshaltungen, kein schweres Heben und Tragen, kein Arbeiten überwiegend im Stehen, kein Arbeiten im Freien oder unter Zugluft- und Nässeeinwirkung? Sind Tätigkeiten mit besonderen Anforderungen an die Reaktions- und Konzentrationsfähigkeit oder Tätigkeiten, die mit besonderer Verantwortung, Zeitdruck, Publikumsverkehr oder Nachtschichten verbunden sind, zu meiden? Könnte der/die Versicherte die bestehenden Beeinträchtigungen mit zumutbarer Willensanspannung überwinden? Wenn ja, in welchem Umfang? Bis wann? usw.

In diesen Fällen muss der/die Sachverständige prüfen, welche Beweisfragen eine Übersetzung in eigene psychologische Fragestellungen erfordern und welche Fragen direkt beantwortbar sind. Es kann sinnvoll sein, mehrere konkrete Detailfragen (z. B. zu den verschiedenen Facetten körperlicher Leistungsfähigkeit) zu einer geringeren Zahl multimethodal prüfbarer psychologischer Konstrukte bzw. Hypothesen (z. B. zur Ausprägung von körperlicher Kraft, Ausdauer, Beweglichkeit) zusammenzufassen und so die Verbindung zwischen Maßnahmen zur rechtlichen Tatsachensicherung und Maßnahmen zur psychologischen Befundsicherung deutlich zu machen.

Wird das Gutachten als Zusatzgutachten zu einem medizinischen Gutachten in Auftrag gegeben, dann beziehen sich die Fragestellungen meist auf ausgewählte Teilbereiche, die ohne psychologische Testverfahren nicht zuverlässig beurteilt werden können. Typischerweise sind dies im sozialrechtlichen Kontext Fragen zu spezifischen kognitiven Funktionen und Funktionsstörungen, zur Glaubhaftigkeit von Beschwerden und Beeinträchtigungen sowie zur Persönlichkeitsdiagnostik.

VI. Planung und Durchführung der gutachterlichen Untersuchung

1. Untersuchungsplanung

Die Untersuchungsplanung geht von den Beweisfragen aus. Auf diese stimmt der/die Sachverständige die Untersuchungsinhalte, das diagnostische Vorgehen, Art und Reihenfolge der zu verwendenden Untersuchungsmethoden sowie mögliche Verfahrensanpassungen bei unerwarteten Untersuchungsverläufen ab.

Dabei sind Kosten-Nutzen-Relationen und Zumutbarkeitsaspekte zu berücksichtigen. Bei risikobehafteten Untersuchungen ist das Nutzen-Risiko-Verhältnis besonders kritisch abzuwägen. Generell steht dem Probanden bzw. der Probandin gegenüber unzumutbaren Maßnahmen ein Verweigerungsrecht zu (vgl. §§ 62, 65 SGB I). Solche Verfahren sind aber meist nicht Teil psychologischer Begutachtung.

Die Befragung nach belastenden Erfahrungen oder Ereignissen, insbesondere wenn diese Gegenstand des Begutachtungsauftrages ist, gilt nicht als risikobehaftete Form der Untersuchung. Trotzdem kann die Konfrontation mit bestimmten körperlichen, kognitiven oder auch emotionalen Anforderungen das Risiko erhöhen, dass neurotisches oder inadäquates Verhalten bei dem/der zu Begutachtenden ausgelöst oder verstärkt wird. Hier kann eine Planung der Exploration mittels Explorationsleitfäden sinnvoll sein, der nicht nur die Inhalte, sondern auch mögliche Reaktionen des/der Befragten vorwegnimmt und ein adaptives Vorgehen erleichtert.

Sorgfältig zu planen ist die Auswahl standardisierter Mess- und Testverfahren zur motorischen und kognitiven Leistungsmessung. Durch die Auswahl und Abfolge der Tests soll sichergestellt werden, dass das Schwierigkeitsniveau auf die individuelle Leistungsfähigkeit abgestimmt ist, d. h. die Tests sollten in dem zu erwartenden Leistungsbereich möglichst gut differenzieren und dabei Über- und Unterforderungen sowie andere messreaktive Effekte vermeiden. Eine an aktuelle Begutachtungsleitlinien angepasste Testzusammenstellung ist an anderer Stelle publiziert (Dohrenbusch, 2015).

Zur Beurteilung des Schweregrades einer psychischen Beeinträchtigung oder einer Funktionseinschränkung kann es gerechtfertigt sein, Bedingungen zu simulieren, die für die zu begutachtende Person anstrengend oder unangenehm sind (z. B. Simulation von sonst vermiedenen Arbeitsbedingungen; Lenkung des Gesprächs auf Inhalte, die als aversiv erlebt werden; Konfrontation mit Situationen oder Reizen, die als belastend oder bedrohlich erlebt werden).

Art, Umfang und Zeitpunkt mutmaßlich aversiv erlebter Anforderungen sollten in die Untersuchungsplanung mit einfließen, ebenso mögliche Reaktionen, wenn die Testperson sich den Anforderungen verweigert. Da die Funktions- und Leistungsbeurteilung sowie Validierungsanforderungen eine Datenerhebung erfordern, bei der verschiedene Datenquellen und Datenebenen systematisch

aufeinander bezogen werden, sollten Planungen für die folgenden Methoden-
gruppen vorgenommen werden:

- Freie Exploration (alle relevanten Themenbereiche)
- Strukturiertes Interview (sofern erforderlich)
- Verhaltensbeobachtung unter Standard- bzw. Testbedingungen
- Verhaltensbeobachtung in der Interaktion bzw. im sozialen Kontext
- Standardisierte klinische Fragebogendiagnostik
- Standardisierte Persönlichkeitsdiagnostik
- Standardisierte Fragebogendiagnostik zum Funktionsniveau
- Psychologische Leistungsdiagnostik
- ggf. psychophysiologische Diagnostik (z. B. kardiovaskuläre Parameter, EMG)
- Validierungsdiagnostik zur Beurteilung von Antworttendenzen
- Validierungsdiagnostik zur Beurteilung von Leistungstestergebnissen

Wenn klinische Bewertungen psychischer Störungen gefordert sind, muss die Erhebung psychopathologischer Informationen geplant sein. Sie sollte u. a. eine klassifikatorische Diagnostik nach ICD 10 oder DSM 5 und Diagnostik im Sinne eines psychopathologischen Befundes ermöglichen.

In der Planung zu sichern sind aber auch die örtlichen Untersuchungsbedingungen, wie etwa behindertengerechte Zugänge und Untersuchungsmöglichkeiten. Die Testung des individuellen Funktions- und Leistungsniveaus erfordert äußere Bedingungen, die eine optimale Leistungsfähigkeit ermöglichen. Wenn Leistungsminderungen oder Funktionsbeeinträchtigungen unter erschwerten Bedingungen festgestellt werden, schränkt dies die Interpretierbarkeit der Ergebnisse ein.

Die Einladung des Probanden bzw. der Probandin zum Untersuchungstermin sollte Hinweise auf die zeitliche Dauer der Untersuchung, auf Verpflegungsmöglichkeiten und – sofern erforderlich – auf zu erwartende Leistungsanforderungen enthalten. ProbandInnen unter psychotroper Dauermedikation sollten für die Untersuchung die Medikamenteneinnahme nicht verändern. Weder sollten z. B. normalerweise eingenommene Schmerzmittel weggelassen werden, um den/die GutachterIn von der Schwere der Schmerzen zu überzeugen, noch sollten zur Untersuchung zusätzliche psychotrope Substanzen eingenommen werden.

