

# Ärztliche und psychologische Bewertung der Folgen eines Schädelhirntraumas

Andreas Stevens

Medizinisches Begutachtungsinstitut Tübingen und BG-Unfallklinik  
Tübingen

•

## Schädelhirntrauma --- Begriffe

- Gehirnerschütterung
- Gehirnprellung
  - Kontusion
  - Epi-, subdurale Blutung
  - Diffuse axonale Schädigung
  - Hirnschwellung
- Offenes – gedecktes SHT

## Schädelhirntrauma --- Begriffe

- Probleme:
- Befunderhebung bei Erstuntersuchung
- CT vs MRT
- Aussagekraft der Bewusstlosigkeit

## Schädelhirntrauma --- Begriffe

### VHA/DoD Klassifikation

Kriterien	leicht	mittel	schwer
Bewusstlosigkeit	0-30min	>30min - 24h	>24h
Radiologie	normal	normal od. abnormal	normal od. abnormal
Kognitive Störung	<24h >24h	>24h	
Amnesie posttr. 7 Tagr	<24h	24h – 7 Tage	>
Glasgow Coma Scale	13-15 9	9 – 12	<

## Prognose TBI

**Leichtes Hirntrauma (MTBI):** ausgezeichnete Prognose,  
Normalisierung der Befunde innerhalb von 2 Wochen. Review:  
McCrea et al. 2009 TCN

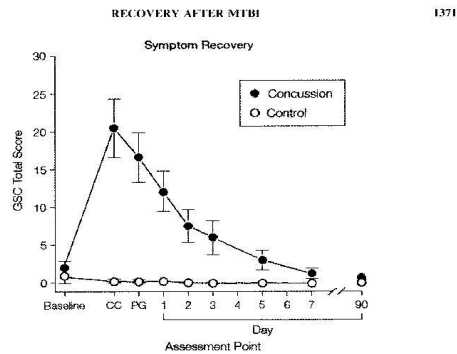


Figure 1 Symptom recovery following MTBI in college football players. GSC=Graded Symptom Checklist. Higher scores on the GSC indicate more severe symptoms; error bars indicate 95% confidence intervals; baseline is pre-injury; CC indicates time of concussion; PG, post-game/post-practice. Figure from McCrea et al., 2003.

