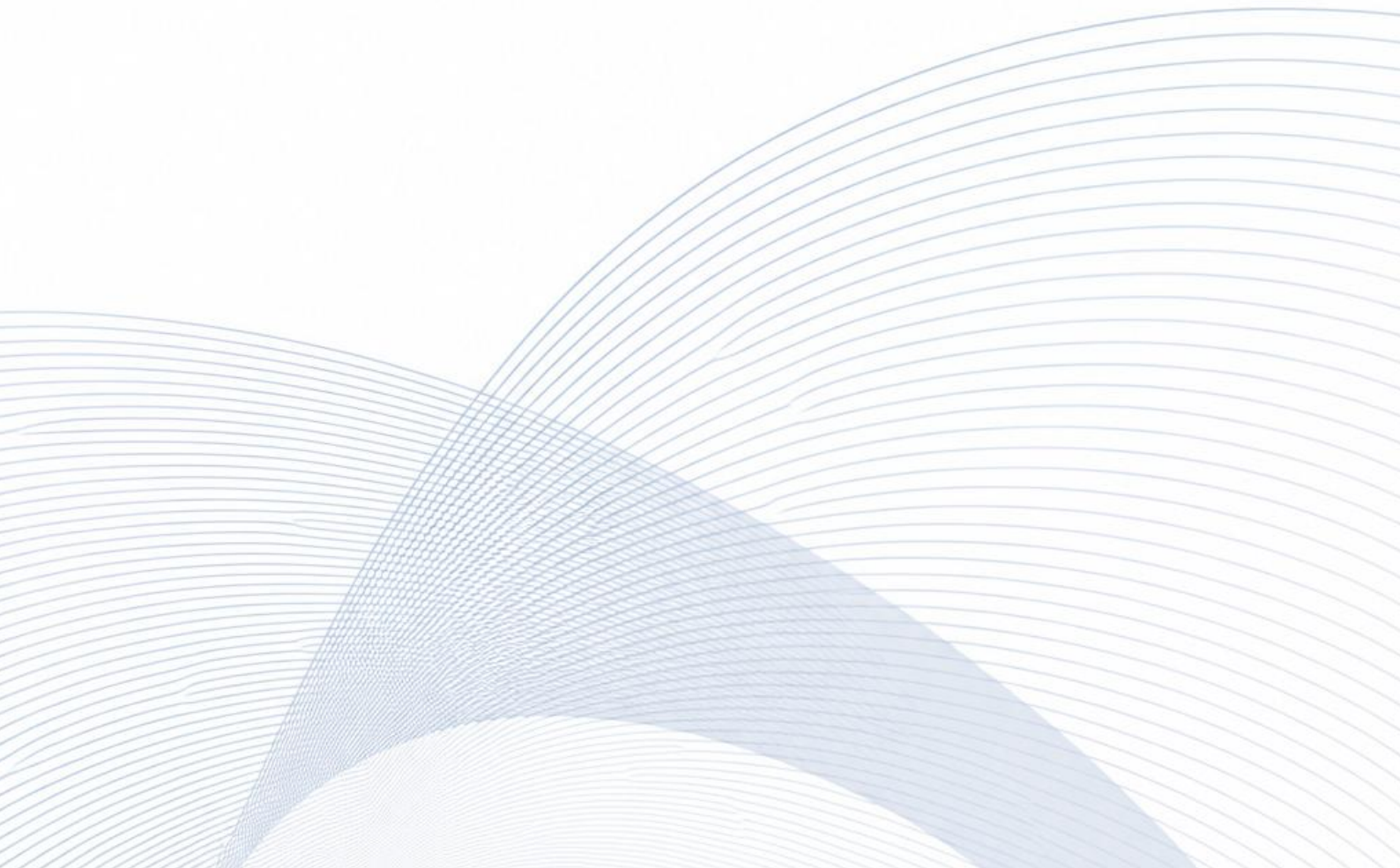


LEITLINIE PSYCHOLOGISCHE BEGUTACHTUNG SGB XIV

7 / 2026



Inhaltsverzeichnis

Zweck der Leitlinie	3
1 SGB XIV - Übersicht	3
2 Psychologische Begutachtung im Rechtsbereich SGB XIV	4
2.1 Qualifikationsvoraussetzungen für psychologische Sachverständige	4
2.2 Klärung der Fragestellungen	5
3 Planung der Untersuchung	5
3.1 Aktenanalyse	5
3.2 Übersetzung rechtlicher in psychologische Fragestellungen	5
3.3 Festlegung psychologischer Rahmenkonzepte für die Beurteilung von Teilhabe	6
3.3.1 Konzepte zur Beschreibung von Gesundheit	7
3.3.2 Konzepte zur Beschreibung psychischer Störung/Krankheit	8
3.3.3 Konzepte zur Beschreibung von Anpassungs- und Leistungsfähigkeit	9
3.4 Planung der Variablen- und Methodenauswahl	9
4 Durchführung der Untersuchung	10
4.1 Untersuchungsbeteiligte	10
4.2 Aufgaben der Untersuchenden	10
4.3 Auswertung der Ergebnisse	11
4.3.1 Validierung und Befundssicherung	11
4.3.2 Normbezogene Auswertung	11
4.3.3 Sicherung von Befunden zur Gesundheit	12
4.3.4 Sicherung von Befunden zu Krankheit oder Schädigung	13
4.3.5 Sicherung von Befunden zu Leistungsfähigkeit und Leistung	14
5 Beurteilung von Schädigung und Schädigungsfolge	15
5.1 Beurteilung des Erstschadens	15
5.2 Beurteilung des Sekundärschadens: Vergabe einer klinischen Diagnose	16
5.3 Beurteilung des Sekundärschadens: Analyse von Funktions- und Teilhabeeinschränkungen	16
5.4 Allgemeine Heuristik zur Beurteilung von Sekundärschäden	17
5.5 Fallbeispiel zur Gegenüberstellung von Gesundheits- und Schädigungsmerkmalen	20
6 Hinweise zur Ergebnisinterpretation	22
6.1 Beurteilung von Gesundheits- und Krankheitseigenschaften	22
6.2 Beurteilung von Handlungsregulation und Anpassung	22
6.3 Beurteilung von Teilhabe(-einschränkungen)	23

7	Beurteilung von Zusammenhangsfragen	24
7.1	Beurteilung der Ätiologie des Störungsbildes.....	24
7.2	Beurteilung schädigungsbedingter Funktions- und Leistungsbeeinträchtigungen.....	25
8	Beantwortung der rechtlichen Fragestellungen	26
8.1	Beachtung der fachlichen Grenzen	26
8.2	Ausrichtung der Kausalitätsbeurteilung an rechtlichen Kausalitätstheorien.....	26
8.3	Rechtliche Beweiswürdigung	27
8.4	Grad der Schädigungsfolgen (GdS-Bewertung)	27
9	Formale Anforderungen an das schriftliche Gutachten.....	29
10	Anhang	30
	Autor*innen	30

Zweck der Leitlinie

Die vorliegende Leitlinie dient der Erstellung psychologischer Gutachten im SGB XIV. Sie richtet sich an

- psychologische Sachverständige¹, die Begutachtungsleistungen zu Fragen aus SGB XIV erbringen,
- Auftraggeberinnen und Auftraggeber als Orientierungshilfe für die Ausschreibung von Gutachten und deren Bewertung,
- Personen, die von Gutachten betroffen sind oder Gutachten als Informationsquelle nutzen
- im sozialen Versorgungssystem tätige Psycholog(inn)en und Psychotherapeut(inn)en, die mit versorgungsmedizinischen Behörden kooperieren.

Sie gibt Empfehlungen zur Vereinheitlichung und wissenschaftlichen Fundierung des gutachterlichen Vorgehens und zur Erstellung psychologischer Gutachten zu Fragestellungen im Rechtsbereich SGB XIV. Sowohl die relevanten rechtlichen Rahmenbedingungen gutachterlicher Tätigkeit im Rahmen des SGB XIV, als auch bestehende fachliche Regelungen und Leitlinien werden einbezogen.

Anlass für die Leitlinienentwicklung waren folgende Positionen:

- Die Beurteilung schädigungsbedingter Funktions- und Leistungseinschränkungen erfordert psychologische Konzepte und Methoden.
- Psychologische Validierungskonzepte und -methoden sollen zur befundlichen Sicherung genutzt werden.
- ICF-Klassifikationen sind zur Sicherung von Einschränkungen der Teilhabe nicht ausreichend.
- Eine getrennte Analyse von (stabilen) Eigenschaften / Dispositionen und (dynamischen / veränderlichen) Anpassungsprozessen wird empfohlen.
- Die Gegenüberstellung von Merkmalen funktionaler Gesundheit und Merkmalen gesundheitlicher Schädigung soll helfen, schädigungsbedingte Einschränkungen funktionaler Gesundheit differenziert zu bestimmen.
- Schädigungsbedingte Einschränkungen der Teilhabe werden auf der Grundlage alltagsbezogener Anforderungen, spezifisch schädigungsbedingter Einschränkungen der funktionalen Gesundheit und vorhandener Ressourcen ermittelt.

1 SGB XIV - Übersicht

Das 14. Sozialgesetzbuch gliedert sich mit insgesamt 158 Paragraphen in einen allgemeinen und einen besonderen Teil. Es regelt die soziale Entschädigung von Gewaltopfern einschließlich Terror (§ 13 ff SGB XIV), die Entschädigung künftiger Opfer von Kriegsauswirkungen beider Weltkriege (§ 21 SGB XIV), von Geschädigten durch Ereignisse im Zusammenhang mit der Ableistung von Zivildienst (§ 23 SGB XIV), von Geschädigten durch Schutzimpfung (§ 24 SGB XIV) sowie von Angehörigen / Hinterbliebenen und Nahestehenden (§ 6 SGB XIV).

Zur Kompensation schädigungsbedingter Krankheitsfolgen vorgesehen ist ein breites Leistungsspektrum (§ 3 SGB XIV), bestehend aus Schnellen Hilfen (Kapitel 4), Krankenbehandlung (Kapitel 5), Teilhabeleistungen (Kapitel 6), Leistungen bei Pflegebedürftigkeit (Kapitel 7), Leistungen bei Blindheit (Kapitel 8), Entschädigungsleistungen (Kapitel 9), Berufsschadensausgleich (Kapitel 10), Besonderen Leistungen im Einzelfall (Lebensunterhalt, Ausbildungsförderung etc., Kapitel 11), Leistungen bei Überführung und Bestattung (Kapitel 12), Härtefallausgleich (Kapitel 13),

Leistungen nach Vorschriften zu Wohnsitz im Ausland (Kapitel 14) und Leistungen nach Vorschriften zu Besitzständen (Kapitel 23).

¹ Es wird aus Gründen der Lesbarkeit die kürzere männliche Form verwendet. Sie ist geschlechtsneutral zu verstehen.

Die Gruppen der Leistungsberechtigten sind in § 2 SGB XIV *Berechtigte der Sozialen Entschädigung* festgelegt. Nach § 14 Abs. 2 SGB XIV stehen den Opfern von Gewalttaten Personen gleich, die in Folge des Miterlebens einer Tat oder des Auffindens des Opfers eine gesundheitliche Schädigung erlitten haben. Den Opfern von Gewalttaten stehen Personen gleich, die durch Überbringung der Nachricht vom Tode oder der schwerwiegenden Verletzung des Opfers eine gesundheitliche Schädigung erlitten haben, wenn zwischen diesen Personen und dem Opfer im Sinne des § 13 oder des Absatzes 1 eine enge emotionale Bindung besteht. Eine solche Beziehung besteht in der Regel mit Angehörigen und Nahestehenden.

Es gelten die üblichen für die Sachverständigentätigkeit formulierten verfahrensrechtlichen Bestimmungen, wie sie auch in den Standards zur psychologischen Begutachtung der Föderation deutscher Psychologenvereinigungen beschrieben sind.²

Sie betreffen

- Bestimmungen für Auftraggebende,
- Bestimmungen zur *Leitung der/des Sachverständigen* und
- Bestimmungen für Sachverständige, insbesondere Forderungen an
- die *Neutralität der Sachverständigen*
 - die Pflicht zur *persönlichen Erstellung* des Gutachtens,
 - die *erforderliche Fachkompetenz* der Sachverständigen,
 - die *Ausrichtung an aktuellen wissenschaftlichen Standards* und
 - die *Verständlichkeit und Nachvollziehbarkeit* des Gutachtens.

Die Ausrichtung an aktuellen *wissenschaftlichen Standards* beinhaltet

- a) die Auswahl und Anwendung geeigneter Untersuchungsmethoden,
- b) die Interpretation der Untersuchungsergebnisse,
- c) die integrierende Bewertung der Untersuchungsergebnisse im Rahmen psychologischer Konzepte, Theorien und Modelle und
- d) die aus dieser Bewertung resultierende Beantwortung der gutachterlichen Fragestellungen.

Zur wissenschaftlichen Methodik zählt auch die Integration von Informationen anderer, insbesondere medizinischer Fachdisziplinen in die psychologische Analyse und Bewertung individueller Eigenschaften, Funktionen und Funktionsstörungen.

2 Psychologische Begutachtung im Rechtsbereich SGB XIV

Eine allgemeine Orientierungshilfe für psychologische Begutachtung in verschiedenen Bereichen des Sozialrechts, darunter auch SGB XIV/Soziales Entschädigungsrecht, vermittelt die Leitlinie „Neuropsychologische Begutachtung“ der Gesellschaft für Neuropsychologie.³

2.1 Qualifikationsvoraussetzungen für psychologische Sachverständige

Qualifikationsvoraussetzungen für psychologische Sachverständige zu Fragen des SGB XIV sind:

- Master Psychologie oder fachliche Äquivalente.
- Master Psychologische Psychotherapie (mit Approbation)

Die weiteren *fachlichen Voraussetzungen* für psychologische Sachverständige umfassen fundierte Kenntnisse aus allen Grundlagen- und Anwendungsfächern der akademischen Psychologie, insbesondere der psychologischen Diagnostik und der klinischen Psychologie / Neuropsychologie sowie der Beschwerdenvvalidierung, medizinische Grundkenntnisse zu körperlichen, insbesondere chronischen Erkrankungen sowie körperlichen oder psychischen Schädigungen und ihrer Behandlung, Kenntnisse

² https://www.dgps.de/fileadmin/user_upload/PDF/Empfehlungen/GA_Standards_DTK_10_Sep_2017_Final.pdf

³ Zeitschrift für Neuropsychologie, 26 (4), 2015, 289 – 306

der rechtlichen Grundlagen für die Begutachtung nach SGB XIV sowie eigene praktische Erfahrungen in der Behandlung oder Rehabilitation von Patienten mit körperlichen Erkrankungen, Schädigungen oder psychischen Störungen.