2. Hinweise zur Durchführung der Untersuchung

a. Allgemeine Empfehlungen

Zu Beginn der Untersuchung sollte der/die GutachterIn den Probanden bzw. die Probandin über alle relevanten Schritte der Begutachtung informieren. In Bezug auf seine/ihre Person weist er/sie darauf hin, dass er/sie weder FürsprecherIn des Betroffenen noch InteressenvertreterIn des/der AuftraggeberIn ist.

Ebenso weist er/sie darauf hin, dass die Schweigepflicht Einschränkungen unterliegt. In Gutachten, die von Gerichten in Auftrag gegeben wurden, gibt der/die zu Untersuchende durch die Teilnahme an der Untersuchung sein/ihr Einverständnis, dass er/sie mit der Weitergabe der Daten an den/die AuftraggeberIn einverstanden ist. In allen anderen Fällen ist eine schriftliche Entbindung von der Schweigepflicht einzuholen.

Drittpersonen sollten in die Untersuchung (Befragung, Testung) des oder der zu Begutachtenden wegen der dadurch ggf. veränderten sozialen und motivationalen Rahmenbedingungen möglichst nicht direkt einbezogen werden (Brockhaus, 2016). Das schließt nicht aus, solche Personen zu relevanten Sachverhalten zu befragen, wenn dies zur psychologischen Urteilsbildung erforderlich ist. Dazu ist aber das Einverständnis der zu begutachtenden Person erforderlich. Im Zweifel kann es sinnvoll sein, die Möglichkeit der Befragung Dritter durch den/die AuftraggeberIn bzw. durch das Gericht bestätigen zu lassen. Teilweise ist der Aspekt der Einbeziehung Dritter in die Untersuchung in Fachkreisen umstritten.

b. Körperliche Untersuchung

Die Bewertung der Auswirkungen körperlicher Erkrankungen auf das Funktions- oder Leistungsniveau setzt die gesicherte medizinische Diagnose voraus. Psychiatrische Diagnosen erfordern in der Regel den Ausschluss einer zugrunde liegenden organischen Störung oder eines medizinischen Krankheitsfaktors, der die psychische Symptomatik vollständig erklärt (Stevens, Fabra, Merten, 2009).

Erkenntnisse zu körperlichen Erkrankungen, Schädigungen oder Dysfunktionen liegen bei Gutachtenaufträgen aus der Sozialgerichtsbarkeit in aller Regel durch ärztliche Aktenbefunde vor. Der bzw. die Sachverständige muss prüfen, ob diese ausreichend sind, um das Vorliegen krankheitsbedingter Funktions- oder Leistungsbeeinträchtigungen beurteilen zu können. Wenn sie nicht ausreichend sind (also offenlassen, ob und in welchem Umfang eine Erkrankung oder körperliche Schädigung vorliegt), kann es notwendig sein, weitere medizinische Zusatzgutachten bei dem/der AuftraggeberIn anzufordern.

Mitunter werden PsychologInnen in der Sozialgerichtsbarkeit als ZusatzgutachterInnen in die Begutachtung einbezogen, weil die beklagten Funktions- oder Leistungsbeeinträchtigungen durch die körperlichen Schäden oder Erkrankungen nicht ausreichend erklärt werden können. In diesen Fällen sollte sich der/die GutachterIn anhand der medizinischen Befunde selbst ein Bild davon machen,

welcher Art die körperlichen Schädigungen sind und welche direkten Auswirkungen von ihnen unmittelbar auf das Funktions- und Fähigkeitsniveau zu erwarten sind. Spezialisierte Begutachtungen zu funktionellen Auswirkungen neurologischer Erkrankungen liefern neuropsychologische Sachverständige, die ausgehend von neurologischen Schädigungen spezifische Hypothesen zu Art und Ausmaß neurologisch bedingter Leistungsbeeinträchtigungen prüfen.

Generell sollten gutachtende PsychologInnen in der Sozialgerichtsbarkeit über das notwendige klinisch-psychologische bzw. verhaltensmedizinische Krankheitswissen verfügen, um Fragen zu krankheitsbedingten Funktions- und Leistungsbeeinträchtigungen beantworten zu können. Sie sollten in der Lage sein, medizinischen Befunden die mit den Diagnosen verbundenen Erscheinungsbilder zuzuordnen, um deren Auswirkungen auf Funktions- und Leistungsmerkmale abschätzen zu können. Meist sind erfahrene psychologische GutachterInnen aus medizinischen Versorgungseinrichtungen (Rehabilitationskliniken, Schmerzkliniken, BG-Kliniken usw.) in der Lage, Umfang und Nachvollziehbarkeit der medizinischen Befunde zu bewerten, die sie aus ihrer Praxis kennen.

c. Freie Exploration

Die freie Exploration dient v. a. der Erhebung der für die Beantwortung der gutachterlichen Fragestellungen relevanten Detailinformationen. Sie eignet sich, um die spezifischen Bedingungen von Beschwerden, Beeinträchtigungen, Verarbeitungsprozessen, Kontextbedingungen, Ressourcen und Hindernissen detailliert aus Sicht der untersuchten Person zu beschreiben. Außerdem können dynamische Prozesse und Wechselwirkungen zwischen situativen Bedingungen und personalen Faktoren, die wesentlich zum Verständnis des Krankheits- oder Störungsbildes und seiner Auswirkungen auf das Funktionsniveau beitragen, häufig nur explorativ ermittelt werden.

Bei krankheitsbedingten Funktions- und Leistungsbeeinträchtigungen können z. B. Detailinformationen zu folgenden Themenbereichen erhoben werden:

- Angaben zur Gesundheit bzw. zu intakten Funktionen und Fähigkeiten. Inhalte: Entwicklung körperlicher Gesundheit (körperliches Funktionsniveau, motorische Entwicklung), Entwicklung der Persönlichkeit und seelischer Gesundheit (Wohlbefinden, Stabilität, Selbstwertempfinden, Problemlösekompetenz, Anpassungsfähigkeit, Selbstaktualisierung u. a.), Entwicklung kognitiver Funktionen (Sprache, Gedächtnis, Intelligenz usw.), motivationale Entwicklung (Motive, Interessen u. a.), soziale Entwicklung (Kontakt- und Beziehungskonstellationen in Kindheit, Jugend und Erwachsenenalter, Entwicklung des Bindungsverhaltens, Entwicklung des sozialen Netzwerks, Entwicklung des sozialen Rollenverhaltens u. a.); Angaben zur aktuellen Situation: aktuelle Belastungs- und Unterstützungsfaktoren, körperliche und psychische Gesundheit, Aktivitätsniveau, Selbstversorgung, Gesundheitsverhalten.



- Angaben zu Erkrankungen und psychischen Störungen. Inhalte: Krankheits- oder Störungsanamnese, Beschwerden, Krankheitsverhalten, Diagnosen, Krankheitsverarbeitung, Therapiemaßnahmen, Rehabilitation.
- Angaben zur Leistungsentwicklung, zu intakten und gestörten Funktionen und zu Leistungsmerkmalen. Inhalte: Leistungsförderliche und leistungsbeeinträchtigende Erfahrungen in Kindheit und Jugend, Selbstwert- und Resilienzentwicklung, Problembewältigungskompetenz, Entwicklung motorischer, kognitiver, motivationaler und sozialer Fähigkeiten, schulische und berufliche Entwicklung, aktuelles berufliches und außerberufliches Kenntnis- und Fähigkeitsniveau; Entwicklung und Erscheinungsformen von Leistungsmotivation.