5

## Faktoren, die Leistung beeinflussen

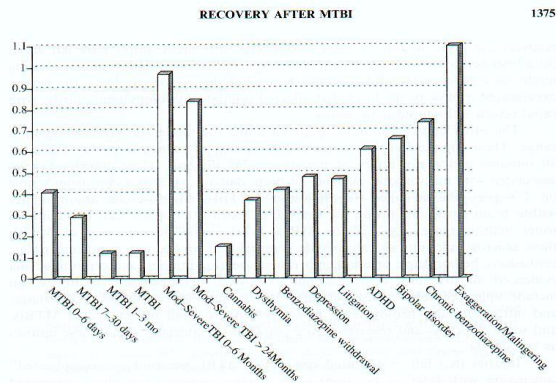


Figure 3 Effect sizes of MTBI on overall neuropsychological functioning. Effect sizes typically are expressed in pooled, weighted standard deviation units. However, across studies there are some minor variations in the methods of calculation. By convention, effect sizes of .2 are considered small, .5 medium, and .8 large. This is from a statistical, not necessarily clinical, perspective. In this figure the overall effect on cognitive or neuropsychological functioning is reported. Effect sizes less than .3 should be considered very small and difficult to detect in individual patients because the patient and control groups largely overlap. MTBI: 0-6 days, 7-30 days, 1-3 months; moderate-severe TBI 0-6 months, >24 months (all in Schretlen & Shapiro, 2003); 39 studies,  $N=1716$  TBI,  $N=1164$  controls; MTBI (Binder et al., 1997a); 11 studies,  $N=314$  MTBI,  $N=308$  controls; Cannabis (Grant, Gonzalez, Carey, Natarajan, & Wolfson, 2003); long-term regular use, 11 studies,  $N=623$  users,  $N=409$  non or minimal users; Dysthymia, depression, & bipolar disorder (Christensen, Griffiths, Mackinnon, & Jacomb, 1997); 3 comparisons for dysthymia, 97 comparisons for depression, and 15 comparisons for bipolar disorder; Benzodiazepine withdrawal (Barker, Greenwood, Jackson, & Crowe, 2004b); 10 studies, long-term follow-up, 44 comparisons; Litigation/financial incentives (Binder & Rohling, 1996); 17 studies,  $N=2,353$  total; ADHD (Frazier, Demaree, & Youngstrom, 2004); based on Full Scale IQ; 123 studies; Chronic benzodiazepine use (Barker, Greenwood, Jackson, & Crowe, 2004a); 13 studies,  $N=384$ , 61 comparisons; Exaggeration/malingering (Vickery, Berry, Inman, Harris, & Orey, 2001); 32 studies published between 1985 and 1998, 41 independent comparisons. Reference: Iverson, 2005. Figure reproduced with kind permission from G. L. Iverson, Outcome from mild traumatic brain injury, *Current Opinion in Psychiatry*, 18 p. 306 © 2005, Wolters Kluwer Health, Lippincott Williams & Wilkins.

## Prognose TBI

### **Mäßiges – schweres Hirntrauma:**

Prognose nicht zuverlässig zustellen, da abhängig von

Lokalisation, Ausdehnung der Hirnverletzung. Ungünstig: subcorticale Läsionen, axonale Scherverletzung, Thalamus- oder Stammganglienblutung,

Rehamassnahmen

Comorbidität.

## Bewertung der Folgen - allgemein

Der medizinische Gutachter ist Helfer und Berater der Auftraggeber.

Er vermittelt verwaltungsfremde Sachkunde verständlich und nachvollziehbar.

Wer immer der Auftraggeber des Gutachtens ist, der Gutachter handelt im Auftrag und im Interesse der sozialen Gemeinschaft, indem er die ihm vorgegebenen Grundregeln akzeptiert und anwendet.

Der Gutachter hat keinen therapeutischen Auftrag.

Der Gutachter kann und darf nicht zugleich Behandler sein. (Becker Med Sach 2008, Baur Med Sach 2008).

Becker P (2008) Das professionelle Gutachten – Anforderungen aus rechtlicher Sicht. Med Sach 105: 85-92

## Bewertung der Folgen - Gutachterausswahl

:Facharzt für Neurologie oder Neurologie und Psychiatrie

### **Und ein**

Dipl.-Psychologe, am besten Zusatzqualifikation GNP

**Wer ist Gutachter ?** Jeder Arzt? ZPO: allg. vereidigt → nur Ärzte

**Voraussetzungen** über „Arzt“ hinaus:

- klinische Erfahrung mit Schädel-Hirnverletzungen
- Kenntnis des Rechtsgrundlagen
- Methodisches, apparatives Repertoire
- Spezialisierung auf Gutachten

**Zertifikate:**

- Zweifelhaft : DGPPN Forensische Psychiatrie, Zertifizierter Gutachter DGN.
- Gut: CPU (Universität Köln).

## Bewertung der Folgen - Gutachterausswahl

**Leitlinien:**

### **„Begutachtung nach gedecktem Schädel-Hirntrauma“**

Wallesch CW, Marx P, Tegenthoff M, Unterberg A, Schmidt R, Fries W: Leitlinie „Begutachtung nach gedecktem Schädel-Hirn-Trauma“. Akt Neurol 2005; 32: 279-287

### **„Neuropsychologische Begutachtung“ GNP**

Neumann-Zielke L, Riepe J, Roschmann R, Schötzau-Fürwentsches, Wilhelm H (2009) Leitlinie „Neuropsychologische Begutachtung“. Akt Neurol 36: 180-189