2.2 Klärung der Fragestellungen

Gängige Fragestellungen im Rechtsbereich des SGB XIV betreffen:

- Fragen der Tatsachenermittlung (Diagnosestellung)
- Fragen der Kausalität (Verursachung) von Gesundheitsstörungen oder Schädigungen,
- Fragen zur Veränderung des gesundheitlichen Zustandes bzw. schädigungsbedingter Gesundheitsstörungen,
- Fragen zur medizinischen Rehabilitation,
- Fragen zur Pflegebedürftigkeit aufgrund anerkannter Schädigungsfolgen,
- Notwendigkeit weitergehender psychotherapeutischer Behandlung (Krankenbehandlung),
- bei Verdienstausfall Notwendigkeit der Zahlung von Krankengeld der Sozialen Entschädigung, Rentenkapitalisierung,
- Fragen zur sozialen Teilhabe,
- Notwendigkeit, Angemessenheit und Umfang von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben,
- Notwendigkeit, Angemessenheit und Art von Leistungen zur Teilhabe an Bildung.

3 Planung der Untersuchung

3.1 Aktenanalyse

Die Aktenanalyse sollte sich an folgenden Punkten orientieren:

- *Vollständigkeit:* Für die psychologische Begutachtung müssen alle relevanten Informationen vorliegen. Zu prüfen ist, ob die Akte sämtliche Informationen enthält, die zur Übernahme des Auftrags erforderlich sind. Fehlende Informationen/Angaben/Berichte sind anzufordern oder können die Beauftragung eines medizinischen (Zusatz-) Gutachtens erforderlich erfordern. Dies ist dem Auftraggeber jeweils zeitnah zu kommunizieren.
- *Beurteilung der vorliegenden medizinischen Befunde.* Die/Der psychologische Sachverständige sollte bei psychischen Störungen oder Schädigungsfolgen ggf. eine eigene Beurteilung der vorliegenden medizinischen Befunde zur Diagnostik und Therapie danach vornehmen, ob diese mit den in der Akte dokumentierten Darstellungen der zu begutachtenden Person vereinbar sind.
- *Beachtung der fachlichen Grenzen.* Zur Angemessenheit medizinischer Diagnosen oder bisher durchgeführter Therapiemaßnahmen bei körperlichen Erkrankungen sollten psychologische Sachverständige ohne entsprechende fachliche Zusatzqualifikation keine eigenen Bewertungen vornehmen. Möglich sind aber Hinweise, wenn die bisher durchgeführten und in der Akte dokumentierten Maßnahmen offensichtlich im Widerspruch zu aktuellen AWMF-Behandlungsleitlinien stehen.
- *Dokumentation relevanter Auszüge.* Es sollten Aktenauszüge im eigenen Gutachten dokumentiert werden, die für die eigene Begutachtung relevant sind. Dazu gehören in der Regel mindestens die folgenden Angaben: 1. Zeitpunkt/Datum des Dokuments 2. Dokumentierende Person / Auskunftsgabe (z.B. Therapeut, Sachverständiger), 3. Für die Fragestellung/Begutachtung relevante Ergebnisse (z.B. Diagnosen, Befunde), 4. Zusätzliche Angaben, die für die eigene Untersuchung wichtig sind.

3.2 Übersetzung rechtlicher in psychologische Fragestellungen

Psychologische Fragestellungen sind dann aus den rechtlichen Fragestellungen abzuleiten, wenn die Beantwortung der rechtlichen Fragestellung die Übersetzung in psychologische Begriffe, Konzepte

oder Modelle (z. B. Ätiologie-, Gesundheits-, Krankheits- oder Persönlichkeitsmodelle) erfordert. Sie können bei Fragestellungen zu SGB XIV folgende Themen betreffen:

- Fragen zur Ätiologie psychischer Störungen im Einzelfall bei rechtlichen Fragen zu ihrer Kausalität;
- Fragen zu vulnerablen und protektiven biographischen Faktoren und Persönlichkeitsmerkmalen bei Fragen zur konkurrierenden Kausalität primärer oder sekundärer Schädigungsfolgen;
- Fragen zur Bedeutung körperlicher und/oder psychosozialer Belastungen bei Fragen zur Kausalität psychischer Störungen / Gesundheitsstörungen;
- Fragen zu Art und Schweregrad psychischer Störungen bei Fragen zum Grad der Schädigungsfolgen;
- Fragen zu Art und Ausprägung intakter Funktionen / Gesundheitsmerkmale / Ressourcen bei Fragen zum Grad der Schädigungsfolgen und zu sozialen Anpassungsschwierigkeiten;
- Art und Ausprägung gestörter Funktionen/ Fähigkeitseinschränkungen / Defizite bei Fragen zum Grad der Schädigungsfolgen und sozialer Anpassungsschwierigkeiten;
- Qualitative und quantitative Merkmale der Verarbeitung von Störungen / Krankheiten / Dysfunktionen bei Fragen zum Grad der Schädigungsfolgen, zu sozialen Anpassungsschwierigkeiten und zum Behandlungsbedarf und zur Wirksamkeit der Krankheitsverarbeitung;
- Fragen zu anpassungsmodifizierenden Prozessmerkmalen und Eigenschaften bei rechtlichen Fragen zum Grad der Schädigungsfolgen und zu Leistungen zur Teilhabe;
- Fragen zu Art und Wirkung personaler und externaler Kontextbedingungen auf Gesundheitsstörungen oder Funktionsmerkmale bei Fragen zum Grad der Schädigungsfolgen und zur Begründung von Leistungen zur Teilhabe;
- Fragen zu Auswirkungen krankhafter oder gestörter Prozesse auf Merkmale der Funktions- und Leistungsfähigkeit bei Fragen zur Begründung von Leistungen zur Teilhabe;
- Fragen zur Prognose des Verlaufs psychischer Störungen bei Fragen zur Prognose von Gesundheitsstörungen;
- Fragen zur Prognose von Funktions- und Leistungseinschränkungen bei rechtlichen Fragen zur Prognose von Einschränkungen der Teilhabe;
- Fragen zur Gültigkeit / Validität / Reliabilität / Konsistenz / Plausibilität / Unverzerrtheit von Selbstberichten und Leistungstestergebnissen bei rechtlichen Fragen zur Glaubhaftigkeit / Authentizität / Objektivität der Ergebnisse.

Analog zur wissenschaftlichen Praxis gilt als Ausgangshypothese (H_0) für die Beurteilung eines gesundheitlichen Schadens im Einzelfall, dass der oder die zu Untersuchende als „gesund“ bzw. „nicht geschädigt“ anzusehen ist. Zu prüfen ist dann, ob die *H_0 durch die Untersuchungsergebnisse mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit zurückgewiesen werden kann*, ob also Indikatoren mangelnder Gesundheit oder manifester Krankheit oder Schädigung befundlich gesichert werden können, die mit dem schädigenden Ereignis in kausalen Zusammenhang zu bringen sind.

Bei der Befundsicherung gilt als Ausgangshypothese die Annahme, *dass die erhobenen Informationen zutreffen bzw. gültig sind*. Zu prüfen ist dann, ob diese Annahme aufgrund der Validierungsbefunde zurückgewiesen werden muss.

Maßgeblich ist die Wahrscheinlichkeit, mit der die Annahme zutreffender Angaben zurückzuweisen ist. Nicht maßgeblich ist hingegen die Wahrscheinlichkeit, mit der falsche Angaben tatsächlich (positiv) anzunehmen sind.

3.3 Festlegung psychologischer Rahmenkonzepte für die Beurteilung von Teilhabe

Die Bedeutung von Gesundheit als rechtliche und auch psychologische Ausgangsgröße erfordert die Festlegung von Merkmalen, die zur Kennzeichnung intakter Funktionssysteme bzw. normaler Merkmalsausprägungen geeignet sind. Um Merkmale von Gesundheit und von Krankheit systematisch aufeinander beziehen zu können und auf dieser Grundlage das individuelle Funktions- bzw. Teilhabenniveau beurteilen zu können, werden folgende Rahmenkonzepte empfohlen:

3.3.1 Konzepte zur Beschreibung von Gesundheit

Die Leitlinie unterscheidet Gesundheitsmerkmale auf personaler und kontextbezogener Ebene. In beiden Fällen können die Merkmale im Sinne latenter dispositioneller Eigenschaften erfasst werden.

Personale Gesundheitsmerkmale betreffen Eigenschaften, die das weitgehend intakte Funktionsniveau einer Person kontextunabhängig, also als Verhaltensdisposition weitgehend unabhängig von äußeren Anforderungsbedingungen beschreiben. Kontextbezogene Gesundheitsmerkmale betreffen Eigenschaften, die das weitgehend intakte Funktionsniveau einer Person unter den im Einzelfall gegebenen lebens- und anforderungsbezogenen (z.B. physikalischen, sozialen, ökologischen, leistungsbezogenen) Bedingungen beschreiben.

Orientierend können psychologische Gesundheitsmodelle genutzt werden, um relevante Merkmale funktionaler Gesundheit zu identifizieren^{4,5}. Gesundheit kann auf der körperlichen, psychischen oder sozialen Ebene beschrieben werden. Gefragt ist dann immer nach Eigenschaften, die relevante *Merkmale des individuellen (überwiegend) intakten Funktionsniveaus oder hinreichend gut integrierter Persönlichkeitsanteile abbilden*. Dazu zählen u.a. Alltagsaktivitäten, Persönlichkeitseigenschaften, Fähigkeiten, Leistungen, Emotionen, Motive, Gewohnheiten, Einstellungen, Überzeugungen usw.

Der hier zugrunde gelegte Gesundheitsbegriff geht davon aus, dass geringfügige Störungen, Dysfunktionen oder Abweichungen von der Normalität *Teil von Gesundheit* sind. Störungen, Beeinträchtigungen oder Abweichungen im Erleben oder Verhalten sollen der Beschreibung von Gesundheit zugeordnet werden, sofern es sich nicht um behandlungsbedürftige Krankheiten oder psychische Störungen handelt.

Dimensionalität von Gesundheit. Im Sinne einer einheitlichen Unterscheidung werden folgende Eigenschaftskategorien vorgeschlagen, um Gesundheit dimensional zu beschreiben:

Personale Eigenschaften

- Intakte Merkmale der *körperlichen Struktur*
- Intakte *physiologische Funktionen* (Intaktes Funktionsniveau des respiratorischen, kardiovaskulären, neurologischen, muskuloskelettalen, gastrointestinalen, urogenitalen, dermatologischen, endokrinen, immunologischen Systems)
- Eigenschaften der *Motorik* (z. B. Indikatoren für ausreichende Kraft, Ausdauer, Schnelligkeit, Beweglichkeit, Koordinationsfähigkeit)
- Eigenschaften der *Aufmerksamkeit* (z.B. durchschnittlich ausgeprägte Reaktionsbereitschaft, Daueraufmerksamkeit, Aufmerksamkeitsteilung)
- Eigenschaften des *Gedächtnisses* (z. B. Indikatoren für ein ausreichendes Arbeitsgedächtnis, Langzeitgedächtnis/ Wissen, ausreichende Lern- und Abruffähigkeit)
- Eigenschaften der *Intelligenz und exekutiver Funktionen* (z. B. Indikatoren ausreichender Informationsverarbeitungsfähigkeit, kognitiver Verarbeitungsgeschwindigkeit und ausreichender Fähigkeit zu beziehungsstiftendem konvergentem, divergentem und planendem Denken)
- *Emotionale Eigenschaften* (z. B. emotionale Stabilität, ausreichende / normale Fähigkeit zur Emotionswahrnehmung, Emotionsregulation, zu emotionalem Ausdrucksverhalten, zur Angemessenheit emotionaler Reaktionen)
- Eigenschaften der *Motivation und Handlungsregulation* (Indikatoren ausreichender / erhaltener Selbstwirksamkeit, Interessen, Motive, Fähigkeit zu vorsatzgesteuertem Handeln, zu fremd- und selbstkontrolliertem Handeln)

Kontextbezogene Eigenschaften

Gemeint sind relativ stabile Merkmale oder Dispositionen, die sich aus der Interaktion personaler Eigenschaften mit (individuell bedeutsamen) Umweltmerkmalen entwickelt bzw. stabilisiert haben:

⁴ Schwarzer, R. (2005). Enzyklopädie der Psychologie. Serie 10 Gesundheitspsychologie. Göttingen: Hogrefe.