Anders als in psychiatrischer Begutachtung (vgl. Stevens, 2009) ist die freie Exploration in psychologischer Begutachtung nicht notwendig das Kernstück der Funktions- und Leistungsbewertung. Freie Exploration liefert v. a. Informationen, die auf andere Weise (z. B. durch Tests) nicht gewonnen werden können, sie gilt dadurch aber nicht prinzipiell als wichtiger oder entscheidend für die gutachterliche Urteilsbildung. Selbstverständlich werden auch in einer freien Exploration (wie im psychischen Befund der Psychiatrie) Verhaltensbeobachtungen dazu genutzt, um die Bedeutung der Angaben kontextbezogen interpretieren zu können.

d. Standardisierte Befragung

Standardisierte Befragung mittels Fragebogen oder strukturiertem Interview bietet den Vorteil einer kontrollierten Vorgabe von Items/Fragen mit definierten Messeigenschaften. Vorteile standardisierter Verfahren sind v. a. ihre Testgüteeigenschaften Reliabilität, Objektivität, Validität und Normierung, außerdem die Möglichkeit der kontrollierten Erfassung von Antworttendenzen bzw. negativen und positiven Antwortverzerrungen. Normierte Fragebögen liefern durch ihre Messeigenschaften spezifische Informationen, die weder durch frei explorierte Informationen noch durch den „psychischen Befund“ der Psychiatrie ersetzt werden können. Fragebogenwerte sollen daher auch keinen „psychischen Querschnittsbefund ersetzen“ (vgl. Stevens et al., 2009), sondern notwendige Informationen liefern, die in ihrer Aussagekraft bei sachgerechter Anwendung in der Einzelfalldiagnostik nicht generell schwächer zu bewerten sind als z. B. frei explorierte Angaben. Das Risiko verzerrter oder verfälschter Angaben ist bei standardisierten Verfahren nicht höher zu veranschlagen als bei frei explorierten Angaben, muss aber selbstverständlich bei der Interpretation berücksichtigt werden.

Klinische Fragebögen mit hoher Transparenz der Messintention und hoher Augenscheinvalidität für die Erfassung gesundheitlicher Probleme liefern in der Regel keine maßgebliche Grundlage für den psychologischen Befund. Sie können aber sinnvoll sein, um das Selbstkonzept des Probanden bzw. der Probandin in Bezug auf wahrgenommene Beschwerden und Beeinträchtigungen zu veran-



schaulichen. Ohne die notwendige Validierung des Antwortverhaltens und ohne Überprüfung der Antwortvoraussetzungen können und sollen aber die Ergebnisse leicht verfälschbarer klinischer Fragebögen nicht zur Beurteilung klinischer Störungen oder krankheitsbedingter Beeinträchtigungen verwendet werden.

Klinische Fragebögen eignen sich in der Regel auch nicht dazu, die klassifikatorische Diagnostik nach ICD oder DSM zu ersetzen. Vielmehr dienen sie der dimensionalen Beschreibung störungsrelevanter Merkmale.

Bei umfassenden sozialrechtlichen Fragestellungen (z. B. zum Grad der Behinderung oder zur Erwerbsminderung) kann es sinnvoll sein, die Auswahl von Fragebögen gleichermaßen auf die Erfassung intakter und gestörter Eigenschaften und Funktionen abzustimmen, um so einer einseitig störungs- oder krankheitsorientierten (potenziell ergebnisverzerrenden, voreingenommenen) Begutachtung entgegenzuwirken. Das kann bedeuten:

- Erfassung von typischen Persönlichkeitseigenschaften des/der Befragten und von Merkmalen des allgemeinen Funktionsniveaus, des Alltagsverhaltens, des Gesundheitsverhaltens, der Selbstversorgung und der sozialen Beziehungen. Die Kennwerte sollen u. a. darauf ausgerichtet sein, intakte Funktionen und Verhaltensdispositionen zu beurteilen, die auf Bewältigungsfähigkeiten und Ressourcen schließen lassen. Hinweise auf geeignete Konstrukte liefern z. B. Weber und Rammsayer (2005).
- Erhebung von Kennwerten zu Beschwerden, Beeinträchtigungen, psychischen Störungen und Erkrankungen, störungsspezifischen Denk- und Verhaltensmustern, die mit Funktions- oder Leistungsbeeinträchtigungen einhergehen. Angaben zu potenziell geeigneten Fragebögen enthält z. B. das Collegium Internationale Psychiatricum (2015).
- Erhebung von Merkmalen des Leistungsverhaltens, insbesondere zur Beurteilung von Kenntnis- und Fähigkeitsvoraussetzungen, motivationalen Bedingungen und zum leistungsbezogenen Selbstkonzept. Hinweise auf geeignete Fragebögen zur Funktions- und Leistungsdiagnostik liefern z. B. Bengel, Wirtz und Zwingmann (2008) oder Schumacher, Klaiberg & Brähler (2003).

e. Verhaltensbeobachtung

Die Gewinnung von Verhaltensbeobachtungsdaten sollte über den gesamten Verlauf der gutachterlichen Untersuchung erfolgen. Um bei der Urteilsbildung verschiedene Datenebenen und Datenquellen psychologisch aufeinander beziehen zu können, können getrennte Beobachtungssysteme bzw. Beobachtungskategorien für Verhalten ohne klinischen Bezug und ohne Leistungsbezug für klinisch relevantes Verhalten und für leistungsbezogenes Verhalten sinnvoll sein.

Verhalten ohne klinischen Bezug und ohne Leistungsbezug ist das in der Untersuchung gezeigte spontane oder reaktive Verhalten, das auf intakte Funk-

tionssysteme oder eine überwiegend uneingeschränkte Steuerungsfähigkeit der Person hinweist. Beobachtungen können z. B. das äußere Erscheinungsbild, Sprechverhalten und Sprache, das nonverbale Ausdrucksverhalten, sonstige Merkmale des Interaktionsverhaltens sowie Hinweise auf überwiegend intakte kognitive, motorische, emotionale, motivationale und soziale Funktionen betreffen.

Verhaltensbeobachtungen mit klinischem Bezug sind auf Verhaltensweisen ausgerichtet, die mit gesundheitlichen Störungen assoziiert sind oder in denen sich Erkrankungen oder Störungen manifestieren. Eine Zusammenstellung klinisch relevanter Beobachtungen enthält z. B. der psychische bzw. psychopathologische Befund nach AMDP (Freyberger & Möller, 2004). Unabhängig davon sollten das (mutmaßlich unwillkürliche bzw. der willentlichen Steuerung entzogene) Symptomverhalten, die Situationsabhängigkeit des Symptomverhaltens und das (explizite bzw. der willentlichen Steuerung unterlegene) Klageverhalten möglichst fortlaufend und anhand eines Kategoriensystems zur Verhaltensbeobachtung dokumentiert werden.