## Bewertung der Folgen - Anknüpfungstatsachen

- Die Anknüpfungstatsachen werden dem Sachverständigen durch den Auftraggeber mitgeteilt. In der Regel geschieht dies formlos durch die Übersendung von Akten, aus denen der Sachverständige selbst die Anknüpfungstatsachen zusammenstellen soll.
- Der Sachverständige muss prüfen, ob er den übersandten Unterlagen die erforderlichen Anknüpfungstatsachen entnehmen kann. Er ermittelt - ohne besonderen Auftrag nicht selbst.
- Für die neurologische Begutachtung ist wesentlich, ob eine substantielle Hirnschädigung vorgelegen hat oder nicht → radiologisches GA vor dem neurologischen!

## Bewertung der Folgen - Befunde

- Becker 2008 Med Sach :Der Sachverständige hat den Auftraggeber durch ärztliche Tatsachenfeststellung zu beraten.
- **D.h. er erhebt und dokumentiert Befunde**
- Die gutachtliche Untersuchung beginnt, wenn der Proband die Untersuchungsräume betritt und endet mit deren Verlassen.
- Verhalten beim Warten / gegenüber anderen Wartenden ( Personal / Angehörigen.
- Die Untersuchung erfolgt unter 4 Augen. Anwesenheit dritter modifiziert das Verhalten und die Leistung des Probanden. Ausnahme: Minderjährige, ges. Betreute, Dolmetscher.

## Bewertung der Folgen - Befunde

### Neurologe:

Wahrnehmung

Motorik: Initiation, Kraft, Koordination, Geschwindigkeit

Sprache, Sprechen

### Psychiater

Affektausdruck, -steuerung,

Kritische Wahrnehmung

Denken

Antrieb

Zielgerichtetheit, Auffassung

## Bewertung der Folgen - Befunde

Die *Dokumentation des körperlichen und neurologischen Befundes* muss eingehend sein, das heißt, es muss erkennbar sein, was untersucht wurde und mit welchem Ergebnis; auch normale Befunde sind zu dokumentieren.

Schönberger et al. 2010:

*„2.3.3.2 Befunderhebung: Die Befunderhebung ist eine **Tatsachenfeststellung**. Der Befund ist die entscheidende Vergleichsgrundlage ... An Hand der Befunde soll ein **sicheres Bild über den Gesundheitszustand, die verbliebene Funktionsfähigkeit** und in die Funktionsbeeinträchtigungen gegeben sein.“*

## Bewertung der Folgen - Befunde

In schlechten Gutachten stehen unter „Befunde“ die Beschwerden

**Beschwerden** = Klagen = im Idealfall aufrichtige Schilderung eines kooperativen Probanden über sein Erleben von Funktionsstörungen. Im schlimmsten Fall dramatische Ausgestaltung oder freie Erfindung von Beeinträchtigungen, überformt durch Lernvorgänge aus früheren Untersuchungen.

**Berichterstattung** ← **Motivation** ← **Wahrnehmung** ← **Störung**

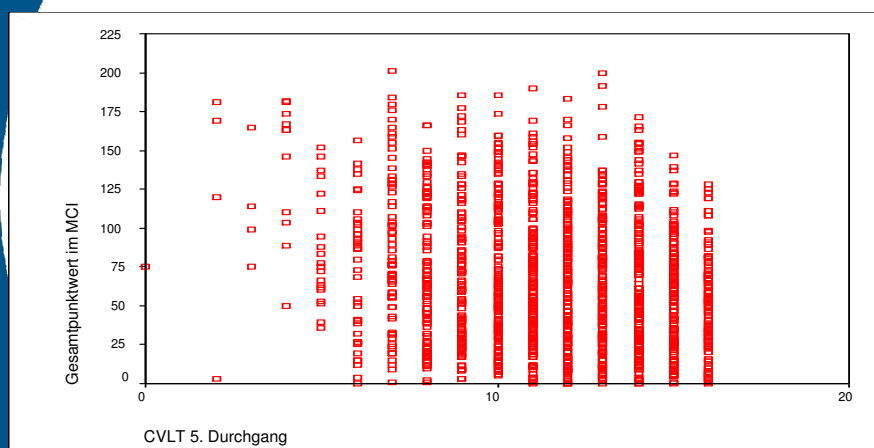
**Befund** = objektive Erhebungen des Untersuchers, was dieser sieht, hört, fühlt, riecht.