⁵ Faltermaier, T. (2005). Gesundheitspsychologie. Stuttgart: Kohlhammer

- *Sicherheit* (Erleben von Sicherheit vs. Erleben von Unsicherheit und Bedrohung unter Berücksichtigung der objektiven Sicherheit der Lebens-, Wohn- und Arbeitsbedingungen, der finanziellen und sozialen Situation u.a.)
- *Selbstversorgung* (z. B. Fähigkeit zur Aufrechterhaltung basaler Lebensfunktionen wie Ernährung, Ausscheidung und von Alltagsorganisation in Form von Hygiene, Ordnung, häuslichem Leben, Mobilität, wirtschaftlichem Leben im gegebenen Lebenskontext)
- *Schlaf und Erholung* (z. B. Umfang und Qualität unter aktuellen Lebensbedingungen)
- *Arbeit und Leistung* (z. B. Teilnahme am Erwerbsleben bzw. vergüteter Tätigkeit, Übernahme einer Tätigkeit mit Verantwortung für Andere bzw. für Arbeitsergebnisse, Umfang von Arbeit, Arbeitsverhalten bzw. anreizorientiertem Verhalten, Arbeitsmotivation, Erleben von leistungsbezogenem Erfolg/Misserfolg im gegebenen Lebenskontext)
- *Freizeitbezogene Aktivitäten* (z. B. Interessen, Art und Umfang selbstbestimmter Aktivitäten, Sinnerleben im gegebenen Lebenskontext)
- *Soziale Beziehungen* (z. B. erhaltene Kommunikationsfähigkeit, vorhandene Fähigkeit, informelle und formelle Beziehungen zu gestalten, soziale Kompetenz, funktionales soziales Rollenverhalten, adäquater Umfang und angemessene Intensität sozialer Beziehungen).
- *Sonstige kontextbezogene Eigenschaften*

3.3.2 Konzepte zur Beschreibung psychischer Störung/Krankheit

Von *Krankheit* oder *gesundheitlicher Schädigung* soll im gegebenen Rahmen nur gesprochen werden, wenn Befunde über Normabweichungen (z. B. auffällige Laborwerte, auffällige Befunde in bildgebenden Verfahren) sowie Beschwerden, Beeinträchtigungen oder auffällige klinische Merkmale *klinischen Diagnosen* zugeordnet werden können.

Konzepte zur Beschreibung und Erklärung psychischer Störungen können anhand folgender Variablen- und Gruppen beschrieben werden:

- Merkmale der Ätiologie (bei psychischen Störungen v.a. dispositionelle Bedingungen und spezifischer Lernerfahrungen),
- Merkmale der Pathogenese bzw. des Krankheitsverlaufs und der Krankheitsverarbeitung (auslösende und aufrechterhaltende Bedingungen) und
- Merkmale des aktuellen Erscheinungsbildes/Phänotyps⁶.

Methoden der *klinischen Befundssicherung* sind bei psychischen Störungen:

- Anamnese (Erhebung der Krankengeschichte),
- Psychischer / Psychopathologischer Befund nach AMDP,⁷
- Klassifikatorische Diagnostik nach ICD 10/ICD 11⁸ oder DSM 5⁹
- Beurteilung der willentlichen Steuerungsfähigkeit (gem. Psychotherapie-Richtlinie)
- Psychometrische Verfahren zur Beschwerdenuvalidierung

Eine Empfehlung zur Beurteilung von Krankheitsverarbeitungsprozessen gibt die AWMF-Leitlinie zur Begutachtung psychischer und psychosomatischer Störungen¹⁰. Als Indikatoren der Art und Qualität der Krankheitsverarbeitung werden dort genannt: Leidensdruck, subjektives Krankheitsmodell, Veränderungsmotivation und Veränderungsressourcen.

Zur Beurteilung der Ätiologie einer psychischen Störung / Erkrankung im Einzelfall empfiehlt sich ein Rückgriff auf lerntheoretische oder andere wissenschaftliche Bedingungs- oder Erklärungsmodelle.

⁶ Vgl. Leiber et al. (1996). Die klinischen Syndrome. München: Urban und Fischer.

⁷ Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie (AMDP, Hrsg.): Das AMDP-System. Manual zur Dokumentation des psychischen Befundes in Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik. 11. Auflage 2023. Hogrefe. ISBN 978-3-8017-3157-1

⁸ https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-10-GM/_node.html

⁹ American Psychiatric Association. (2015). Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen - DSM-5 ®: Deutsche Ausgabe herausgegeben von Peter Falkai und Hans-Ulrich Wittchen, ... Winfried Rief, Henning Saß und Michael Zaudig. Göttingen: Hogrefe.

¹⁰ <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/051-029>

3.3.3 Konzepte zur Beschreibung von Anpassungs- und Leistungsfähigkeit

Die Beschreibung von Anpassungs- und Leistungsfähigkeit ist auf Merkmale des Funktions- und Leistungsniveaus auszurichten, also der Alltagsbewältigung und der allgemeinen und erwerbsbezogenen (teilhabebezogenen) körperlichen, psychischen und sozialen Leistungsfähigkeit. Krankheits- bzw. Störungsbezogene Anpassungsprozesse sollten dem Funktionsbereich Krankheit (b) zugeordnet werden.

Die Beschreibung körperlicher oder psychosozialer Anpassungs- und Bewältigungsprozesse kann den Bezug zu Prozessmodellen (z. B. Stressmodell, Copingtheorie) oder Modellen der Verhaltensvorhersage erfordern. Wesentliches Merkmal solcher Konzepte ist die Beschreibung oder Erklärung dynamischer Wirkungen und Wechselwirkungen der beteiligten Merkmale oder Variablengruppen.

Anpassungsprozesse werden typischerweise beschrieben durch (1) Ausgangs- oder Anforderungsbedingungen, (2) darauf abgestimmte operative (z. B. förderliche und hinderliche) Denk- und Handlungsprozesse in Verbindung mit Kontextbedingungen und (3) Ergebnisvariablen („Outcome“). Diese können biographisch auf unterschiedliche Zeiträume (z. B. auf die körperliche, soziale, emotionale, leistungsbezogene Entwicklung des Einzelnen über die Lebensspanne), auf eine *Lebensphase* oder einen bestimmten *Funktionsbereich* (z. B. soziale Ablösungsphase, Bewältigung zeitlich überdauernder körperlicher, kognitiver, emotionaler oder sozialer Anforderungen) oder auf *singuläre Ereignisse* (z. B. Reaktionen auf belastende Ereignisse) bezogen sein.

Konzepte zur Beschreibung allgemeiner, arbeits- oder erwerbsbezogener *Leistungsmerkmale* erfordern eine Erweiterung der gesundheitsbezogenen Modelle um solche zur Erfassung ziel- und ergebnisorientierten Leistungsverhaltens. „Leistung“ bezeichnet psychologisch die in einer bestimmten Zeit erbrachte Arbeit, für die der Einzelne eine bestimmte eigene Energie zweckmäßig aufwendet und im Sinne der Anforderungsbewältigung einsetzt. Willens- und Vorsatzbildung, Handlungs- bzw. Leistungsmotivation, die Durchführung der Handlung auch gegen Widerstände und die Ergebnisbewertung, sind dafür maßgeblich. Ob eine Person eine „Leistung“ erbringen kann und wird, sollte psychologisch mindestens durch folgende Variablengruppen abgebildet werden: Anforderung, Leistungsmotivation, Leistungsfähigkeit, positives und negatives Leistungsbild.

3.4 Planung der Variablen- und Methodenauswahl

Für die Methodenauswahl gelten die folgenden Empfehlungen:

Multimethodale Erhebung. Obligatorische Erhebungsmethoden im Rahmen der psychologischen Begutachtung zu Fragen nach SGB XIV sind die Analyse der vorliegenden Akten, Exploration, Verhaltensbeobachtung und validierungsdiagnostische Verfahren. Die Beurteilung der kognitiven Funktions- und Leistungsfähigkeit erfordert in der Regel standardisierte Testmethoden. Zu psychologischen Methoden zählen auch psychophysiologische Messungen/Testungen, psychophysikalische Messungen/Testungen, objektive Tests sowie Arbeitsproben.

Befundliche Sicherung. Die Auswahl der Variablen sollte so erfolgen, dass die Methoden wechselseitig zur Validierung der Ergebnisse genutzt werden können. Die für die Beantwortung der gutachterlichen Fragestellungen zentralen Eigenschaften oder Fähigkeiten sollten mehrfach diagnostisch gesichert werden (z.B. durch den Abgleich von Ergebnissen konvergent valider Tests). Testpsychologisch gestützte Maßnahmen zur Validierung von Beschwerden, aber auch anderer Eigenschaften und Anpassungsprozesse, sind obligatorisch.

Ausgewogenheit der Variablen in Bezug auf gesundheits- und krankheitsbezogene Merkmale. Die Variablenauswahl sollte so vorgenommen werden, dass zur Beurteilung krankheitsbedingter Funktions- oder Leistungsbeeinträchtigungen krankheitsbezogene Informationen nicht wesentlich differenzierter und umfangreicher erhoben werden als intakte Funktionen und gesundheitsbezogene Merkmale.

Unverfälschbarkeit bedeutet, dass Maßnahmen zur Kontrolle eventueller Verfälschungstendenzen oder intentional verzerrter Angaben ergriffen werden müssen und im Zweifel diejenigen Verfahren oder Variablen auszuwählen sind, die eine höhere Objektivität bzw. Unverzerrtheit der Angaben erwarten lassen.

Klassifikatorische Diagnostik nach ICD/DSM. Klassifikatorische Diagnosen nach ICD sind nicht mit einem klinischen Befund gleichzusetzen. Der klinisch-psychologische Befund ergänzt die klassifikatorische Diagnostik nach ICD 10/ ICD 11 um weitere Informationen zur Krankheitsschwere und Krankheitsverarbeitung. Die Einordnung eines Störungsbildes in das ICD-System reicht nicht aus, um krankheits- oder störungsbedingte Funktionseinschränkungen zu bewerten.

Klassifikatorische Diagnostik nach ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit). Die ICF kann mit dem biopsychosozialen Modell eine konzeptionelle Grundlage liefern für die Systematisierung und Beschreibung von Funktionseinschränkungen bei einem bestehenden Gesundheitsproblem. Klassifikatorische Diagnosen nach ICF sind aber nicht mit psychologischen Befunden zum Funktionsniveau oder zu einzelnen Funktionseinschränkungen gleichzusetzen.

4 Durchführung der Untersuchung

4.1 Untersuchungsbeteiligte

Beteiligung des/der Antragstellenden/Versorgungsberechtigten. Im Rahmen der Sachverhaltsaufklärung treffen den Versicherten/die Versicherte nur ausnahmsweise echte Duldungspflichten (z.B. §§ 81, 81a-h StPO, § 372a ZPO). Im Regelfall handelt es sich dabei um Mitwirkungspflichten, die zwar nicht zu erzwingen sind, deren Nichtbeachtung aber für die bzw. den zu Begutachtenden beweisrechtliche Nachteile mit sich bringen können (Schiltewolf & Schwarz, 2013¹¹). Verweigert die oder der Betroffene im Rahmen der gutachterlichen Untersuchung die Durchführung einzelner Maßnahmen, so hat der Gutachter die Weigerung zu dokumentieren und die Auswirkungen der damit fehlenden Befunde auf die Sicherheit der gutachtlichen Schlussfolgerungen kenntlich zu machen.

Anwesenheit Dritter in der Untersuchung. In der Regel ist eine Untersuchung des oder der Versicherten ohne die Anwesenheit Dritter durchzuführen, um etwaige Fremdeinflüsse auf die Begutachtung zu vermeiden.

4.2 Aufgaben der Untersuchenden

Aufgaben der Sachverständigen bzw. der an der Untersuchung beteiligten Hilfskräfte sind:

- Begrüßung mit Information des/der Probanden über den Zweck und den geplanten Ablauf der Untersuchung sowie Klärung der Durchführungsbedingungen und –voraussetzungen
- Sicherstellung der Identität (Vorlage Ausweisdokumente)
- Einholen einer informierten Einwilligung (Bestätigung der zu begutachtenden Person, die gutachtlichen Rahmenbedingungen der Untersuchung zu kennen und zu akzeptieren)
- Durchführung der Messungen/ Erhebungen/ Befragungen, dabei Sicherstellung einer angemessenen und zumutbaren Abfolge von Be- und Entlastungen im Untersuchungsverlauf)
- Kontinuierliche Beobachtung des Symptom- bzw. Beschwerdenverhaltens, gesundheitsorientierten und leistungsbezogenen Verhaltens.
- Auswertung ausgewählter Mess- oder Testergebnisse im Untersuchungsverlauf zur Begründung und Durchführung adaptiver diagnostischer Messungen/Erhebungen
- Umgang mit Planungsabweichungen und Komplikationen (z. B. Verkürzung oder vorzeitiger Abbruch der Untersuchung wegen Überforderung, Erschöpfung oder Testabwehr, unerwartetes Erfordernis zusätzlicher Erhebungen oder Testungen aufgrund von Testergebnissen; Komplikationen in der Interaktion mit dem Probanden, Hinweise auf eingeschränkte Kooperativität, Einflussnahme durch Begleitpersonen)
- Beendigung der Untersuchung und Verabschiedung.

¹¹ Schiltewolf, M. & Schwarz, M. (2013). Lexikon Begutachtung in der Medizin. Berlin, Heidelberg: Springer.

4.3 Auswertung der Ergebnisse

Die Auswertung der Ergebnisse folgt generell den in den Qualitätsstandards für psychologische Gutachten der Föderation deutscher Psychologinnenvereinigungen festgelegten Regelungen.

Für die psychologische Begutachtung im SGB XIV gelten insbesondere die folgenden Empfehlungen.

4.3.1 Validierung und Befundssicherung

Validierung als erster diagnostischer Schritt. Die einzelfallbezogene Validierung der erhobenen Informationen (Angaben, Testergebnisse) geht weiteren inhaltlichen Interpretationen von Angaben, Verhaltensbeobachtungen oder Untersuchungsergebnissen voraus. Das gilt auch für Personen mit gesicherten Erkrankungen oder krankheitswertigen psychischen Störungen.

Unterscheidung positiver und negativer Verzerrungen. Die Interpretation der Ergebnisse soll auf die Interessenslage des Probanden und die situativen Bedingungen abgestimmt werden. Zu unterscheiden sind ein Interesse an der rechtlichen Anerkennung von Beschwerden / Beeinträchtigungen (Risiko Aggravation oder negative Antwortverzerrung) vom Interesse an der Anerkennung von Gesundheit oder erhaltener Funktions- und Leistungsfähigkeit (Risiko Dissimulation oder positive Antwortverzerrung).

Glaubhaftmachung. Liegen schädigende Ereignisse lange zurück (z. B. sexualisierte Gewalt in der Kindheit) und werden erst Jahre später Schädigungsfolgen geltend gemacht oder besteht keine hinreichende Dokumentation der Ereignisse (z. B. nach Gefangenschaft), ist der Nachweis des schädigenden Vorgangs häufig erschwert. In diesen Fällen sieht das soziale Entschädigungsrecht im begründeten Einzelfall das rechtliche Beweismaß der Glaubhaftmachung vor, soweit Unterlagen nicht vorhanden, nicht zu beschaffen oder verlorengegangen sind. Für Sachverständige bedeutet das, dass die Anforderungen an die Befundssicherung in diesen Fällen geringer zu veranschlagen sind als bei der Sicherung von Gesundheitsschäden.