Beobachtungen des Leistungsverhaltens betreffen Verhaltensweisen, die unter Leistungsbedingungen gezeigt werden. Sie schließen Informationen zum Arbeitsverhalten in Leistungssituationen ein, aber auch Beobachtungen während der Bearbeitung standardisierter Verfahren generell, Beobachtungen zur Leistungskurve im mehrstündigen Untersuchungsverlauf, zum Pausenverhalten und zu Hinweisen auf motivationale Bedingungen, unter denen ein bestimmtes Leistungsverhalten gezeigt wurde (vgl. Meise, 2007).

f. Psychologische Leistungstests

Psychologische Leistungsdiagnostik erfordert fundierte Kenntnisse zu den zu erhebenden Eigenschaften (Fähigkeiten, Fertigkeiten, Kompetenzen), zu Messeigenschaften der verwendeten Verfahren und zur Beurteilung der Voraussetzungen für einzelfallbezogene Testwertinterpretationen (Validierungskompetenz). Jede Testanwendung sollte sachkundig mit methodologischer Fachkenntnis unter Einbezug der Testmanuale und evaluierter Interpretationshilfen erfolgen. Interpretationen von Testleistungen beschränken sich aber in der Begutachtung nicht auf Normwertinterpretationen, vielmehr müssen Merkmale des Testverhaltens und der Testmotivation in die Interpretation einbezogen werden.

Grundsätzlich bilden psychologische (motorische und kognitive) Leistungstestergebnisse die maximale Leistungsfähigkeit einer Person in der Testsituation ab. Die Tests liefern daher streng genommen nur Schätzwerte für die situationsbezogene individuelle Leistungsfähigkeit bei optimaler Leistungsmotivation. Die Testwerte bilden nicht ab, wie leistungsfähig die getestete Person im Alltag oder am Arbeitsplatz tatsächlich ist, da dies nur unter Berücksichtigung der Anforderungsbedingungen im Alltag und der Wechselwirkungen zwischen Anforderungsbedingungen und Fähigkeitsmerkmalen geschätzt werden kann.

Leistungstestwerte können daher nur orientierend zur Schätzung des Leistungsniveaus unter den Alltags- oder Leistungsbedingungen genutzt werden.

Schwerpunkte psychologischer Leistungsdiagnostik liegen aktuell in der Erfassung kognitiver Fähigkeiten. Die Interpretation von Testergebnissen zur kognitiven Leistungsfähigkeit sollte im Kontext psychologisch bzw. empirisch gestützter aktueller Modelle der Informationsverarbeitung und kognitiven Leistungsfähigkeit erfolgen. Gängig ist die Unterscheidung in Funktionen der Wahrnehmung, der Aufmerksamkeit, des Gedächtnisses, des konvergenten und divergenten Denkens, exekutiver Funktionen sowie sprachlicher Fähigkeiten (z. B. Schellig, Drechsler, Heinemann, Sturm, 2009, Bd.1).

Im Vergleich zur Diagnostik kognitiver Funktionen liegen zur Diagnostik motorischer Funktionen weniger elaborierte Testverfahren vor (Schellig, Heinemann, Schächtele, Sturm, 2018). Entsprechend muss bei der Beurteilung der motorischen Leistungsfähigkeit vermehrt auf Ergebnisse medizinischer (d. h. körperlicher, klinischer und apparativer) und ggf. auch physiotherapeutischer Untersuchungen zurückgegriffen werden. Beispielsweise kann die motorische Leistungsfähigkeit unter standardisierten Testbedingungen über kontrollierte Verhaltensbeobachtungen unter Verwendung von Maßen für die körperliche Kraft, Beweglichkeit, Ausdauer und Koordinationsfähigkeit bewertet werden (vgl. IFL nach Isernhagen, 1988).

So wie die Interpretation von Fragebogenwerten von den Antwortmotiven der befragten Personen abhängen kann, können die Ergebnisse von Leistungstests von der Anstrengungsbereitschaft der Testperson in der Untersuchung abhängen. Eine ausreichende Leistungsmotivation kann im Begutachtungskontext nicht vorausgesetzt werden, sie muss in der Untersuchung durch geeignete Verfahren geprüft werden (Plohmann, 2017). Zudem erfordert die Beurteilung der individuellen Leistungsfähigkeit mithilfe von Leistungstests den Vergleich von Individualwerten mit geeigneten Normstichproben. Deren Auswahl sollte daran bemessen werden, welche Vergleichsgruppe für die Beantwortung der gutachterlichen Fragestellung relevant ist. Wenn z. B. geprüft werden soll, ob eine Testperson durch Aufmerksamkeitsstörungen in ihrer Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft beeinträchtigt ist, dann erfordert dies den altersajustierten Abgleich mit einer bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe. Der Vergleich mit Leistungen klinischer Stichproben kann zur Beurteilung störungs- oder krankheitsbedingter Leistungseinschränkungen sinnvoll sein. Der Vergleich mit Berufsgruppennormen kann sinnvoll sein, um die Einsatzfähigkeit in bestimmten beruflichen Leistungskontexten abzuschätzen.

g. Psychophysiologische Diagnostik

Psychophysiologische Methoden (z. B. Herzrate, Blutdruck, Herzratenvariabilität, Hautleitfähigkeit, EEG, elektromyographische Kennwerte) können zur Beurteilung intakter und gestörter körperlicher Funktionen verwendet werden.



Sie können z. B. bei Beweisfragen zur körperlichen Belastbarkeit oder zu den Auswirkungen psychosomatischer/psychophysiologischer Krankheitsbilder geeignet sein, um die individuellen Besonderheiten der Belastungswahrnehmung und -verarbeitung unter Leistungsbedingungen ergänzend zu beurteilen (Rösler, 1998). Ebenso können sie nützlich sein, um die Auswirkungen von Erkrankungen oder psychophysiologischen Störungen auf die körperliche oder psychische Belastbarkeit zu beschreiben.

Psychophysiologische Methoden können sowohl unter Standardbedingungen (z. B. als Stressexperiment unter kontrollierten Bedingungen, vgl. Kudielka, et al., 2007) als auch in freier Folge im Untersuchungsverlauf (z. B. durch wiederholte Blutdruck- und Herzratenmessungen nach be- und entlastenden Untersuchungsteilen) diagnostisch verwertbare Informationen liefern. Ihre Eignung für die Beurteilung der Glaubhaftigkeit ereignisbezogener Aussagen bzw. von Aussagen zu Erfahrungen, die die befragte Person mit sich selbst, mit erlebten Schädigungen, Traumatisierungen oder Schädigungsfolgen gemacht hat, ist aber begrenzt (Steller, 1987).

Unter kontrollierten Testbedingungen (z. B. Trierer-Stress-Test) können psychophysiologische Methoden wichtige Ergänzungen zu Selbstberichten und Verhaltensbeobachtungen zu psychophysiologischen Reaktionsstereotypen, dispositionellen Bedingungen für psychophysiologische Störungen, interozeptiven Bedingungen sowie zu Risiko- und Protektivfaktoren für psychische oder psychosomatische Störungen liefern. Der Abgleich von Selbstberichten und Verhaltensbeobachtungen mit physiologischen Daten kann Aufschluss für die Bewertung des Erlebens und Verhaltens geben, wenn die Datenebenen in Bezug auf Symptom- oder Leistungsverhalten auffällig diskrepant oder psychologisch nicht plausibel sind. Beispielsweise passen Klagen über massive situative Ängste nicht zu physiologischer Tiefenentspannung. Insofern können physiologische Kennwerte in der Begutachtung Beiträge zum Verständnis individueller emotionaler und motivationaler Prozesse liefern.