Auch **psychiatrische Befunde** werden nicht durch Zuhören erhoben, sondern durch Verhaltensbeobachtung z.B. bei gemeinsamer Aktivität.

**Fehlende Befunde** können nicht durch Beschwerdeschilderung ersetzt werden.

Was nach außen nicht in Erscheinung tritt, kann auch ein Psychiater nicht erheben. Befunde und Interpretationen müssen getrennt werden.

## Geschilderte Beschwerden und Leistungen im Gedächtnistest



$N = 1479$ ;  $r = -0,16^*$ ;  $R^2 = 0,026$ .



## geringer die Hirnschädigung, desto mehr Gedächtnisstörungen ?

**Gedächtnis-Beschwerden** von 336 Gutachtenpatienten mit bzw. ohne Läsionszeichen in der Bildgebung (Daten von Green, 2003).



CT/MRT unauffällig oder auffällig

17

## Bewertung der Folgen - Befunde

- **Vorsicht mit Beschwerdelisten: VAS, SCL-90, IES, BDI, STAI: dies sind Beschwerde-Listen, keine Befunde!**
- Der gewichtigste Schwachpunkt von Symptomfragebögen ist ihre naive und augenscheinlich invalide Konstruktion, die selbst Laien erlaubt, die Skalen so auszufüllen, dass sich je nach Intention anscheinend schwere (oder keine) Beeinträchtigungen ergeben.
- Sie wurden nicht für diagnostische Zwecke konstruiert und validiert.
- Einige (SCL-90R) sollen ausdrücklich in Gutachten verwendet werden.
- Tübinger Studie (Licha 2009) : 80% von medizinischen Laien waren auf Anhieb in der Lage, BDI, STAI, IES-R so auszufüllen, dass ihnen jeweils eine Angststörung, eine PTBS oder eine Depression attestiert würde.

## psychologischer Befunde

### Vorgaben der Leitlinie

- Umfassende Befunderhebung
- Verhaltensdokumentation
- Standardisierte und validierte Testverfahren
- Tests benennen
- Leistungen benennen unter Bezug auf Normstichproben
- Nachvollziehbare Interpretation

## Validität psychologischer Befunde



## Validität psychologischer Befunde

Psychologische Tests wurden validiert unter der Annahme optimaler Kooperation.

Sie sind durch mangelnde Kooperation (unzureichende Anstrengung oder vorsätzliche Minder/Falschleistung) beliebig zu verzerren.

Gemessen wird die aktuelle Leistung, diese kann  
**verbessert** werden durch Kenntnis der Tests (Coaching bei Führerschein-GA) oder  
**verschlechtert** werden durch mangelhafte Mitarbeit.

**gemessene Leistung = (primäre Leistung + Training) x Motivation**

## Validität psychologischer Befunde

- **Negative Antwortverzerrung**

**Definition nach Bush et al. (2006):** = das Bemühen, den Untersucher durch ungenaue oder unvollständige Antworten bzw. unzureichende Leistungsanstrengung zu täuschen

Arten der Antwortverzerrung: Vortäuschung, falsche Attribution (retrospektive Hypernormalität)

- **Prävalenz** in Deutschland: 45- 70% bei Begutachtungen
- ( Merten & Dettenborn. Diagnostik der Beschwerdenuvalidität, Dt. Psychologenverlag 2009)
- NAN 2005: Ohne positive Feststellung ausreichender Kooperation sind psychologische Tests – auch Selbstbeschreibungsinventare – **wertlos**.