Validierung von Testleistungen und Validierung von Selbstauskünften. Die Validierung von Testleistungen ist klar von der Validierung von Selbstauskünften zu trennen. Die Ergebnisse von Leistungstests sollten in Bezug zu den motivationalen Bedingungen interpretiert werden, unter denen sie erzielt wurden. Selbstauskünfte der Probanden sollten validiert werden, indem ihre Antwortmuster oder Antwortinhalte zu Antwortinhalten oder Antwortmustern in Beziehung gesetzt werden, die gegen deren inhaltliche Gültigkeit und Verwertbarkeit sprechen. Etwaige Abweichungen, Plausibilitätsmängel oder Widersprüche sind in die Befunderstellung einzubeziehen.

Validierung als Ergebnis multimethodaler Analyse. Die Entscheidung, ob und in welchem Ausmaß eine verzerrte Darstellung von Beschwerden, Funktionen bzw. Funktionsbeeinträchtigungen sowie beschwerden- oder funktionsmodulierender Eigenschaften vorliegt, soll mit Bezug auf Normierungstichproben, inter- und intraindividuelle Vergleiche, Validitätsmaße (prognostische Werte bei Screeningtests) und statistische Kriterien vorgenommen werden.

Grenzen der Generalisierbarkeit. Von einer auffälligen spezifischen Antworttendenz soll nicht auf auffällige andere Antworttendenzen generalisiert werden (Beispiel: die erhöhte Neigung, sehr unwahrscheinliche Angaben zu machen, bedeutet nicht, dass auch ein Antwortverhalten vorgelegen hat, das durch auffällig stereotype Darstellungen geprägt war).

Validierung als Bestandteil psychologischer Befundssicherung. Von einem psychologischen Befund soll gesprochen werden, wenn die erhobenen Informationen systematisch und mit geeigneten Validierungsmethoden danach bewertet werden, ob und gegebenenfalls wie stark sie von den Untersuchungsbedingungen, speziell von Antwortmotiven des Probanden oder der Probanden, beeinflusst waren. Die Beschränkung der Darstellungen und Bewertungen auf die Probandenperspektive (Selbstauskunft) ist nicht ausreichend für einen fachlichen psychologischen Befund.

4.3.2 Normbezogene Auswertung

Bei der Auswertung der Ergebnisse sollen die Art, die Qualität und die Aussagekraft der verwendeten Vergleichsnormen beachtet werden.

Grundsätzlich kann zwischen inter- und intraindividuellen Vergleichen unterschieden werden. Grundlage für *interindividuelle Vergleiche* sind stichprobenbasierte Normwerte. Grundlage für interindividuelle Vergleiche können aber auch Kenntnisse des Sachverständigen sein, der Angaben oder Beobachtungen zum individuellen Erleben oder Verhalten der Person ins Verhältnis setzt zum Erleben und Verhalten anderer Personen oder zu bekannten empirisch statistisch gestützten Merkmalsausprägungen.

Grundlage für *intraindividuelle Vergleiche* sind Referenzgrößen innerhalb der untersuchten Person, also z. B. die Ausprägung einer Eigenschaft (z. B. Ängstlichkeit) im Verhältnis zu einer anderen Eigenschaft (z. B. Vermeidungsverhalten). Intraindividuelle Vergleiche sind auch dann maßgeblich, wenn die untersuchte Person ihr eigenes Erleben oder Verhalten bewertet oder sie dieses zu bestimmten Vergleichsgrößen (z. B. zu eigenen Ansprüchen, Normen, Bewertungen) in Beziehung setzt.

Bedeutung interindividueller Normalwerte. Bevölkerungsnormierte Mess- und Testverfahren liefern Erkenntnisse zu Merkmals- oder Eigenschaftsausprägungen im Verhältnis zur Normalbevölkerung. Durchschnittswerte in solchen Verfahren (z. B. zu Persönlichkeitseigenschaften, Fähigkeiten, Motiven, Denk- und Verhaltensstilen, Einstellungen, Überzeugungen) können als Hinweise auf *Normalität* und in einem erweiterten Sinne auch als Hinweise auf Gesundheit der Untersuchten interpretiert werden. Durchschnittliche oder erhöhte Indikatoren für *dysfunktionales Erleben oder Verhalten, für körperliche und/oder psychische Krankheit oder psychische Störungen* oder für ein *reduziertes Funktionsniveau* können als Hinweise auf ein gestörtes Funktionsniveau oder als Maße für die Schwere der psychischen Störung interpretiert werden.

Bedeutung intraindividueller Vergleiche. Intraindividuelle Vergleiche können genutzt werden, um das Selbstkonzept bzw. Überzeugung des Antragstellers in Bezug auf Beschwerden und Beeinträchtigungen und Notwendigkeit von Hilfe und Unterstützung psychologisch plausibel darzustellen.

Bedeutung interindividueller Altersnormen in SGB XIV. Gemäß der Versorgungsmedizinischen Grundsätze setzt der Grad der Schädigungsfolgen stets eine Regelwidrigkeit gegenüber dem für das Lebensalter typischen Zustand voraus. Für die Begutachtung bedeutet das, dass bei der Nutzung von Leistungstests mit Altersnormen die altersbezogenen Normwerte zu verwenden sind.

4.3.3 Sicherung von Befunden zur Gesundheit

Angaben, Beobachtungen und Testergebnisse, die auf ein intaktes Funktionsniveau, auf eine ausreichende oder gelungene Anpassung an Umweltbedingungen oder auf ein weitgehend ungestörtes Erleben und Verhalten im Alltag schließen lassen, können im Sinne bestehender *stabiler und hinreichend integrierter Personenanteile und potenzieller Ressourcen* wechselseitig zur Befundsicherung genutzt werden. Je nach Erhebungsmethode können Hinweise auf Gesundheit unterschiedlich ausfallen, z.B.

- *Aktenanalyse:* Unauffällige medizinische Befunde
- Verhaltensbeobachtungen zum intakten Erscheinungsbild, zum uneingeschränkten Bewegungsverhalten, zum situationsangepassten Kommunikationsverhalten, zu angemessenem Sozialverhalten, fehlendem Symptombverhalten oder geringem / fehlendem Klageverhalten
- *Exploration* (weitgehend) intakter Alltagsaktivitäten, erfolgreicher Bewältigung von Alltagsanforderungen, stabilisierender sozialer Beziehungen, des erfolgreichen Umgangs mit Stress, Belastungen oder Krisen; Angaben zum Ausschluss körperlicher oder psychischer Erkrankungen / Störungen / Beschwerden.
- *Fragebogenbasierte Ergebnisse* zu unauffälligen bzw. durchschnittlichen oder auf ein intaktes Funktionsniveau weisende biopsychosoziale Merkmale oder Eigenschaften (Persönlichkeitsmerkmale, selbstberichtete Fähigkeiten, körperliche Merkmale, Motive, Emotionen, Überzeugungen, Werte, Einstellungen usw.)
- *Testergebnisse* zur kognitiven oder motorischen Leistungsfähigkeit: mittlere oder anforderungsadäquate Ausprägungen von Ergebnissen zu Konzentration, Lern- und Gedächtnisfunktionen, Intelligenz, Kraft, Ausdauer, sensumotorischer Koordination).

Die Befundsicherung kann erfolgen über

- Intraindividuelle Normwertvergleiche dimensionaler psychometrischer Verfahren

- Unauffällige Ergebnisse in Kontrollskalen zur Erfassung von Antwortverzerrungen
- Unauffällige Ergebnisse in Performanz-Validierungstests
- Abgleich von Informationen aus unterschiedlicher Erhebungsmethoden.

4.3.4 Sicherung von Befunden zu Krankheit oder Schädigung

Angaben, Beobachtungen und Testergebnisse, die auf eine Erkrankung oder krankheitswertige psychische Störung hinweisen, können zu *klinischen Befunden* zusammengefasst werden. Folgende Ergebnisse können Hinweise zur Beurteilung der Art und des Ausmaßes von Krankheit, gesundheitlicher Schädigung oder psychischer Störung liefern:

- *Aktenanalyse*: Befunde zu Krankheiten oder psychischen Störungen; Therapie- und Rehabilitationsberichte mit Angaben zu Behandlungswirksamkeit und Therapienebenwirkungen.
- *Verhaltensbeobachtungen* von Manifestationen mutmaßlich schädigungsbedingter psychischer Störungen und sonstiger Symptome, von Funktions- und Leistungsbeeinträchtigungen, von Hinweisen auf eine dysfunktionale Verarbeitung erfahrener Schädigungen, sonstiger Auffälligkeiten im Bewegungs-, Untersuchungs-, Kommunikations- oder Sozialverhalten.
- *Explorierte Angaben* zum Beschwerdebild, zu ätiologischen Faktoren, d. h. störungsprädisponierenden, -auslösenden oder -aufrechterhaltenden Bedingungen, zu krankheits- bzw. störungsspezifischen Bewältigungsverhalten und therapeutischen Maßnahmen, zu störungs- bzw. krankheitsspezifischen Funktionsbeeinträchtigungen.
- *Fragebogenbasierte Ergebnisse* zu Merkmalen der Störung (Erscheinungsbild, Ausprägung störungsspezifischer Eigenschaften, Schweregrad der Störung) oder möglicher Auswirkungen der Störung auf das körperliche, kognitive oder psychosoziale Funktionsniveau.
- *Testergebnisse* zur kognitiven oder motorischen Leistungsfähigkeit: Befunde zu schädigungsbedingten Fähigkeitsbeeinträchtigungen.

Klinische Befunde können über folgende Verfahrensweisen gesichert werden:

(a) Vergabe einer ICD-Diagnose.

Die klassifikatorische Diagnostik ist meist der erste Schritt zur Sicherung von Beschwerden. Für die folgenden belastungsreaktiven psychischen Störungen werden vertiefte Kenntnisse und die Ausrichtung der befundlichen Sicherung am aktuellen Forschungsstand vorausgesetzt:

- Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)
- Andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung
- Komplexe posttraumatische Belastungsstörung
- Anpassungsstörung

Die AWMF-Leitlinie Begutachtung bei psychischen und psychosomatischen Störungen, Teil III Begutachtung bei Kausalitätsfragen im Sozial-, Zivil- und Verwaltungsrecht (2019)¹² konzentriert sich insbesondere auf die Identifikation und Sicherung klassifikatorischer Diagnosen. Die dort gelisteten Empfehlungen zur Vergabe einer ICD-Diagnose gelten entsprechend auch für die psychologische Befundssicherung bei Begutachtungen zu Fragen zu SGB XIV.

(b) Beurteilung der Einschränkung der willentlichen Steuerungsfähigkeit.

Störungsübergreifend sollte bei psychischen Störungen, die nach einem schädigenden Ereignis aufgetreten sind, auch das Kriterium der eingeschränkten willentlichen Steuerungsfähigkeit geprüft werden (vgl. § 2 Psychotherapie-Richtlinie¹³). Von einer Einschränkung der willentlichen Steuerungsfähigkeit kann gesprochen werden, wenn eine Person mit einer psychischen Störung eingeschränkt oder nicht mehr in der Lage ist, die Symptomatik oder das Symptomverhalten kontrolliert ...

- auszulösen

¹² AWMF-Leitlinie aktuell in der Überarbeitung; Online verfügbar https://register.awmf.org/assets/guidelines/051-029l_S2k_Begutachtung-psychischer-psychosomatischer-Stoerungen_2025-01-abgelaufen.pdf, 20.03.2025

¹³ https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2400/PT-RL_2020-11-20_iK-2021-02-18.pdf

- aufrecht zu erhalten
- zu verringern oder abzuschwächen
- zu intensivieren
- sensorisch zu modulieren (z.B. durch Wahrnehmungslenkung oder –organisation)
- kognitiv zu modulieren (z.B. durch mentale Kontextualisierung, Interpretation, Umdeutung)
- behavioral zu modulieren (z.B. durch Habituation oder Verhaltensänderung)
- zu beenden.

(c) Psychischer/Psychopathologischer Befund.

Der psychische bzw. psychopathologische Befund sieht vor, die gesamte Breite des individuellen Erscheinungsbildes danach zu bewerten, ob im Erleben oder Verhalten der Person ein psychopathologischer Bezug erkennbar ist. Die Erstellung eines psychischen Befundes, wie er in der Medizin und Psychologischen Psychotherapie gängig ist, setzt die Qualifikation als Arzt oder psychologischer Psychotherapeut voraus.

(d) Psychometrisch gestützte Beschwerdvalidierung.

Nähere Angaben zu Prinzipien und Methoden der Beschwerdvalidierung liefern z.B. Boone (2021)¹⁴, Boskovic et al. (2017)¹⁵, Groth –Marnat & Wright (2016)¹⁶, Larrabee (2015)¹⁷, Martin & Schröder (2022)¹⁸, Merten (2014)¹⁹, Rogers & Bender (2018)²⁰, Schröder (2022)²¹, Sweet et al. (2021)²² sowie Young (2014)²³.

4.3.5 Sicherung von Befunden zu Leistungsfähigkeit und Leistung

Angaben, Beobachtungen und Testergebnisse zu relevanten Aspekten der individuellen Leistungsfähigkeit und der (kontextbezogenen bzw. an Anforderungsbedingungen angepassten) Leistung sollten thematisch gruppiert ausgewertet werden.

Leistungsfähigkeit wird im Sinne einer personalen Disposition für anforderungsbezogenes Leistungsverhalten interpretiert.

Leistung ist psychologisch das Ergebnis einer intentionalen Anforderungsbewältigung und geht typischerweise mit Vorsatzbildung und (willentlicher) Anstrengung einher.