h. Validierungsdiagnostik

Die Validierung erhobener Informationen zählt zu den wichtigsten und zugleich auch komplexesten gutachterlichen Anforderungen. Dabei geht es in der Individualdiagnostik weniger um die Validität der Testverfahren als darum, ob die erhobenen Informationen die zu messenden Merkmale und Eigenschaften im Einzelfall zutreffend abbilden. Ein inhalts- und konstruktvalider Test kann im Einzelfall gänzlich unbrauchbare Ergebnisse liefern, etwa wenn die befragte Person willentlich unzutreffende Angaben macht. Valide Individualergebnisse sind insofern nicht schon durch valide Tests gegeben, sondern erst dadurch, dass die externen und internen Bedingungen der Informationsgewinnung systematisch so aufeinander bezogen und in Verbindung mit Validierungsinstrumenten interpretiert werden, dass daraus die Wahrscheinlichkeit für die Gültigkeit der



Beobachtungen oder Äußerungen im Einzelfall abgeleitet werden kann. Validierungsdiagnostik stützt sich u. a. auf die folgenden Prinzipien und Methoden:

- *Konsistenzprüfungen.* Diese können z. B. die Kontrolle der Übereinstimmung von Kennwerten, Beobachtungen oder Aussagen aus Aktenmaterial, standardisiert und frei explorierten Angaben, Verhaltensbeobachtungen, psychophysiologischen Messungen und Leistungstests betreffen. Besonders geeignet für Konsistenzvergleiche sind intraindividuelle Wertevergleiche standardisierter und normierter klinischer, funktions- oder persönlichkeitsdiagnostischer Tests/Fragebögen. Intraindividuelle Abweichungen (und Übereinstimmungen) können mit normierten Tests unter Berücksichtigung der jeweiligen Messeigenschaften (Reliabilität, Validität) zufalls- und valenzkritisch geprüft werden (s. Bühner, 2011), wodurch sich die Bewertungssicherheit für konsistente und inkonsistente Ergebnisse erhöht.
- *Plausibilitätsprüfungen.* Diese betreffen die Vereinbarkeit der erhobenen Informationen (Kennwerte, Beobachtungen oder Aussagen) mit psychologischen Modellen oder kontrollierten Vergleichen zwischen „wahrscheinlichen“ (psychologisch plausiblen) und wenig(er) wahrscheinlichen Reaktionsmustern. Auch die fachliche Abstimmung klinischer Beobachtungen und Symptomäußerungen mit klinischen Diagnosekriterien oder Krankheitskonzepten kann hier verortet werden.
- *Kontrollskalen zur Überprüfung von Antwortverzerrungen.* Diese können zur Abschätzung formaler und inhaltlicher Tendenzen in der Selbstbeschreibung (Dohrenbusch, 2019) sowie zur Kontrolle der individuellen kognitiven und motivationalen Bezugssysteme bei der Fragenbeantwortung genutzt werden. Beschwerdendvalidierung ist dabei nur eine Facette der Validierung, d. h. mögliche Antwortverzerrungen sind immer auch auf erfragte Persönlichkeitseigenschaften, Fähigkeiten, Einstellungen, Verhaltensstile und andere Eigenschaften ohne klinischen Bezug zu prüfen. In der Begutachtung zu sozialrechtlichen Fragestellungen gilt die Verwendung mindestens eines mehrdimensionalen Persönlichkeitsfragebogens mit unterschiedlichen Kontrollskalen zur Erfassung von Antworttendenzen als Mindestanforderung. Voraussetzungen dafür erfüllen z. B. der Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI 2; Hathaway et al; dt. Bearb. v. Engel, 2000) oder das Verhaltens- und Erlebensinventar (Engel und Groves, 2012).
- *Performanzvalidierungstests* (Performance Validity Tests, PVT) zur Überprüfung der motivationalen Voraussetzungen für die Interpretation kognitiver und motorischer Leistungstestergebnisse. Dabei handelt es sich um dichotome Zwangswahltests, bei denen der/die ProbandIn jeweils eine Lösung angeben muss, sodass in Abwesenheit jeglicher Kenntnis der jeweils richtigen Lösungen etwa die Hälfte aller richtigen Reaktionen durch reines Raten erzielt werden kann. Auf dieser Grundlage können die Grenzen für

Antworten unterhalb der Schwelle reinen Ratens exakt bestimmt werden. Bei Unterschreiten der Zufallsgrenze lässt sich damit ein Verhalten identifizieren, das in Kenntnis der richtigen Antworten Falschantworten produziert. Dieses Testprinzip kann auch auf individuell konstruierte Validierungsverfahren angewendet werden (vgl. Merten & Dohrenbusch, 2011). Häufig verwendete Validierungsprinzipien in den derzeit verfügbaren PVTs sind z. B. das Ausnutzen teststatistischer Deckeneffekte, die Bewertung des Leistungsverhaltens bei Aufgaben mit geringen Itemschwierigkeiten, die Identifikation von Rateverhalten bzw. zufälligem Antworten, die Überprüfung der Fehlergröße, die bei strategisch verfälschten Angaben geringer ausfallen kann und die Abgrenzung des individuellen Antwortverhaltens vom Antwortmuster von Personen mit Faking-Instruktionen oder von schwer erkrankten Personen.

Validierungsmaßnahmen sind bei Begutachtungen zu sozialrechtlichen Fragestellungen regelmäßig erforderlich, da die ProbandInnen in aller Regel ein aktives eigenes Interesse am Ausgang und an den Konsequenzen der Untersuchung haben, Angaben über psychische Beschwerden und Beeinträchtigungen prinzipiell verfälschbar sind und die Raten für mutmaßlich verzerrte Beschwerden und Beeinträchtigungen im Begutachtungssetting bei ca. 30–50 Prozent veranschlagt werden können (Merten, 2013; Merten u. a., 2009).

i. Der psychologische Befund

Der psychologische Befund enthält die fachliche Bewertung der erhobenen Informationen, insbesondere in Abgrenzung zu Selbsteinschätzungen oder anamnestischen Angaben des/der Untersuchten. In Gutachten zu sozialrechtlichen Fragestellungen (v. a. zu allgemeinen oder berufsbezogenen Funktions- oder Teilhabebeeinträchtigungen) schließt er gesicherte Aussagen zu Beschwerden bzw. Krankheiten, psychischen Störungen, Krankheitsverarbeitungsprozessen, zu Gesundheitsmerkmalen („normalen“ Eigenschaften, intakten Funktionen, Ressourcen) und zu Funktions- und Leistungsmerkmalen mit ein. Er setzt voraus, dass die erhobenen Informationen sowohl ausreichend (einzelfall-)diagnostisch gesichert als auch psychologisch plausibel interpretiert werden konnten.

Der psychologische Befund ist vom psychiatrischen Querschnittsbefund abzugrenzen, der sich v. a. auf die Sicherung von Erkrankungen oder psychischen Störungen bezieht. Hingegen zielt der psychologische Befund auf die fachliche Sicherung und psychologisch plausible Bewertung der für die Beantwortung der Beweisfragen relevanten psychologischen Sachverhalte (z. B. zum Funktionsniveau, zu Teilhabebeeinträchtigungen).