## Beschwerdenvaldierung

### Zwei große Bereiche:

#### 1- nicht authentische Leistungen

Nicht angestrengt (suboptimale Anstrengung)  
Testmanipulation (Falschantworten, Verzögerung)  
Verfahren: WMT, AKGT, TOMM, CARB

#### 2. nicht authentische Beschwerden

Verfahren: MMPI-II, SIMS

**Negative Antwortverzerrung ist messbar**

## Beschwerdenvaldierung

1. Leistungen können nicht schlechter als die Ratewahrscheinlichkeit sein.
2. Leistungen können nicht schlechter als bei echten Patienten sein.
3. Die Leistung korreliert mit dem Schwierigkeitsgrad der Tests
4. Bizarre Beschwerden gehören nicht zu authentischen Störungen,
5. Unspezifische Bejahung (Untersuchte simulieren nicht störungsspezifisch (denn sie haben keine psychologische Ausbildung) – sie sind in allen Tests schlecht.)

## Beschwerdenvaldierung

Published classification accuracy, assumed conservative base rate of malingering 0.35

	+ Case			-Case				
	Cut-off	FP	Sens	+PP	Cut-off	FP	Sens	-PP
<b>TOMM</b>								
Trial 2	<=44	4	42	.85	<=48	14	66	.82
Retention	<=44	3	57	.91	>=48	11	66	.83
WAIS RDS	<=6	4	39	.84	>=8	28	80	.87
DS	<=4	0	19	1.00	>=7	2	76	.85
WMI	<=75	14	57	.86	>80	27	81	.88
PSI	<=70	11	52	.89	>75	31	75	.84
CVLT RHits	<=9	2	38	.91	>=12	18	67	.82
MMPI 2F	>80	4	30	.80	<=65	27	70	.82
Fb	>85	3	42	.88	<=65	28	67	.80
Fp	>80	2	18	.83	<65	12	38	.73
FBS	>=28	6	51	.82	<=24	23	73	.84

25

## Literatur



### Diagnostik der Beschwerdenvaldität

2009, 316 Seiten,  
Broschur  
23,80 € ISBN 978-3-  
931589-90-5  
Deutscher  
Psychologenverlag

## Literatur

---

- **Psychologische Begutachtung**
- Merten, Dohrenbusch, Kutzner, Stevens
- General Reinsurance, Köln, 2011, 35 €

## Konsistenz- und Plausibilitätsprüfung

---

- aus der Aktenlage verfügbare Informationen, einschließlich solcher Informationen, die über frühere Leistungen und Verhaltensweisen Auskunft geben (z. B. Ausbildungszeugnisse, Arbeitsbeurteilungen)
- vom Probanden geschilderte Beschwerden und Funktionseinschränkungen
- Informationen über die Beeinträchtigung oder Ungestörtheit von Alltagshandlungen und komplexen Funktionen im Alltag (z. B. Fahrtauglichkeit, eigenes Betreiben von Rechtsangelegenheiten)
- die Verhaltensbeobachtung und der selbst erhobene psychische Querschnittsbefund
- Ergebnisse der standardisierten Fragebogen- und Testdiagnostik sowie der Funktionsdiagnostik
- das sachkundige Wissen über übliche Konstellationen und Symptome, bekannte Folgen und den charakteristischen zeitlichen Verlauf psychischer Störungen.

## Bewertung der Folgen - Diagnosen

Standard-Diagnosen, nach den diagnostischen Manualen

### Diagnosen müssen

- gesichert vorliegen
- begründet werden
- sie sind ansonsten laut Rechtsprechung nicht nachvollziehbar und nur Hypothesen.

### Die Diagnose dient

- der Zuordnung (eines Teils) der Beschwerden zu einem allgemeingültig definierten Syndrom. Anwendung einer Namenskonvention.
- der Beurteilung des Ursachenzusammenhangs.