Ergebnisse zur *Leistung* (dem Resultat aus Anforderung, Leistungsanspruch, Leistungsbereitschaft und Leistungsfähigkeit) können alle Erhebungsmethoden liefern, die darüber informieren, unter welchen äußeren und inneren motivationalen und fähigkeitsbezogenen Anforderungsbedingungen die Person ein gewünschtes Handlungsergebnis (Leistung) erzielt hat oder erzielt.

Methodenabhängig können folgende Ergebnisse Erkenntnisse (a) zur Leistungsfähigkeit und (b) zur kontextabhängigen Leistung liefern.

¹⁴ Boone, K.B. (ed.) (2021). Assessment of feigned cognitive impairment. A neuropsychological perspective. New York, London: Guilford.

¹⁵ Boskovic, I. et al. (2017). The Verifiability Approach to detection of malingered physical symptoms. Psychology, crime & law. DOI: 10.1080/1068316X.2017.1302585.

¹⁶ Groth-Marnat, G., Wright, A. J. (2016). Handbook of psychological assessment. Sixth edition. Hoboken, New Jersey: Wiley & Sons.

¹⁷ Larrabee, G. J. (2015). The multiple validities of neuropsychological assessment. The American psychologist 70 (8), 779–788.

¹⁸ Martin, P. K.; Schroeder, R. W. (ed.) (2022). Validity assessment in clinical neuropsychological practice. Evaluating and managing non-credible performance. New York: Guilford.

¹⁹ Merten, T. (2014). Beschwerdvalidierung. Göttingen: Hogrefe.

²⁰ Rogers, R.; Bender, S. D. (ed.) (2018). Clinical assessment of malingering and deception. New York: Guilford.

²¹ Schroeder, R. W. (2022). Validity Assessment in Clinical Neuropsychological Practice. Evaluating and Managing Noncredible Performance. New York: Guilford.

²² Sweet, J.J.; Heilbronner, R. L. et al. (2021). American Academy of Clinical Neuropsychology (AACN) 2021 consensus statement on validity assessment: Update of the 2009 AACN consensus conference statement on neuropsychological assessment of effort, response bias, and malingering. The Clinical neuropsychologist 35 (6), S. 1053–1106.

²³ Young, G. (2014). Malingering, Feigning, and Response Bias in Psychiatric/ Psychological Injury. Implications for Practice and Court. Dordrecht, s.l.: Springer Netherlands.

- *Aktenanalyse*: Befunde zu belastungsreaktiv aufgetretenen Beeinträchtigungen der Funktions- oder Leistungsfähigkeit (Leistungsfähigkeit), medizinische oder psychologische Vorbefunde zur prämorbid oder nach Schädigung erhobenen Leistungsfähigkeit (Leistungsfähigkeit); gesicherte Angaben zu Arbeits- oder Erwerbsfähigkeit oder Belege zu einem erhaltenen oder eingeschränkten Funktions- oder Leistungsniveau (kontextbezogene Leistung).
- *Verhaltensbeobachtungen* von Manifestationen mutmaßlich schädigungsbedingter psychischer Störungen und sonstiger Symptome, von Funktions- und Leistungsbeeinträchtigungen, sonstige Auffälligkeiten im Bewegungs-, Untersuchungs-, Kommunikations- oder Sozialverhalten.
- *Explorierte Angaben* zur Fähigkeit und zu Beeinträchtigungen der Fähigkeit, vorsatzgesteuerte oder anreizbezogenes Verhalten zu initiieren, aufrecht zu erhalten, Ziele zu setzen und zu erreichen, auf Misserfolge oder Rückschläge zu reagieren u. a.
- Standardisiert durch *Fragebogen* erhobene Ergebnisse zu latenten Dimensionen der Verhaltenssteuerung, der Motivation und/oder des Leistungsverhaltens.
- Standardisiert erhobene *Ergebnisse zu kognitiven oder motorischen Funktionen*: gesicherte Befunde zu schädigungsbedingten Beeinträchtigungen.

Die Befundssicherung erfolgt entsprechend den in **Abs. 4.3.1** und **4.3.2** dargestellten Empfehlungen.

5 Beurteilung von Schädigung und Schädigungsfolge

Bei der Reaktion auf ein schädigendes Ereignis ist zwischen dem Erstscha den und dem Folgeschaden zu unterscheiden. Der Erstscha den betrifft die psychische, psychophysiologische oder körperliche Reaktion auf das schädigende/belastende Ereignis. Ein psychischer Erstscha den kann sich z. B. in Angst, Schock, Orientierungsverlust, Unruhe, Erregung, Trauer, Dissoziation oder anderen Formen der unmittelbaren Schadensverarbeitung manifestieren.

Folgeschäden (bzw. Sekundärschäden) bezeichnen Störungen oder Beeinträchtigungen im Erleben und Verhalten sowie im gesamten Funktionsniveau einer Person, die mutmaßlich durch eine unzureichende, misslungene oder dysfunktionale Verarbeitung des schädigenden Ereignisses entstanden sind. Sie treten typischerweise zeitlich verzögert auf.

5.1 Beurteilung des Erstscha dens

In die psychologische Beurteilung des Erstscha dens sollten die folgenden Aspekte einbezogen werden:

- *Art des Traumas* (z. B. akzidentiell es vs. soziales Trauma, kurzes vs. wiederholtes vs. andauerndes Trauma)
- *Individuelle Vulnerabilität* während des Traumas (z. B. Vorerfahrungen mit ähnlichen Situationen, spezifische Risikofaktoren)
- *Subjektives Erleben* des potentiell schädigenden Ereignisses (z. B. Schock, peri- oder posttraumatische Dissoziation)

Die genannten Variablen gruppen sollten Informationen dazu enthalten,

- ob überhaupt eine psychische Schädigung stattgefunden hat,
- wie erheblich / gravierend / schwerwiegend die erlebte Schädigung für die betroffene Person mutmaßlich war und
- inwiefern die Schädigung ein Erleben oder Verhalten ausgelöst hat, das die kurz- und mittelfristige Anpassungsfähigkeit der betroffenen Person überfordert hat.

Ob die psychische Reaktion auf das potentiell schädigende Ereignis bereits geeignet ist, eine ggf. später diagnostizierte belastungsreaktive psychische Störung zu begründen, ist für die Beurteilung des Erstscha dens nicht erheblich.

In jedem Fall ist der gesicherte psychische Erstscha den notwendige Voraussetzung für die Annahme und Sicherung eines Sekundärscha dens.

5.2 Beurteilung des Sekundärschadens: Vergabe einer klinischen Diagnose

Als Indikatoren von Sekundärschäden können klinische Diagnosen gelten, die mit Bezug auf das traumatische Ereignis vergeben wurden.

Dem Sekundärschaden kann zugerechnet werden

- bei einem psychischen Erstscha- den die *Fehlanpassung an das traumatische Erlebnis* oder
- bei einem körperlichen Erstscha- den die *Fehlanpassung an die körperlichen Verletzungsfolgen*.

Fehlanpassung bedeutet, dass die (gesundheitlichen, funktions- oder leistungsbezogenen) Anforderungen durch die bestehenden Bewältigungskapazitäten in Verbindung mit Hilfsmitteln zur Bewältigung nicht ausreichend bewältigt wurden oder bewältigt werden konnten. Entsprechend geht psychologisch bei *Fehlanpassung* weiterhin ein *Änderungsdruck von den schädigungsbedingten gesundheitlichen Problemen, von schädigungsbedingten Problemen bei der Alltagsbewältigung oder von schädigungsbedingten Problemen bei der Erbringung von Leistungen* aus.

Nähere Angaben zur Beurteilung (a) belastungsreaktiver psychischer Störungen sowie (b) nicht explizit belastungsreaktiver psychischer Störungen, die durch belastende Ereignisse ausgelöst oder verschlimmert werden können, enthält die AWMF-Leitlinie zur Begutachtung psychischer Störungen, Teil III Kausalität. Die vorliegende Leitlinie verweist zur Frage der Beurteilung klinischer (klassifika- torischer) Diagnosen auf die dort genannten Empfehlungen.

5.3 Beurteilung des Sekundärschadens: Analyse von Funktions- und Teilhabe- einschränkungen

Als Sekundärschäden werden auch die durch belastungsreaktive psychische Störungen bedingten Beeinträchtigungen des individuellen Funktions- und Leistungsniveaus und der Teilhabe bezeichnet. In- sofern sind Sekundärschäden *körperliche und/oder seelische Gesundheitsschäden mit daraus resultie- renden Beeinträchtigungen der Teilhabe*.

Einen begrifflichen Rahmen für die Beurteilung schädigungsbedingter Störungen der Teilhabe bietet das *biopsychosoziale Modell der ICF*²⁴. Auf seiner Grundlage können unterschieden werden:

- Störungen der Körperstrukturen und Körperfunktionen
- Fähigkeiten bzw. Aktivitäten
- förderliche und hinderliche Kontextfaktoren (Förderfaktoren, Barrieren).

Eine orientierende (klassifikatorische) Beurteilung von *schädigungsbedingten Beeinträchtigungen der Teilhabe* kann dann auf der integrierenden Bewertung von Störungen der Körperstrukturen, Körperfunktionen, Aktivitäten und Kontextfaktoren vorgenommen werden.

Die vorliegende Leitlinie erweitert den allgemeinen Ansatz der ICF um die folgenden psychologischen (begrifflichen) Rahmenkonzepte, die geeignet sind, schädigungsbedingte Einschränkungen inhaltlich und methodisch adäquat zu erfassen:

- Das Rahmenkonzept *Gesundheit*. Es soll geeignet sein, um das weitgehend intakte Funktionsni- veau auf physiologischer, motorischer, kognitiver, emotionaler, motivationaler und sozialer Ebene im Sinne stabiler personaler und kontextbezogener Eigenschaften möglichst einheitlich zu beschreiben und zu sichern.
- Das Rahmenkonzept *Krankheit (bzw. gesundheitliche Schädigung)* soll geeignet sein, um den Krankheitswert der gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu sichern und auf der Grundlage diag- nostischer Zuordnungen störungs- oder schädigungsspezifische Funktionsstörungen zu identifi- zieren.

²⁴ Weltgesundheitsorganisation (WHO) (2010). Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit ICF Köln: DIMDI.

- Das Rahmenkonzept *Leistung* soll die Bedingungen dafür schaffen, dass relevante Komponenten individuellen Leistungsverhaltens und schädigungsbedingter Funktions- und Teilhabeeinschränkungen möglichst einheitlich in die Gesamtbeurteilung individueller Leistungs- und Teilhabeeinschränkungen einbezogen werden können. Es schließt Merkmale der allgemeinen Leistungsfähigkeit sowie des Leistungsverhaltens unter spezifischen Anforderungsbedingungen ein (z.B. Alltagsanforderungen, Anforderungen des Arbeitsmarktes).

Zur Integration dieser Rahmenkonzepte in die Analyse und Bewertung individueller Funktions- und Teilhabeeinschränkungen wird ein mehrstufiger Prozess vorgeschlagen. Dieser setzt zunächst auf der Ebene (relativ stabiler) gesicherter latenter Eigenschaften Merkmale individueller Gesundheit zu Merkmalen individueller Krankheit bzw. gesundheitlicher Schädigung in Beziehung. Auf der Grundlage dieses Vergleichs und daraus resultierender Variablengruppen kann dann eine prozesshafte, auf die Erfassung der individuellen Anpassungsleistung an allgemeine Lebensanforderungen ausgerichtete Bewertung vorgenommen werden.

So kann eine Bewertung schädigungsbedingter Gesundheitseinschränkungen sowohl auf einer standardisierten und an stabilen Eigenschaften orientierten Grundlage erfolgen, als auch in individualisierter und an Anpassungsprozessen orientierter Form.

5.4 Allgemeine Heuristik zur Beurteilung von Sekundärschäden

Der diagnostische und darauf gestützte schlussfolgernde Prozess stellt sich wie folgt dar (vgl. **Abbildung 1**):

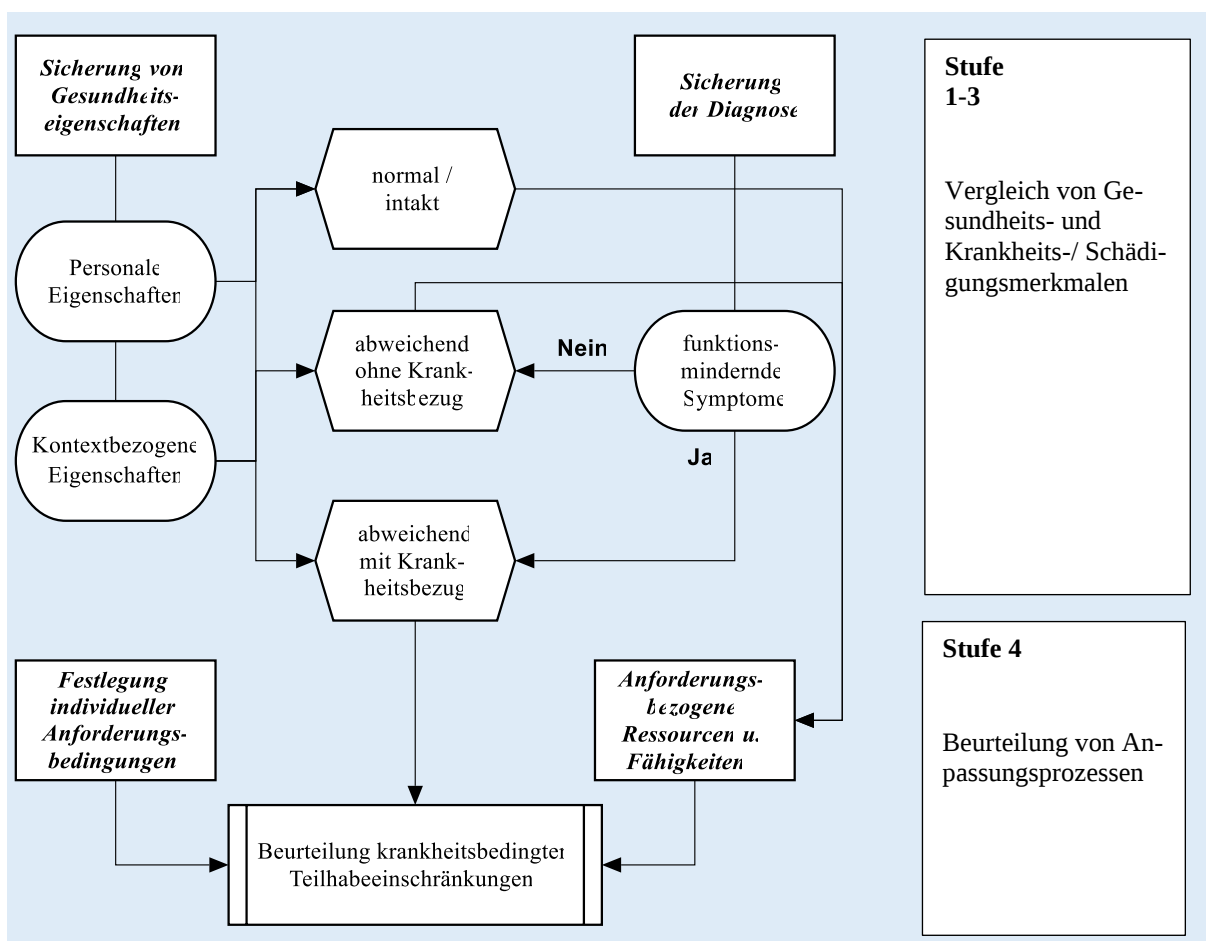


Abbildung 1. Entscheidungsheuristik für die Beurteilung schädigungsbedingter gesundheitlicher Einschränkungen.