In den Befund fließen zunächst Entscheidungen dazu ein, welche Eigenschaften und Merkmalsausprägungen im Einzelfall wie aufwendig validiert werden müssen und für welche Merkmale ein geringerer Aufwand toleriert werden kann. Maßgeblich für diese Auswahl sind die Beweisfragen und deren Übersetzung in

prüfbare psychologische Hypothesen. Die Validierungsanforderungen können sich näherungsweise an den jeweiligen Beweismaßanforderungen orientieren. Beobachtungen oder Testergebnisse, die der Validierungsprüfung nicht standhalten, können ggf. als Ausdruck eines messreaktiv durch die Untersuchung verzerrten Untersuchungsverhaltens oder als Ausdruck des subjektiven Selbstkonzepts der untersuchten Person interpretiert und als solche auch in die Beantwortung der Beweisfragen integriert werden. Solchen (nicht ausreichend validierten) Eigenschaften kommt aber im Befund eine andere Bedeutung zu als den hinreichend validierten Merkmalen.

Wesentlicher Teil des psychologischen Befundes ist die Integration der erhobenen Informationen in ein einzelfallbezogenes psychologisch plausibles Modell krankheitsbedingter Leistungsbeeinträchtigungen. Konzeptionelle Grundlage für die Integration der erhobenen Informationen in ein Modell der Funktionsbeschreibung können z. B. lern- und handlungstheoretisch gestützte Bedingungs- und Verhaltensanalysen sein (z. B. Bartling, 2007). Theoretisch weniger voraussetzungsreich ist die Verhaltensgleichung von Westhoff und Kluck (2014), die Informationen danach systematisiert, ob bzw. inwiefern das zu beurteilende Verhalten (z. B. Beschwerden und Funktionsbeeinträchtigungen) den individuellen Umgebungsbedingungen, Organismusvariablen, kognitiven, emotionalen, motivationalen oder sozialen Variablen zugeschrieben werden kann. Für Begutachtungen im Sozialrecht kann die Verhaltensgleichung geeignet sein, um die Vielzahl an vorliegenden bzw. neu erhobenen Informationen zu gliedern und Zuschreibungen zu personalen und externen Bedingungen vorzunehmen.

Wenn der Befund darauf auszurichten ist, Verhaltensweisen oder Störungen funktional oder kausal zu deuten oder aus der kausalen Deutung Prognosen abzuleiten, sollten theoretisch und/oder empirisch besser gestützte Beschreibungs-, Erklärungs- oder Vorhersagemodelle verwendet werden (z. B. Modelle zur Erklärung und Prognose motorischer, kognitiver oder sozialer Leistungsfunktionen, zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, zur Erklärung einer psychischen Störung und zur Vorhersage des weiteren Störungsverlaufs usw.). Hinweise zur Prognose der zu erwartenden Leistungsentwicklung bei psychischen Störungen geben z. B. Dohrenbusch und Schneider (2016).

VII. Urteilsbildung im Kontext rechtlicher Bestimmungen und fachlicher Begutachtungsleitlinien

Zur Vereinheitlichung der Verfahrensabläufe und Urteilsbildung im sozialrechtlichen Bewertungskontext existieren diverse Bestimmungen, Leitlinien und Empfehlungen. Ein Beispiel für rechtliche Bestimmungen in der Sozialgerichtsbarkeit ist die Versorgungsmedizinverordnung (BMAS, 2019), ein Beispiel für eine aktuelle fachliche Begutachtungsleitlinie ist die AWMF-Leitlinie zur Begutachtung psychischer und psychosomatischer Störungen diverser

medizinischer und psychologischer Fachgesellschaften (Online-Publikation: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/051-029l_S2k_Begutachtung-psychischer-psychosomatischer-Stoerungen_2019-12_01.pdf).

1. Versorgungsmedizinverordnung

Maßgeblich für die rechtliche Urteilsbildung im Schwerbehindertenrecht (SGB IX) und im sozialen Entschädigungsrecht ist z. B. die vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) herausgegebene Versorgungsmedizinverordnung. In ihr ist u. a. Folgendes festgelegt:

- Der Grad der Schädigungsfolgen (GdS) und der Grad der Behinderung (GdB) werden in 10er-Graden von 0 bis 100 nach gleichen Grundsätzen bemessen. Der Unterschied zwischen den Bewertungen besteht darin, dass der GdS kausal (bezogen auf erlittene Schädigungen) und der GdB final (auf das Ausmaß der Beeinträchtigung unabhängig von der Ursache) interpretiert werden.
- GdB und GdS haben die Auswirkungen von Funktionsbeeinträchtigungen in allen Lebensbereichen und nicht nur im Erwerbsleben zum Inhalt. Sie sind Maße für die körperlichen, geistigen, seelischen und sozialen Auswirkungen einer gesundheitsbezogenen Funktionsbeeinträchtigung.
- GdB und GdS sind unabhängig vom ausgeübten oder angestrebten Beruf zu beurteilen, es sei denn, dass ein besonderes berufliches Betroffensein berücksichtigt werden muss.
- GdB und GdS setzen eine Regelwidrigkeit gegenüber dem für das Lebensalter typischen Zustand voraus. Normale altersbedingte Beeinträchtigungen sind nicht zu berücksichtigen.
- Ohne gesicherte klinische Diagnose können keine Krankheitsfolgen anerkannt werden. An der Richtigkeit des Nachweises darf kein vernünftiger Zweifel bestehen.
- Zur Bestimmung des Gesamt-GdS aus mehreren Funktionsbeeinträchtigungen dürfen die einzelnen Werte nicht addiert oder in anderer Form berechnet werden. Maßgebend sind die Auswirkungen der einzelnen Funktionsbeeinträchtigungen in ihrer Gesamtheit unter Berücksichtigung ihrer wechselseitigen Beziehungen zueinander.

GutachterInnen im Sozialrecht sollten die Inhalte der Verordnung kennen, aber bei der Urteilsbildung und insbesondere Gutachtenerstellung berücksichtigen, dass sie (als PsychologInnen oder ÄrztInnen) weder qualifiziert noch autorisiert sind, selbst rechtliche Bewertungen von Gesundheitsschäden (z. B. Festlegung der GdB- oder GdS-Höhe) auf Grundlage der Versorgungsmedizinverordnung vorzunehmen. Gutachterliche Empfehlungen und Bewertungen können sich

bei psychologischen Sachverständigen nur auf psychologische Sachverhalte beziehen.

2. Begutachtungsleitlinien

Demgegenüber enthalten Begutachtungsleitlinien der wissenschaftlichen Fachgesellschaften (z. B. Leitlinie Neuropsychologische Begutachtung der Gesellschaft für Neuropsychologie, Allgemeine Grundlagen der Medizinischen Begutachtung der Deutschen Gesellschaft für Neurowissenschaftliche Begutachtung) Empfehlungen zum gutachterlichen Vorgehen sowie zu Qualifikationsvoraussetzungen für GutachterInnen. Solche Leitlinien besitzen eine relative Verbindlichkeit für die Mitglieder der Fachgesellschaften, von ihnen kann aber – fachlich begründet – im Einzelfall auch abgewichen werden.

Außerdem haben Verbände (z. B. Deutsche Rentenversicherung, Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung) Begutachtungsempfehlungen herausgegeben mit Hinweisen zu Qualifikationsvoraussetzungen für GutachterInnen, zum gutachterlichen Vorgehen und zu den Inhalten bei der Beantwortung sozialrechtlicher Beweisfragen. Diese Leitlinien und Empfehlungen entfalten ihre Steuerungsfunktion dadurch, dass Abweichungen von den AuftraggeberInnen ggf. als Einwände gegen die Verwertbarkeit der Gutachten interpretiert werden (können).