## Bewertung der Folgen - Diagnosen

Eine Diagnose ist noch keine Krankheit.

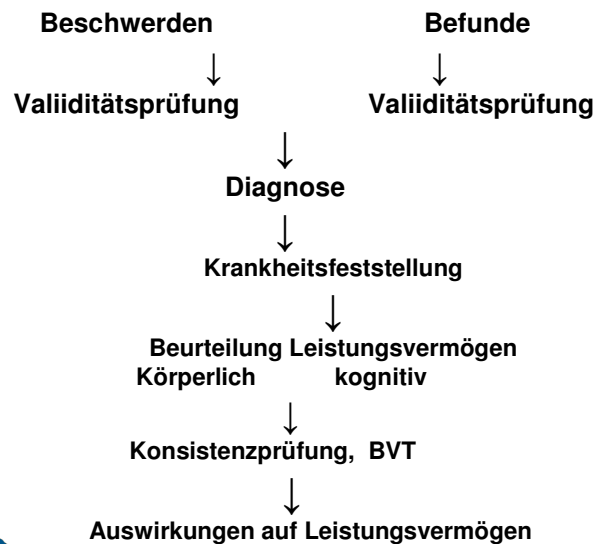
Maßgeblich ist auch nicht der Krankheitsbegriff der Medizin, d.h. eine bloße Regelwidrigkeit.

Maßgeblich ist der sozialmedizinische Krankheitsbegriff. Dieser verlangt, dass die Regelwidrigkeit **funktionell manifest** geworden ist

„Krankheit im medizinischen Sinn ist jeder regelwidrige Körper- oder Geisteszustand, der von der Norm abweicht, die durch das Leitbild des gesunden Menschen geprägt ist. Im Sozialrecht gilt zwar zunächst der gleiche Begriff. Hier ist eine solche Regelwidrigkeit für sich allein vielfach noch nicht relevant. Rechtliche Bedeutung erlangt sie i.d.R. erst, wenn sie ein gewisses „krankmachendes“ Ausmaß, einen Krankheitswert erreicht. Die.. Methoden der medizinisch - wissenschaftlichen Diagnostik machen ... Regelwidrigkeiten ... schon sichtbar, längst bevor diese ... "krankmachend" in Erscheinung treten. Im Sinn des Sozialrechts besteht Krankheit i.d.R. aber erst, wenn der regelwidrige Prozeß *funktionell manifest* geworden ist“.

(Erlenkämper, 2004 in Foerster, Venzlaff 2004, Kap 27).

## Ablaufschema



31

## Ausmaß der Beeinträchtigung

- DSM-IV TR(S. XXIII)
- „the clinical diagnosis of a mental disorder is not sufficient to establish the existence for legal purposes of a mental disorder, mental disability, mental disease or mental defect... It is precisely because impairments, abilities, and disabilities vary widely within each diagnostic category that
- assignment of a ... diagnosis **does not imply a specific level of impairment or disability.**“



## Es wird die nachgewiesene Minderung der Leistungsfähigkeit entschädigt - nichts sonst

- Leiden vs. Herabsetzung des psychosozialen Funktionsniveaus sowie der Einfluss auf die Leistungsgewährung in den unterschiedlichen Rechtsgebieten
- **Leiden, Ärger, Frustration usw.**
  - a) sog. immaterieller Schaden in der Privat- und Sachversicherung, Schmerzensgeld
- **Herabsetzung des psychosozialen Funktionsniveaus (Beispiele)**
  - a) MdE der Gesetzlichen Unfallversicherung (GUV)
  - b) Erwerbsminderung der (Kfz-)Haftpflichtversicherung
  - c) Grad der Behinderung (GdB) des Schwerbehindertenrechts
  - d) MdE-Grad des Versorgungsrechtes (KVG, SVG, OEG u. a.)
  - e) Invalidität (dauerhafte Leistungsminderung) der PUV
  - f) teilweise und vollständige Erwerbsminderung der Gesetzlichen Rentenversicherung (GRV)
  - g) (völlige) Arbeitsunfähigkeit, Berufsunfähigkeit der privaten Krankentagegeldversicherung, privaten Berufsunfähigkeits(zusatz)-Versicherung u. a. m.