Stufe 1: Erhebung und Sicherung personaler und kontextbezogener (Gesundheits-) Eigenschaften zur Beschreibung des weitgehend intakten Funktionsniveaus der Person.

Bezugsgrößen für die eigenschaftsorientierte Beurteilung von Gesundheit können die in **Kap. 3.3** genannten personalen Dimensionen der (funktionalen) Gesundheit sein, also motorische, kognitive, emotional-motivationale u. a. personale Eigenschaften sowie Selbstversorgung, Mobilität, soziale Beziehungen, Arbeit, Schlaf-Wach-Rhythmus, Freizeitverhalten u.a. als kontextbezogene Eigenschaften. Deren Sicherung stützt sich auf die unter **Abs. 4.3.3** genannten methodischen Zugänge.

Stufe 2: Sicherung der (klinischen) Diagnose.

Die Stufe schließt die gezielte Suche nach krankhaften Veränderungen, gesundheitlichen Schädigungen oder krankheitswertigen psychischen Störungen ein, die sich entweder nach dem schädigenden Ereignis neu entwickelt haben oder aber bereits vor dem schädigenden Ereignis bestanden haben und sich in der Folge in ihrer Qualität oder Intensität bedeutsam verändert haben. Bezugsgrößen für die Beurteilung von Krankheit sind gesicherte *klinische Diagnosen einschließlich der diagnosespezifischen Symptome* sowie diagnosebezogener *Merkmalsausprägungen (Ergebnisse störungsspezifischer psychometrischer Diagnostik)*. Die befundliche Sicherung klinischer Diagnosen stützt sich auf die unter Abs. 4.3.3 genannten methodischen Zugänge. Über die *Sicherung der klinischen Diagnose* wird festgestellt, dass die der Störung zuzuordnenden Symptome eine relative zeitliche Konstanz aufweisen. So können Gesundheits- und Krankheitsmerkmale nicht nur inhaltlich, sondern auch zeitlich (im Sinne relativ stabiler Dispositionen) aufeinander bezogen werden.

Stufe 3: Gegenüberstellung von Gesundheitsmerkmalen und Merkmalen nach Schädigung aufgetretener Krankheit oder psychischer Störung.

Ausgangsvariablen sind die personalen und kontextbezogenen *Dimensionen der funktionalen Gesundheit*. Die Gegenüberstellung kann in tabellarischer Form mit den Ergebnissen zu Gesundheitsmerkmalen in der linken Tabellenspalte und den Symptomen bzw. gesundheitlichen Schädigungszeichen in der rechten Spalte erfolgen. In den Zeilen sind die Facetten der funktionalen Gesundheit gelistet. Die Auswahl der Symptome stützt sich auf die aktuelle ICD-Klassifikation. Dabei wird unterstellt, dass bei gesicherter Diagnose sämtliche der Diagnose zuzuordnenden Symptome funktionseinschränkend wirksam sein können. Die Zuordnung der Symptome (rechte Spalte) zu den Gesundheitsmerkmalen (linke Spalte) orientiert sich an der inhaltlichen Passung (inhaltlichen Validität) von Gesundheitsmerkmal und Symptomatik.

Auf der Grundlage des systematischen Vergleichs von Gesundheitseigenschaften mit (relativ stabilen) Krankheitsmerkmalen können folgende Variablengruppen unterschieden werden:

- *Normalwerte oder Eigenschaften, die eine weitgehend uneingeschränkte/intakte funktionale Gesundheit* der Person beschreiben (positive Gesundheitsmerkmale, normentsprechende Persönlichkeitseigenschaften, intakte Funktions- und Lebensbereiche, keine Beeinträchtigung durch Schädigung / psychische Störung). Dazu zählen auch geringfügige oder vorübergehende Beeinträchtigungen des Erlebens oder Verhaltens, die bei Personen mit intaktem Funktionsniveau auftreten können, sowie Schädigungen/psychische Störungen/Funktionsstörungen, die durch Gesundheitseigenschaften (Ressourcen) oder Hilfsmittel kompensiert werden.
- *Normabweichungen oder Gesundheitseinschränkungen ohne Bezug zur Schädigung* (nicht schädigungsbedingte Beeinträchtigungen). Dazu zählen Merkmale von eingeschränkter Gesundheit oder eingeschränktem Funktionsniveau (z.B. Krankheit, psychische Störungen, Funktions- oder Fähigkeitseinschränkungen), für die ein Zusammenhang zu den befundlich gesicherten belastungsreaktiven klinischen Diagnosen oder Schädigungsfolgen (belastungsreaktiv bzw. nach der Schädigung aufgetretenen psychischen Störungen) *nicht angenommen werden kann*.
- *Normabweichungen oder Gesundheitseinschränkungen mit Bezug zur Schädigung* (mutmaßlich schädigungsbedingte gesundheitliche Beeinträchtigungen). Dazu zählen Einschränkungen

von Gesundheitsmerkmalen und Merkmalen des Funktionsniveaus), für die ein *Zusammenhang zu den gesicherten Schädigungsfolgen* (psychischen Störungen mit ihren Symptomen) *als wahrscheinlich bzw. mutmaßlich gesichert werden kann*.

- *Normalwerte oder Eigenschaften, die eine uneingeschränkte funktionale Gesundheit* der Person beschreiben, obwohl aufgrund der klinischen Befunde hier Einschränkungen oder Abweichungen erwartet werden können. Sie können beobachtet werden, weil für die Vergabe einer klinischen Diagnose nicht alle Symptome, die ein klinisches Syndrom theoretisch aufweisen könnte, nachgewiesen werden müssen. Fehlende Belege für störungsspezifische Eigenschaften können mit erhöhtem Validierungsbedarf einher gehen.

Stufe 4: Beurteilung individueller Anpassungsleistung anhand der ermittelten Variablengruppen.

Um Anpassungsleistungen beurteilen zu können, sollte geprüft werden, inwiefern alltägliche oder erwerbsbezogene Anforderungen unter Berücksichtigung schädigungsbedingter Einschränkungen sowie intakter Funktionen und Ressourcen bewältigt (oder nicht bewältigt) werden können. Die Prüfung sollte so vorgenommen werden, dass die Übergänge von Ausgangsbedingungen (z. B. alltagsbezogenen Anforderungen, Arbeitsplatzbedingungen, sozialen Anforderungen) über Anpassungs- bzw. Bewältigungsverhalten (motivationale Faktoren und sonstige förderliche und hinderliche Bedingungen) bis zum Ergebnis der Anpassungsbemühungen deutlich werden.

Bei Fragen zur Anpassung an *leistungsbezogene Anforderungen* steht die Bewältigung ziel- bzw. anreizbezogener Selbstverpflichtungen im Alltag (z. B. Versorgung von Angehörigen, Übernahme von Aufgaben für andere) sowie arbeitsplatzbezogener Anforderungen oder von Anforderungen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt im Fokus.

In die *Beurteilung der Anforderungsbewältigung* sollten einbezogen werden:

- das (leistungsbezogene) Anforderungsprofil. Dies betrifft äußere und innere Anforderungen, deren Bewältigung Teil der allgemeinen Lebensführung oder Existenzsicherung der Person sind und die typischerweise mit erhöhter Anstrengung einher geht;
- der individuelle Leistungsanspruch, also der Anspruch der Person an die Qualität der Anforderungsbewältigung;
- die individuelle Leistungsbereitschaft, d.h. die Motivation und Anstrengungsbereitschaft, die der Einzelne aufzuwenden bereit ist, um dem eigenen Leistungsanspruch zu genügen;
- die individuelle Leistungsfähigkeit, also das höchstmögliche Leistungsniveau in einer Testsituation, die als Anhaltspunkt für das kontextbezogene Leistungsverhalten gelten kann;
- sonstige relevante (förderliche oder hinderliche) personale und externale Kontextfaktoren.

Beurteilung von Einschränkungen der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft

Die zentrale Frage gilt bei Fragen zum Grad der Schädigungsfolgen der Beeinträchtigung der *allgemeinen Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft/Gesellschaft*. In diesem Fall ist die Anpassung an allgemeine *personenbezogene* (körperliche, kognitive, emotionale, motivationale und soziale) und *kontextbezogene* (z. B. mobilitätsbezogene, auf Selbstversorgung ausgerichtete, geschäftliche, finanzielle, auf soziale Beziehungen ausgerichtete, staatsbürgerliche u. a.) Anforderungen, sofern sie sich aus dem Alltag der zu begutachtenden Person ergeben.

Anhaltspunkte für die Gesamtbewertung von Einschränkungen der Teilhabe ergeben sich weniger aus der klinischen Diagnose als aus der Beschreibung und dem Vergleich der in Stufe 3 ermittelten Variablengruppen – bezogen auf folgende individuell gegebene Anforderungen:

- *Alltagsanforderungen*. Dies sind körperliche, geistige/kognitive, seelische (emotional-motivationale) und soziale Anforderungen in allen Lebensbereichen einschließlich Erwerbsleben (z.B. Alltagsorganisation, Anforderungen aus sozialen Beziehungen).
- *Gesundheitseinschränkungen mit Schädigungsbezug*. Einschränkungen von Merkmalen der personalen und kontextbezogenen funktionalen Gesundheit, sofern diese durch die gesundheitliche Schädigung erklärt werden oder mit ihr in Zusammenhang gebracht werden können (z.B. Einschränkungen der Aufmerksamkeit, der Emotionsregulation und der Mobilität bei PTBS).

- *Intakte Funktionen, Ressourcen oder auch abweichende Eigenschaften ohne Schädigungs- oder Störungsbezug*, die sich förderlich auf die Anforderungsbewältigung auswirken oder auswirken können (z.B. Intaktheit des Herz-Kreislauf- und Verdauungssystems, der Intelligenz, der Sprache, der körperlichen Kraft, Ausdauer und Beweglichkeit, Strukturierungsfähigkeit, sozialen Kompetenz usw.)

Defizite und intakte Funktionen werden qualitativ und – sofern die Datenlage das erlaubt – auch quantitativ so zueinander in Beziehung gesetzt, dass intakte und schädigungsbedingt beeinträchtigte Funktions- und Leistungsbereiche unterschieden werden können (positives vs. negatives Leistungsbild).

5.5 Fallbeispiel zur Gegenüberstellung von Gesundheits- und Schädigungsmerkmalen

Die Gegenüberstellung soll deutlich machen, in welchen Funktions- und Lebensbereichen die Person „normal“ funktioniert bzw. nicht eingeschränkt ist und in welchen Bereichen schädigungsbedingte Beeinträchtigungen der funktionalen Gesundheit vorliegen.

Tabelle 1 illustriert dies am Beispiel einer Person mit einer nach Schädigung aufgetretenen depressiven Episode. Laut ICD10 ist eine depressive Episode durch folgende Merkmale gekennzeichnet (= normbasierte Beurteilung der Eigenschaft „depressive Störung“):

Verminderung von Antrieb und Aktivität. Die Fähigkeit zu Freude, das Interesse und die Konzentration sind vermindert. Ausgeprägte Müdigkeit kann nach jeder kleinsten Anstrengung auftreten. Der Schlaf ist meist gestört, der Appetit vermindert. Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen sind fast immer beeinträchtigt. Sogar bei der leichten Form kommen Schuldgefühle oder Gedanken über eigene Wertlosigkeit vor. Die gedrückte Stimmung verändert sich von Tag zu Tag wenig, reagiert nicht auf Lebensumstände und kann von so genannten "somatischen" Symptomen begleitet werden, wie Interessenverlust oder Verlust der Freude, Früherwachen, Morgentief, deutliche psychomotorische Hemmung, Agitiertheit, Appetitverlust, Gewichtsverlust und Libidoverlust.