Für psychologische Sachverständige sind die 2017 verabschiedeten Qualitätsstandards für psychologische Gutachten der Föderation Deutscher Psychologengemeinschaften verbindlich (Diagnostik- und Testkuratorium der Föderation Deutscher Psychologengemeinschaften, 2017). Sie enthalten aber keine näheren inhaltlichen Empfehlungen oder Bestimmungen dazu, welche Eigenschaften mit welchen Methoden zur Beantwortung welcher Fragestellungen erhoben und validiert werden sollten. Auch finden sich hier keine näheren Hinweise zur gutachterlichen Urteilsbildung und zur Übersetzung fachlicher Ergebnisse und Befunde in die Beantwortung der Beweisfragen.

Relativ differenzierte praktische und inhaltliche Beurteilungshilfen für die Begutachtung von Funktions- und Leistungsbeeinträchtigungen aufgrund psychischer und psychosomatischer Störungen und für die Beurteilung von „Kausalitätsfragen“ (also von Zusammenhängen zwischen schädigenden Ereignissen und Schädigungsfolgen) liefert aktuell die Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin (DGPM) und weiterer medizinischer Fachgesellschaften, an deren Erstellung auch die Deutsche Gesellschaft für Psychologie (DGPs) und die Gesellschaft für Neuropsychologie (GNP) beteiligt waren. Sie postuliert für die Beurteilung von Funktionen und krankheitsbedingten Leistungsbeeinträchtigungen die Ausrichtung an der Nomenklatur der ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit, WHO, 2010) und an einer mehrdimensionalen Beschreibung von Funktionseinschränkungen in Anlehnung an Linden, Baron und Muschalla (2009). Außerdem wird ein diagnostisches Modell zur Beschreibung und Bewertung

von Leistungseinschränkungen vorgeschlagen, das u. a. folgende Komponenten unterscheidet:

- Biografische Bedingungen und Merkmale der Krankheits- und Leistungsentwicklung
- Aktuelle körperliche und psychosoziale Belastungsfaktoren mit Auswirkungen auf Funktionen und Funktionsstörungen
- Art und Ausmaß von Funktionsstörungen, differenziert u. a. nach Somatisierung, Emotionalität, Antriebsstörung, psychotischem Erleben usw.
- Bewertung von Krankheitsverarbeitungsprozessen mit den Facetten Leidensdruck, Krankheitskonzept, Veränderungsmotivation und Veränderungsressourcen.
- Bewertung von Aktivitäten nach Mini-ICF-P mit den Facetten körperliche Aktivität, Anpassung an Regeln und Routinen, Strukturierung von Aufgaben, Flexibilität, Anwendung fachlicher Kompetenzen, Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit usw.
- Bewertung der Aktivitäten und Fähigkeiten unter Berücksichtigung sozialrechtlich relevanter Kontextbedingungen (aktueller Arbeitsplatz, Arbeitsplatzbedingungen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt, Partizipation am Leben in der Gemeinschaft)

Die Leitlinie gliedert sich in einen allgemeinen Teil, einen Teil zur Begutachtung krankheitsbedingter Leistungsbeeinträchtigungen und einen Teil zur Kausalitätsbegutachtung. Weitere auch für psychologische Sachverständige im Sozialrecht relevante Empfehlungen und Kommentare zum leitlinienbasierten Vorgehen vermitteln Schneider et al. (2016).

VIII. Fazit

Das deutsche Sozialrecht zielt darauf, Ausgleiche für individuelle soziale und gesundheitliche Nachteile zu schaffen und jedem Einzelnen die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen. Aus diesem Anspruch leitet sich ein hoher Beurteilungsbedarf her, der – bei krankheits- oder schädigungsbedingten Nachteilen – fast immer psychologische Bewertungen erfordert. Die aktuelle Begutachtungs- und Bewertungspraxis ist indessen v. a. durch medizinische Denk- und Verfahrensweisen geprägt mit klinischen Diagnosen als Ausgangspunkten für gutachterliche Bewertungen von Teilhabefunktionen. Demgegenüber liegt der Fokus psychologischer Begutachtung stärker auf der Validierung und evidenzbasierten Gegenüberstellung intakter und gestörter biopsychosozialer Funktionen. Es ist zu erwarten, dass die Urteilsbildung und Entscheidungsfindung im Sozialrecht von einem stärkeren Einbezug psychologischer

Konzepte und Methoden profitieren kann. Denn die Kompetenzen der akademischen Psychologie betreffen Themen, die für die sozialrechtliche Urteilsbildung maßgeblich sind: die Beschreibung, Messung, Erklärung und Vorhersage normaler und intakter, aber auch abweichender und gestörter Funktionen und Fähigkeiten. Psychologische Sachkunde kann einen wesentlichen Beitrag leisten zur Beantwortung diverser sozialrechtlicher Fragestellungen, insbesondere zur Beurteilung der Teilhabe (Partizipation) und zentraler Lebensbereiche wie Selbstversorgung, Alltagsbewältigung, Krankheitsverarbeitung, Arbeit, Beruf und sozialer Integration. Psychologische Sachverständige sind aufgefordert, ihre Kompetenzen gegenüber Sozialgerichten und anderen AuftraggeberInnen auf gleicher Ebene wie medizinische Sachverständige in sozialrechtliche Entscheidungsprozesse einzubringen.

Literatur

- Bartling, G., Echelmeyer, L., Engberding, M. (2007). *Problemanalyse im psychotherapeutischen Prozess: Leitfaden für die Praxis*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Bengel, J., Wirtz, M., Zwingmann C. (2008). *Diagnostische Verfahren in der Rehabilitation*. Göttingen: Hogrefe.
- Brockhaus, R. (2016). Zur Frage der Anwesenheit von Begleitpersonen in der Begutachtung aus psychologischer Sicht. *Der medizinische Sachverständige*, 2-2016, 49–55.
- Bühner, M. (2013). *Einführung in die Test- und Fragebogenkonstruktion*. München: Pearson.
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2019). *Versorgungsmedizinverordnung*. Online-Publikation. <https://www.gesetze-im-internet.de/versmedv/BJNR241200008.html>. 17.06.2020.
- Collegium Internationale Psychiatriae Salarum (Hrsg.) (2015). *Internationale Skalen für Psychiatrie*, 6. Aufl. Göttingen: Hogrefe.
- Deutsche Rentenversicherung (2011). *Leitlinien für die sozialmedizinische Begutachtung – Sozialmedizinische Beurteilung bei psychischen und Verhaltensstörungen*. Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.). Berlin, www.deutsche-rentenversicherung.de
- Deutsche Rentenversicherung Bund (2018). Online-Publikation, https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Statistiken-und-Berichte/statistikpublikationen/rv_in_zeitreihen.html. 12.05.2020
- Diagnostik- und Testkuratorium der Föderation Deutscher Psychologenvereinigungen. (2017). *Qualitätsstandards für psychologische Gutachten*.
- Dohrenbusch, R. (2015). *Psychologische Mess- und Testverfahren für die Begutachtung im Sozial-, Zivil- und Verwaltungsrecht. Übersicht und Anwendung*. Frankfurt: Referenz.