A.Stevens 2010

33

## Ausmaß der Beeinträchtigung

- In der Regel ist dazu ein psychologisches Zusatzgutachten unerlässlich.
- Dieses muß durch einen geschulten, speziell im Bereich der Begutachtung qualifizierten Psychologen erstellt werden.
- **Niemals:** Do-it-yourself Tests, Demenzscreenings
- Das psychologische Gutachten ist ein Zusatzgutachten – es ist mehr als eine Befunderhebung, denn die Befunde müssen bewertet und interpretiert werden, insofern ist es nicht nur eine Zusatzuntersuchung.
- Es nimmt weder zum Ursachenzusammenhang noch zur Bewertung der Auswirkungen (z.B. MdE, BUZ) Stellung.

A.Stevens 2010

34

## Ausmaß der Beeinträchtigung

- Welche Tätigkeiten kann der Proband nicht mehr ausführen ?
- Welche bedürfen vermehrter Anstrengung?
- Welche bringen die Gefahr einer Verschlechterung mit sich (Absturzgefahr) ?
- Welche Beeinträchtigungen ergeben sich bezüglich der Haushaltsführung?
- Welche Subjektiven Beschwerden (Gestaltungs – und Erlebensfähigkeit) sind nachvollziehbar?
- Hilfreiche Informationen aus der Schilderung des Tagesablaufs, Hobbies, Reisen, Vereinszugehörigkeit, Ehrenämter
- Trainingszustand

## MdE, GdB

- GdB entsprach früher der MdE, weicht in der Regel davon nach oben ab. Als regelwidrig wird nur die Abweichung von dem für das **Lebensalter typischen Zustand** angesehen.
- MdE. **Erwerbsfähigkeit** = Fähigkeit des Versicherten, sich unter Ausnutzung der Arbeitsgelegenheiten, die sich ihm nach seinen Kenntnissen und körperlichen wie geistigen Fähigkeiten im gesamten Bereich des wirtschaftlichen Lebens bieten, einen Erwerb zu verschaffen. Seelische Begleiterscheinungen und außergewöhnliche Schmerzen sind zu berücksichtigen. Der Zustand des Versicherten vor dem Unfall wird mit einer Erwerbsfähigkeit von 100 v.H. bewertet.

## Invalidität

- Priv. Unfallversicherung: Gliedertaxe oder Prozentsatz
- **Ausgeschlossen** sind: Krankhafte Störungen infolge **psychischer** Reaktionen, auch , wenn diese durch einen Unfall verursacht wurden. Ferner: **Bandscheibenschäden**. Ferner: Blutungen in inneren Organen und dem Gehirn, außer eindeutig traumatisch bedingt.
- Jetzt noch bestehende Gesundheitsstörungen muß
  - im Sinn des **Vollbeweises** vorliegen
  - **Dauerschaden** sein (außer: Tagegeldversicherung)
  - innerhalb **eines Jahres** aufgetreten sein
  - Beweislast liegt beim Anspruchsteller.
- Keine Funktionsbegutachtung – Prothese „mildert“ Unfallfolgen nicht.