Die Gegenüberstellung zeigt, dass sich die integrierende Beurteilung sekundärer Schädigungsfolgen im gegebenen Fall v. a. auf folgende Variablengruppen stützen kann:

- Befunde zu *intakten Funktionen bzw. erhaltener Gesundheit* (hier z.B. keine Einschränkungen im respiratorischen, kardiovaskulären oder gastrointestinalen System, normale motorische Koordinationsfähigkeit usw.). Näher zu prüfen und zu validieren sind Gesundheitseigenschaften, die unauffällig/normal ausgeprägt sind, obwohl die Depressionsdiagnose hier auch Beeinträchtigungen begründen könnte (hier z.B. erhaltene Kommunikationsfähigkeit), obwohl Personen mit depressiver Störung in ihrer Kommunikationsfähigkeit (Perspektivenübernahme, emotionale Schwingungsfähigkeit usw.) auch häufig eingeschränkt sind.
- Befunde zu *abweichenden Funktionen / Eigenschaften ohne Schädigungsbezug* (hier z. B. eingeschränkte motorische Beweglichkeit, geringe kognitive Leistungsfähigkeit). Diese Gruppe von Variablen beschreibt Störungen der funktionalen Gesundheit oder Abweichungen von der statistischen Norm, für die ein Bezug zum Schädigungsereignis bzw. zur belastungsreaktiv aufgetretenen psychischen Störung nicht plausibel bzw. unwahrscheinlich ist.
- Befunde zu *gestörten Gesundheitsfunktionen mit Schädigungsbezug* (z. B. depressiver Interessenverlust, der sich in sozialem Rückzug und fehlender sozialer Anpassung manifestiert). Diese Gruppe von Variablen ist für die Beurteilung einer schädigungsbedingten Funktionseinschränkung relevant, denn sie beschreibt Störungen der funktionalen Gesundheit oder Abweichungen von der statistischen Norm, für die ein Bezug zum Schädigungsereignis bzw. zur belastungsreaktiv aufgetretenen psychischen Störung psychologisch plausibel bzw. wahrscheinlich ist.

Tabelle 1. Exemplarische Gegenüberstellung einzelfallbezogener Gesundheits- und Krankheitseigenschaften.

Gesundheitseigenschaften	Einschränkungen aufgrund des Störungsbildes „depressive Störung“
Körperliche Organe und Organsysteme Respiratorisches System (+) Kardiovaskuläres System (+) Gastrointestinales System (+) Neurologisches System (-) Muskuloskeletales System (+) Uro-genitales System (+) Endokrines System (-) Immunsystem (+) System der Haut (+)	Schlafstörungen, Tagesschwankungen Schlafstörungen, Früherwachen
Motorische Fähigkeiten Geringe Kraft (-) Geringe Ausdauer (-) Eingeschränkte Beweglichkeit (-) Intakte Koordinationsfähigkeit (+)	Appetitverlust, Gewichtsverlust Appetitverlust, Gewichtsverlust
Intelligenz (unterdurchschnittlich) (-) Konzentration (durchschnittlich) (+) Gedächtnisfunktionen (unterdurchschnittlich) (-)	Konzentrationsstörungen Gedächtnisstörungen
Emotionale Merkmale Emotionale Stabilität (-) Selbstwert (-) Aggression (+)	Selbstwert, depressive Stimmung Schuldgefühle Agitiertheit, Fremdaggression
Motivation und Handlungssteuerung Selbstwirksamkeit (-) Antrieb (-) Leistungsanspruch (+) Leistungsbereitschaft (+)	Müdigkeit, mangelndes Selbstvertrauen Mangelndes Selbstvertrauen Müdigkeit, Schuldgefühle
Sonstige Persönlichkeitsmerkmale Introversion (+) Offenheit (-) Verträglichkeit (+) Lebenszufriedenheit (-)	Interessensverlust Schuldgefühle, depressive Verstimmung
Soziale Funktionen Kommunikationsfähigkeit (+) Dominanz/Submission (-) Soziale Anpassungsfähigkeit (-)	Interesse und Konzentration gemindert Interessensverlust
Selbstversorgung / Aktivitäten des täglichen Lebens (Essen, Trinken, Ausscheidung, Hygiene, Ordnung, Mobilität, Kommunikation, Planungsfähigkeit). Relevante Bereiche: Ernährungsverhalten (+) Hygieneverhalten (-) Tätigen von Geschäften (-) Kommunikation (+) Mobilität (+)	Appetitverlust Interessensverlust Schlechtes Selbstwertgefühl Klagen über psychomotorische Hemmung

Legende: Die Zeichen bezeichnen die Ergebnisse der Untersuchung, linke Spalte die Ergebnisse zu Merkmalen der funktionalen Gesundheit, rechte Spalte die Ergebnisse der klinischen Diagnostik mit entsprechend gesicherten Symptomen. (+): Normalbefund bei dieser Variablen, Hinweis auf (funktionale) Gesundheit. (-): abweichender Befund, Hinweis auf Gesundheitseinschränkung.

6 Hinweise zur Ergebnisinterpretation

6.1 Beurteilung von Gesundheits- und Krankheitseigenschaften

Unterscheidung schädigungsbedingter vs. nicht schädigungsbedingter Gesundheitsstörungen.

Gesundheitsstörungen

Gesundheitsstörungen liegen in dem Ausmaß vor, in dem ...

- (a) Merkmale der funktionalen Gesundheit oder Fähigkeiten zur Bewältigung von Alltagsanforderungen auf der physiologischen, motorischen, kognitiven, emotional-motivationalen und sozialen Ebene eingeschränkt sind und
- (b) weder durch intakte Merkmale von Gesundheit noch durch Hilfsmittel / Behandlungsmaßnahmen oder andere personelle oder kontextbezogene Ressourcen kompensiert werden können.

Schädigungsbedingte Gesundheitsstörungen

Schädigungsbedingte Gesundheitsstörungen liegen in dem Ausmaß vor, in dem ...

- (a) Merkmale der funktionalen Gesundheit oder Fähigkeiten zur Bewältigung von Alltagsanforderungen auf der physiologischen, motorischen, kognitiven, emotional-motivationalen und sozialen Ebene eingeschränkt sind und diese Einschränkungen mit Merkmalen der belastungsreaktiv aufgetretenen Schädigungen (Erkrankung oder psychischen Störung) in Zusammenhang gebracht bzw. durch diese zumindest teilweise erklärt werden können;
- (b) weder durch Merkmale von Gesundheit, noch durch Hilfsmittel / Behandlungsmaßnahmen oder andere personelle oder kontextbezogene Ressourcen kompensiert werden können.

Beurteilung des Ausmaßes von Gesundheitsstörungen

- *Zahl und Ausmaß abweichender Gesundheitsmerkmale.* Eine größere Zahl und eine extremere Ausprägung normabweichender Gesundheitsmerkmale können auf der Ebene von Eigenschaften als Indikatoren für ein größeres Ausmaß an Gesundheitsstörungen interpretiert werden. Sie können auch als Hinweise auf schwächere personale Ressourcen und schwächere Kompensationsmöglichkeiten interpretiert werden.
- *Verhältnis normaler bzw. intakter und abweichender bzw. gestörter Gesundheitsmerkmale.* Das Verhältnis aus normalen bzw. intakten und abweichenden bzw. gestörten Merkmalen von Gesundheit kann genutzt werden, um die funktionale Gesundheit in ihrer Gesamtheit zu beurteilen. Je stärker die Zahl normaler bzw. ausreichend integrierter Funktionen die Zahl abweichender oder gestörter Funktionen im Einzelfall übersteigt, umso eher kann vermutet werden, dass die gestörten Funktionen wirksam durch das bestehende System intakter Funktionen kompensiert werden können.

6.2 Beurteilung von Handlungsregulation und Anpassung

Emotions- und handlungsregulatorische Anpassungsprozesse sollen unter Berücksichtigung fähigkeitsbezogener und motivationaler Faktoren beurteilt werden. Für die Beurteilung von Anpassungsprozessen können die folgenden Empfehlungen formuliert werden:

- *Anforderungsprofil.* Unterschieden werden können Anforderungen zur Alltags- und Lebensbewältigung (Routineanforderungen), Anforderungen zur Krankheitsbewältigung (die o. g. schädigungsbedingten Beeinträchtigungen der funktionalen Gesundheit) und Anforderungen zur Bewältigung von Leistungsanforderungen. Je spezifischer die Anforderungen benannt werden können, umso differenzierter kann in der Regel von gemessenen Fähigkeiten oder Fähigkeitseinschränkungen auf die zu erbringende Leistung (Qualität der Anpassung) geschlossen werden. Zur Beurteilung weitgehend unbestimmter Umwelтанforderungen (z. B. „allgemeines Funktionsniveau“) sollten testpsychologisch gestützte Eigenschaftsausprägungen genutzt werden.

- *Bewältigungsanspruch.* Gemeint ist die Zielgröße, auf die der Einzelne sein Anpassungsverhalten ausrichtet (z. B. Erträglichkeit oder völlige Beschwerdefreiheit bei klinischen Symptomen, selbstständige Bewältigung oder Beanspruchung von Hilfen bei der Alltagsorganisation). Ein höherer Bewältigungsanspruch kann orientierend als Indikator für eine höhere Änderungsmotivation interpretiert werden; er sollte aber nicht ohne Abgleich zur Bewältigungsbereitschaft / Anstrengungsbereitschaft interpretiert werden.
- *Bewältigungsbereitschaft.* Bezeichnung für die Bereitschaft, willentlich gesteuerte Bewältigungsmotivation aufzubringen (z. B. intrinsische Motivation, selbstgesteuerte Zielaktivität, Anstrengungsbereitschaft, Durchhaltefähigkeit). Übersteigt der Bewältigungsanspruch die Bewältigungsbereitschaft dauerhaft, erhöht sich die Wahrscheinlichkeit von Misserfolg.
- *Bewältigungsfähigkeit.* Bezeichnung für das Verhaltenspotenzial, das unter leistungsbezogenen günstigen äußeren Bedingungen abgerufen werden kann. Übersteigt der Bewältigungsanspruch die Bewältigungsfähigkeit, steigt das Misserfolgsrisiko. Bei unzureichender Anstrengungsbereitschaft kommt der Bewältigungsfähigkeit nur begrenzter Vorhersagewert für konkretes Leistungsverhalten / Anpassung im Alltag zu.
- *Sonstige relevante personale/internale (förderliche oder hinderliche) Kontextfaktoren.* Gemeint sind personenbezogene Zustände oder stabile Eigenschaften, die das Leistungsverhalten und das Leistungsergebnis nicht unmittelbar beeinflussen, sich aber indirekt auch auf das Leistungsverhalten und das dadurch bewirkte Ergebnis auswirken können.
- *Relevante externale (förderliche oder hinderliche) Kontextfaktoren.* Bezeichnung für sämtliche externale Faktoren, die sich förderlich oder hinderlich auf die Anforderungsbewältigung auswirken können.

6.3 Beurteilung von Teilhabe(-einschränkungen)

Für die Beurteilung von Teilhabebeeinträchtigungen in der Begutachtung zu SGB XIV gelten folgende Hinweise:

- *Vorrangige Gewichtung alltagsbezogener Anforderungsbewältigung (ADL).* Die Bewältigung von Anforderungen an Selbstversorgung, Alltagsorganisation, Essen, Trinken, Ausscheidung, Temperaturregulation, Sicherheit, Hygiene, Bewegung, sozialen Austausch, Ruhe und Schlaf, Tätigen von Geschäften, Kommunikation mit anderen Menschen usw.) ist ein wichtiger Ausgangspunkt für die Beurteilung allgemeiner Teilhabe. Je stärker basale Alltagsfunktionen im Einzelfall eingeschränkt sind und kompensatorische Hilfen entweder nicht zur Verfügung stehen oder aus krankheits- oder schädigungsbedingten Gründen nicht genutzt werden können, umso höher können Art und Ausmaß von Anpassungsschwierigkeiten bzw. Sekundärschäden veranschlagt werden.
- *Kompensations- und Hilfsmittel.* Verfügbarkeit und angemessener Gebrauch von Kompensations- und Hilfsmitteln, die geeignet sind, negative Auswirkungen schädigungsbedingter Funktionseinschränkungen auf das Funktions- oder Leistungsniveau der Person zu begrenzen, sollen in die Gesamtbewertung einbezogen werden. Wenn Kompensations- und Hilfsmittel zur Bewältigung der Sekundärschäden vorhanden sind, aber von der betroffenen Person nicht genutzt werden, obwohl sie problemlos genutzt werden könnten, kann das gegen die Schwere der Anpassungsschwierigkeiten sprechen.
- *Bedeutung sekundärer Anreize bei der Anforderungsbewältigung.* Je eindeutiger das Krankheits- und Inanspruchnahmeverhalten durch äußere Anreize und darauf bezogene willentliche Entlastungsmotive (im Sinne sekundärer Vorteile) erklärt werden kann, umso geringer kann das Ausmaß an Anpassungsschwierigkeiten veranschlagt werden.
- *Verhältnis aus (alltags-, leistungs- und krankheitsbezogenen) Anforderungen zu Handlungsmotivation.* Ein angemessen hoher Anspruch des Einzelnen auf Beschwerdefreiheit und auf ein intaktes Funktionsniveau trotz erlittener Schädigung kann als Indikator für die anforderungsbezogene Handlungs- bzw. Bewältigungsmotivation interpretiert werden. Ein angemessenes Verhältnis aus Bewältigungsanspruch und Bewältigungsmotivation kann ein Indiz sein für die Qualität individueller Handlungs- bzw. Anpassungsmotive.

- *Verhältnis aus (funktions-, leistungs- und krankheitsbezogenen) Anforderungen zu anforderungsbezogener Handlungsfähigkeit.* Je wirksamer schädigungsbedingte funktions-, leistungs- und krankheitsbezogene Anforderungen durch das Handeln der betroffenen Person bewältigt werden können, umso geringer kann das Ausmaß an Teilhabeeinschränkungen veranschlagt werden. In die Bewertung sollte der Aufwand einbezogen werden, der durch das Bewältigungsverhalten selbst entstanden ist. Je höher der Aufwand an Handlungsenergie für die Bewältigung schädigungsbezogener und alltagspraktischer Anforderungen, umso höher können die Anpassungsschwierigkeiten veranschlagt werden.
- *Art und Ausmaß von Selbstwirksamkeit in relevanten Lebensbereichen.* Lebensbereiche, die für die zu beurteilende Person existenzsichernd (z. B. Beruf, geschäftliche Beziehungen, Wohnsituation) oder in besonderer Weise sinnstiftend (z. B. Freizeitgestaltung, Gestaltung sozialer Beziehungen) sind, sind für die Beurteilung allgemeiner Beeinträchtigungen der Teilhabe besonders relevant. Wenn relevante Lebensbereiche weitgehend autonom und selbstbestimmt gestaltet und bewältigt werden können, kann die Beeinträchtigung der Teilhabe trotz bestehender Gesundheitsschäden gering veranschlagt werden.