- Dohrenbusch, R. (2019). Kontrolle von Antworttendenzen und Beschwerdvalidierung mittels Fragebogen. In D. Schellig, D. Heinemann, B. Schächtele, W. Sturm (Hrsg.), *Handbuch neuropsychologischer Testverfahren Band 3* (S. 667–704). Göttingen: Hogrefe.
- Dohrenbusch, R., Merten, T. (2016). *Handwörterbuch Psychologische Begutachtung. Sozial-, Zivil- und Verwaltungsrecht*. Frankfurt: Referenz-Verlag.
- Dohrenbusch, R., Schneider, W. (2016). Prognosenstellung. In W. Schneider, R. Dohrenbusch, H.J. Freyberger, P. Henningsen, H. Irle, V. Köllner, B. Widder (Hrsg.), *Begutachtung bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen. Autorisierte Leitlinien und Kommentare*. (S. 231–245). Göttingen: Hogrefe.
- Dörfler, H., Eisenmenger, W., Lippert, H.D., Wandel, U. (Hrsg.) (2015). *Medizinische Gutachten*. Heidelberg: Springer.
- Dreßing, H., Habermayer, E. (Hrsg.) (2015). *Psychiatrische Begutachtung. Ein praktisches Handbuch für Ärzte und Juristen*. München: Urban und Fischer.
- Engel, R.R., Groves, J.A. (2012). *VEI. Verhaltens und Erlebensinventar*. Bern: Huber, Hogrefe.
- Erlenkämper, A. (2003). *Arzt und Sozialrecht. Rechtliche Grundlagen der Sozialmedizin und der sozialmedizinischen Begutachtung*. Darmstadt: Steinkopff.
- Freyberger, H., Möller, H.-J. (2004). *Die AMDP-Module*. Göttingen: Hogrefe.
- Fritze, J., Mehrhoff, F. (Hrsg.), (2012). *Die ärztliche Begutachtung. Rechtsfragen, Funktionsprüfungen, Beurteilungen*. Heidelberg: Springer.
- Hathaway, S. R. & McKinley, J.C. (2000). *Minnesota Multiphasic Personality Inventory 2. MMPI 2*. Dt. Bearbeitung von R. Engel. Göttingen: Hogrefe.
- Hoffmann- Richter, U., Jeger, J., Schmidt, H. (2012). *Das Handwerk ärztlicher Begutachtung. Theorie, Methodik und Praxis*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Isernhagen S.J. (1988). *Functional capacity evaluation*. In: Isernhagen SJ, ed. *Work injury management: management and prevention*. Rockville, MD: Aspen Publishers.
- Knieps, F., Pfaff, H. (Hrsg.) (2019). *Psychische Gesundheit und Arbeit. Zahlen, Daten, Fakten – mit Gastbeiträgen aus Wissenschaft, Politik und Praxis*. BKK Gesundheitsreport 2019. Berlin: Medizinisch wissenschaftliche Fachgesellschaft
- Kudielka, B. M., Hellhammer, D. H., & Kirschbaum, C. (2007). Ten years of research with the Trier Social Stress Test-revisited. In: Harmon-Jones, E., & Winkelman, P. (Eds.), *Social Neuroscience: Integrating Biological and Psychological Explanations of Social Behavior*. The Guilford Press: New York, pp. 56–83.
- Linden, M., Baron, S., Muschalla, B. (2009). *MINI-ICF-APP. Mini-ICF-Rating für Aktivitäts- und Partizipationsbeeinträchtigungen bei psychischen Erkrankungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Meise, M. (2007). *Planung, Durchführung und Erstellung eines psychologischen Gutachtens*. In R. Dohrenbusch, *Begutachtung somatoformer Störungen und chronifizierter Schmerzen*. (S. 85–114). Stuttgart: Kohlhammer.
- Merten, T. (2013). *Beschwerdvalidierung*. Göttingen: Hogrefe.



- Merten, T., Dettenborn, H. (Hrsg.) (2009), Diagnostik der Beschwerdenvvalidität. Berlin: Deutscher Psychologen Verlag.
- Nedopil, N., Mueller, J.L. (2017). Forensische Psychiatrie. Klinik, Begutachtung und Behandlung zwischen Psychiatrie und Recht. Stuttgart: Thieme.
- Neumann-Zielke, L., Bahlo, S., Diebel, A., Riepe, J., Roschmann, R., Schötzau-Fürwentsches, P., Wetzig, L. (2015). Leitlinie Neuropsychologische Begutachtung. Zeitschrift für Neuropsychologie, 26, 289–306.
- Okulicz-Kozaryn, M., Schmidt, A.F., Banse, R. (2019). Worin besteht die Expertise von forensischen Sachverständigen, und ist die Approbation gemäß Psychotherapeutengesetz dafür erforderlich? Psychologische Rundschau, 70, 250–258.
- Plohm, A.M. (2017) Bedeutung neuropsychologischer Beschwerdenvvalidierung für die Beurteilung der funktionellen Leistungsfähigkeit bzw. Arbeitsfähigkeit in der versicherungsmedizinischen Begutachtung. Dissertation. Basel: Universität Basel.
- Rösler, F. (1998) (Hrsg.) Ergebnisse und Anwendungen der Psychophysiologie. Biologische Psychologie. Göttingen: Hogrefe.
- Schellig, D., Drechsler, R., Heinemann, D., Sturm, W. (2009) (Hrsg.). Handbuch neuropsychologischer Testverfahren. Band 1: Aufmerksamkeit, Gedächtnis, exekutive Funktionen. Göttingen: Hogrefe.
- Schellig, D., Heinemann, D., Schächtele, B., Sturm, W. (2018) (Hrsg.). Handbuch neuropsychologischer Testverfahren. Band 2. Göttingen: Hogrefe.
- Schiltenswolf, M., Schwarz, M (Hrsg.) (2013). Lexikon. Begutachtung in der Medizin. Heidelberg: Springer.
- Schönberger, A., Mehrtens, G., Valentin, H. (2016). Arbeitsunfall und Berufskrankheit. Rechtliche und medizinische Grundlagen für Gutachter, Sozialverwaltung, Berater und Gerichte (9. Aufl.). Berlin: Erich Schmidt Verlag.
- Schneider, F., Frister, H., Olzen, D. (2006). Begutachtung psychischer Störungen. Heidelberg: Springer.
- Schneider, W., Dohrenbusch, R., Freyberger, H.J., Henningsen, P., Irle, H., Köllner, V., Widder, B. (2016) (Hrsg.). Begutachtung bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen. Autorisierte Leitlinien und Kommentare. Göttingen: Hogrefe.
- Schumacher, J., Klaiberg, A., Brähler, E. (Hrsg.). Diagnostische Verfahren zu Lebensqualität und Wohlbefinden. Göttingen: Hogrefe.
- Steller, M. (1987). Psychophysiologische Aussagebeurteilung. Wissenschaftliche Grundlagen und Anwendungsmöglichkeiten der „Lügendetektion“. Göttingen: Hogrefe.
- Stevens, A., Fabra, M., Merten, T. (2009). Anleitung für die Erstellung psychiatrischer Gutachten. Med Sach, 105(3), 100–106.
- Weber, H., Rammsayer, T. (Hrsg.) (2005). Handbuch der Persönlichkeitspsychologie und Differentiellen Psychologie. Göttingen: Hogrefe.

Westhoff, K., Kluck, M.-L. (2014). Psychologische Gutachten schreiben und beurteilen. 6. Aufl. Berlin: Springer.

Weltgesundheitsorganisation (WHO) (2010). Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Köln: DIMDI.

Korrespondenzadresse:

PD Dr. Ralf Dohrenbusch
Institut für Psychologie
Universität Bonn
Kaiser Karl- Ring 9
53111 Bonn