## Invalidität

- abstrakte Bemessung!
- dauernde Beeinträchtigung der **normalen körperlichen** und geistigen Leistungsfähigkeit.
- Zu berücksichtigen sind ausschließlich Funktionsbeeinträchtigungen – nicht Beschwerden.
- Zugrunde zu legen ist die normale (alterskorrigierte) Leistungsfähigkeit, nicht besondere individuelle Fähigkeiten oder Begabungen.
- Richtwerte beachten
  - Glieder: Gliedertaxe (1/2 Armwert)
  - HOPS: Prozentsatz
  - Rückenmark: Gliedertaxen für Gliedmaßen + Prozentsatz für Blasenstörung

## Vorinvalidität

- krankhafter Vorschaden, der schon vor dem Unfall funktionelle Beeinträchtigungen hervorgerufen hat. Es genügt, wenn dieser Vorschaden aktuell festgestellt wird (s. aber andere Auffassungen!).
- Beweislast liegt bei der Versicherung.  
Alterskorrigierte Norm.  
Vorschaden wird in Abzug gebracht, wenn der Anteil an der Gesamtinvalidität wenigstens 25% beträgt.
- Beispiel: Unfallbedingte Fraktur, Infektion bei Mikroangiopathie  
Sturz, Bruch mit pathologischer Fraktur bei Ca.

## Mehrere Schadensereignisse

- **In der ges. und privaten UV und der Haftpflichtversicherung wird die MdE für jedes Schadensereignis gesondert bewertet (Gesamt-MdE / Invalidität) – im soz. EntschRecht insgesamt für alle Schadensereignisse.**
- **In der ges. UV und der Haftpflichtversicherung sind zeitlich gestaffelte Bewertungen möglich, im sozialen Entschädigungsrecht und der priv. UV nicht, die Beeinträchtigung muß auf Dauer vorliegen.**

## Abfassung des Gutachtens

- 1. Darstellung, für welchen Auftraggeber und zu welcher Fragestellung das Gutachten erstattet wurde, ferner ob es nach Aktenlage oder nach Akten *und* einer persönlichen Untersuchung erstattet wurde. Der Untersuchungstag und -ort sind zu bezeichnen.
- 2. Benennung, welches Aktenmaterial zur Verfügung stand. Die der Beurteilung zugrunde gelegten Anknüpfungstatsachen werden nicht hier, sondern in der Beurteilung dargestellt.
- 3. Darstellung des Ablaufs der Begutachtung. Die Anamnese und die Beschwerdenschilderung sind, kenntlich gemacht als Angaben des Probanden, zu dokumentieren.

## Abfassung des Gutachtens

- 4. Die Befunde sollten ohne Wertung wiedergeben werden; gegebenenfalls ist zu spezifizieren, durch wen sie erhoben wurden. Überlegungen zur Psychodynamik und Interpretationen des Sachverständigen sind ausdrücklich als solche kenntlich zu machen und in der Darstellung von den Befunden abzugrenzen.
- 5. Die Ergebnisse der Konsistenz- und Plausibilitätsprüfung sind darzulegen. Es ist ausdrücklich zu erklären, aufgrund welcher Methoden und Verfahren die Frage einer möglichen Simulation oder Aggravation beurteilt wird.
- 6. In der Beurteilung ist darzustellen, von welchen Anknüpfungstatsachen der Sachverständige ausgegangen ist, mittels einer knappen, präzisen und sachlichen Zusammenfassung der Akteninhalte. Diese können kommentiert werden, dann ist jedoch der Kommentar als solcher kenntlich gemacht werden.

## Abfassung des Gutachtens

---

- 7. Die Diagnosen werden in der Terminologie der aktuellen diagnostischen Manuale (vorzugsweise DSM-IV-TR) benannt begründet. Es muss erkennbar sein, dass Differenzialdiagnosen erwogen wurden.
- 8. Es folgen Ausführungen zur Kausalität, wobei nachvollziehbar zu begründen ist, weshalb ein ursächlicher Zusammenhang des Störungsbildes mit dem Ereignis wahrscheinlich erscheint.
- 9. Die gesichert vorliegenden Funktionsstörungen und ihre Auswirkungen sind zu benennen und MdE/GdB, Grad der Berufsunfähigkeit/Dienstunfähigkeit sind je nach Fragestellung einzuschätzen.