7 Beurteilung von Zusammenhangsfragen

Die psychologische Beurteilung kausaler Zusammenhänge zwischen schädigenden Ereignissen und nachfolgend aufgetretenen Gesundheitsstörungen soll einzelfallbezogen mit Bezug auf wissenschaftliche Erkenntnisse zur *Ätiologie von Störungen* oder zur *Erklärung und Vorhersage von Funktionen und Funktionsbeeinträchtigungen* vorgenommen werden. Die Analysen sollten sich darauf beziehen, ...

- (a) wie sich aus der Schädigung eine krankheitswertige und behandlungsbedürftige psychische Störung oder ein anderer primärer Gesundheitsschaden (gesundheitliche Schädigung) entwickelt hat und
- (b) wie sich aus dem primären Gesundheitsschaden ein sekundärer Gesundheitsschaden (Schädigungsfolge) entwickelt hat.

7.1 Beurteilung der Ätiologie des Störungsbildes

Störungsbezogene Ätiologiemodelle zur Beantwortung von Zusammenhangsfragen sollten folgende Variablengruppen einschließen:

- *Familiäre Risikobedingungen* für die Störungsentwicklung (Familienanamnese).
- *Relevante biografische Lernerfahrungen* (biografische Anamnese).
- *Störungsrelevante Verhaltensdispositionen* / Persönlichkeitseigenschaften, die zur Entstehung oder Aufrechterhaltung der nach Belastung aufgetretenen psychischen Störung beigetragen hat oder haben könnte.
- *Sonstige prädisponierende Risiko- und Schutzfaktoren.* Bezeichnung für soziodemographische, physiologische sowie dauerhafte kontextbezogene oder personale Faktoren, die sich förderlich oder hinderlich auf die Entwicklung der Störung ausgewirkt haben können.
- *Störungsauslösende Faktoren.* Dies sind äußere (externale) oder personale (internale) Bedingungen, die dazu beitragen oder beigetragen haben können, dass die klinische Störung in der gegebenen Form und Ausprägung erstmalig oder nach einer längeren Pause erneut aufgetreten ist. Typischerweise tragen störungsauslösende Faktoren dazu bei, ein bestehendes körperliches oder psychisches Gleichgewicht zu destabilisieren oder vorhandene Kompensationsmechanismen außer Kraft zu setzen.
- *Störungsaufrechterhaltende Bedingungen.* Aufrechterhaltend sind alle Bedingungen, die dazu beitragen, dass sich die psychischen oder körperlichen Beschwerden nicht spontan zurückbilden, sondern durch die Art und Weise der Belastungsverarbeitung und Symptombewältigung aufrechterhalten oder gegebenenfalls auch verstärkt werden. Aufrechterhaltende Faktoren können in der Umwelt, aber auch in der Person sowie in der Interaktion zwischen Person und Umwelt verortet werden. Bei posttraumatischen Belastungsstörungen muss das klinische Be-

schwerdebild und der Verlauf der Störung in Einklang mit den wissenschaftlichen Erkenntnissen zu komplexen Traumafolgestörungen und deren Verlauf stehen. Zu- und Abnahme der Symptomausprägung müssen durch das Vorhandensein oder den Wegfall von Kompensationsmechanismen erklärbar sein. Konkurrierende Faktoren für die Gesundheitsstörung müssen in Betracht gezogen und abgewogen werden.

Integration der Angaben in ein individuelles ätiologisches Bedingungsmodell

Die erhobenen Informationen sollten nach Möglichkeit unter Bezug auf *psychologische Erklärungsmodelle* integrieren bewertet werden. Gängige psychologische Erklärungsmodelle vermitteln u. a.:

- Lerntheorien (psychische Störungen als Ergebnis dysfunktionaler klassischer und operanter Konditionierungsprozesse oder dysfunktionalen Modelllernens)
- Motivations- und Handlungstheorien (psychische Störung als Ergebnis gestörter oder dysfunktionaler kognitiver Verarbeitung oder Emotions- und Handlungsregulation)
- Systemtheorien (psychische Störung als Ergebnis dysfunktionaler Anpassungs- und Kommunikationsprozesse)
- Psychodynamische Theorien (psychische Störungen als Ergebnis unzureichend oder dysfunktional integrierter unbewusster Persönlichkeitsanteile).

7.2 Beurteilung schädigungsbedingter Funktions- und Leistungsbeeinträchtigungen

Zur Beantwortung der Frage, inwiefern Funktions- und Leistungsbeeinträchtigungen auf das schädigende Ereignis zurückzuführen bzw. durch den primären Gesundheitsschaden *erklärbar* sind, können *psychologische Bedingungsmodelle* (z. B. lerntheoretisch im Sinne einer funktionalen oder vertikalen Verhaltensanalyse, systemisch im Sinne einer Analyse von Systembedingungen) genutzt werden.

Die Bedingungsanalyse sollte Ausgang nehmen von *Beeinträchtigungen der Gesundheit, die einen Bezug zur belastungsreaktiv aufgetretenen klinischen Symptomatik aufweisen*. Zur Erklärung dieser Variablen und der Variablenausprägungen können folgende Variablengruppen genutzt werden:

- Lebensgeschichtlich bedeutsame Verhaltensdispositionen (Persönlichkeitsmerkmale, Fähigkeiten usw.), die Erklärungs- oder Vorhersagewert haben für das individuelle Merkmal gestörter oder beeinträchtigter Gesundheit;
- Aktuelle situative Bedingungen (externale und personale Faktoren), sofern sich diese auf individuelle Merkmale gestörter oder beeinträchtigter Gesundheit auswirken;
- Variablen zur Beschreibung von Bewältigungs- bzw. Anpassungsprozessen (Wahrnehmung von Anforderungen, Verarbeitung von Anforderungen, Bewertung von Anforderungen);
- Variablen zur Beschreibung der Wirksamkeit von Anpassungsprozessen.

Allgemeine Bewertungshinweise

Eine *schädigungsbedingte Verursachung der psychischen Störung* kann unter folgenden Bedingungen plausibel sein:

- Der prämorbide psychosoziale Allgemeinzustand der zu begutachtenden Person war unauffällig, das Funktionsniveau weitgehend intakt, bestehende Defizite konnten kompensiert werden.
- Es können spezifische Risikofaktoren für die gesicherte belastungsreaktive Störung im Einzelfall nachgewiesen werden.
- Die auslösenden Faktoren sind für das gesicherte Störungsbild typisch.
- Die Bedeutung bzw. Wirkung aufrechterhaltender Faktoren ist psychologisch wahrscheinlich und vereinbar mit Anpassungsmodellen.
- Sekundäre Anreize für die Aufrechterhaltung der Symptomatik oder des Krankheitsverhaltens spielen für die Erklärung des Störungsbildes keine oder eine untergeordnete Rolle.

- Die befundlich gesicherten Funktions- und Leistungsdefizite weisen Überschneidungen zum Störungs- oder Beschwerdebild der diagnostizierten psychischen Störungen oder körperlichen Erkrankungen auf.

8 Beantwortung der rechtlichen Fragestellungen

8.1 Beachtung der fachlichen Grenzen

Der /die Sachverständige kann gesicherte Aussagen zum Vorliegen einer psychischen Störung, zum Behandlungs- und Rehabilitationsbedarf, zur Ätiologie der psychischen Störung und zu Art und Ausmaß störungs- oder krankheitsbedingter Funktions- und Leistungsbeeinträchtigungen treffen.

Klar zu unterscheiden ist zwischen psychologischer und rechtlicher Bewertung. Psychologisch sind die Diagnose gemäß der geltenden Klassifikationssysteme, der Schweregrad vorliegender Beeinträchtigungen und die Wahrscheinlichkeit, mit der diese auf ein schädigendes Ereignis zurückzuführen sind, zu bewerten. Begriffe wie „Vollbeweis“, „Kausalität“ und „Krankheit im sozialrechtlichen Sinne“ sind rechtlich definiert und daher auch rechtlich (vom Auftraggeber) zu interpretieren.

Der Sachverständige kann lediglich *Vorschläge zur rechtlichen Bewertung* (z.B. Anerkennung eines Grades der Schädigungsfolgen) machen, *sofern dies vom Auftraggeber ausdrücklich gewünscht ist*. In diesen Fällen kann davon ausgegangen werden, dass der Auftraggeber weiß, dass die rechtlichen Bewertungsvorschläge rechtliche Fehler enthalten können, weil (psychologische) Sachverständige die rechtliche Bewertung als rechtliche Laien vornehmen.

Im Verwaltungsverfahren kann es erforderlich sein, die relevanten Sachverhalte gleichermaßen psychologisch und rechtlich zu bewerten, wenn die Begutachtung zugleich auch Entscheidungszwecken dient.

8.2 Ausrichtung der Kausalitätsbeurteilung an rechtlichen Kausalitätstheorien

Laut Versorgungsmedizinverordnung²⁵ setzt die Annahme eines ursächlichen Zusammenhangs

zwischen schädigendem Ereignis und nachfolgend aufgetretener Gesundheitsstörung voraus, dass zwischen dem Ereignis, der primären und der sekundären Gesundheitsstörung ein nach dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft nicht unterbrochener ursächlicher Zusammenhang bestehen muss. Die primäre Gesundheitsstörung muss durch das Ereignis verursacht sein und die sekundäre Gesundheitsstörung muss durch die primäre Gesundheitsstörung verursacht sein. Erst in diesem Fall ist der ursächliche Zusammenhang gegeben (sog. Kausalkette).

Die Beurteilung der rechtlichen Wesentlichkeit einer Schädigung für eine nach einem Schädigungseignis eingetretenen Gesundheitsstörung stützt sich auf rechtliche Theorien zur Kausalität.²⁶

Folgende Besonderheit ist zu beachten (§ 4 Abs. 5 SGB XIV): Bei einer psychischen Gesundheitsstörung, die nach einer der international anerkannten Klassifikationen (ICD-10/ ICD-11 oder DSM 5) auf der Grundlage des aktuellen medizinisch-/psychologisch-wissenschaftlichen Kenntnisstandes diagnostiziert ist, wird der ursächliche Zusammenhang vermutet, wenn die Vermutung nicht durch einen anderen Kausalverlauf widerlegt wird, also wenn keine Anhaltspunkte für einen anderen ursächlichen Zusammenhang vorliegen.

Anhaltspunkte für einen anderen Kausalverlauf liegen dann vor,

- wenn Art und Schwere des Ereignisses nicht geeignet sind, die vorliegende psychische Gesundheitsstörung hervorzurufen;
- Hinweise auf eine bereits vor dem schädigenden Ereignis bestehende psychische Gesundheitsstörungen vorliegen;

²⁵ <https://www.gesetze-im-internet.de/versmedv/BJNR241200008.html>

²⁶ <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/051-029>

- Hinweise auf ein anderes - nicht nach §4 Absatz 1 des SGB XIV zu berücksichtigendes – Ereignis vorliegen, das nach Art und Schwere geeignet ist, eine psychische Gesundheitsstörung hervorzurufen;
- wenn nach aktuellem medizinisch-/psychologisch-wissenschaftlichem Kenntnisstand ein Ursachenzusammenhang zwischen einem auf die Psyche einwirkenden schädigenden Ereignis und einer psychischen Gesundheitsstörung nicht vorliegen kann (z.B. bei der Entstehung von dementiellen und Intelligenzstörungen).

8.3 Rechtliche Beweiswürdigung

Für die rechtliche Beurteilung von Schädigungsfolgen gelten unterschiedliche Beweismaßstäbe:

Vollbeweislich, d.h. mit einem für das praktische Leben brauchbaren Grad an Gewissheit, ohne verbleibende Zweifel völlig auszuschließen, müssen in SGB XIV folgende Tatsachen gesichert sein:

- das schädigende Ereignis
- körperlicher und psychischer Erstscha den
- körperlicher oder psychischer Folgeschaden.

Mit dem Beweismaß der *Wahrscheinlichkeit*, demzufolge (deutlich) mehr für als gegen die Richtigkeit einer Annahme sprechen muss, sind Aussagen zum kausalen Zusammenhang zu sichern.

Im sozialen Entschädigungsrecht gilt, dass

- (a) die Kausalität haftungsbegründend ist, wenn das der gesundheitliche Erstscha den mit dem Beweismaß der Wahrscheinlichkeit auf das entschädigungspflichtige Ereignis zurückzuführen ist;
- (b) die Kausalität haftungsausfüllend ist, wenn der Folgeschaden mit dem Beweismaß der Wahrscheinlichkeit auf den Erstscha den zurückgeführt werden kann.

8.4 Grad der Schädigungsfolgen (GdS-Bewertung)

Die Versorgungsmedizinverordnung (VersMedV) mit den Versorgungsmedizinischen Grundsätzen²⁷ regelt die Grundsätze für die gutachtliche Bewertung von Schädigungsfolgen und die Feststellung des Grades der Schädigungsfolgen im Sinne des § 5 Abs. 1 SGB XIV, für die Anerkennung einer Gesundheitsstörung nach § 4 Abs. 4, 5, 6 SGB XIV, die Kriterien für die Bewertung der Pflegebedürftigkeit gem. §§ 71, 72 SGB XIV und das Verfahren für deren Ermittlung und Fortentwicklung.

Detailliertere Hinweise zur gutachtlichen Bewertung von Schädigungsfolgen stellt die Arbeitsgemeinschaft der versorgungsmedizinischen Leitenden Ärztinnen und Ärzte der Länder und der Bundeswehr mit ihren Arbeitskompendien zur Verfügung.²⁸

Hinweise zur GdS-Beurteilung

Die in der Tabelle der VerMedV aufgeführten Werte stellen Anhaltspunkte dar, von denen begründet abgewichen werden kann. Bei der Festlegung der GdS-Werte ist zu bedenken, dass klinische Diagnosen in der Regel kaum Informationen zur Qualität und Intensität der mit der Diagnose verbundenen Teilhabebeeinträchtigungen enthalten. Daher müssen die Art und das Ausmaß der mit der Störung verbundenen Beeinträchtigung der Teilhabe im Einzelfall geprüft und gesichert werden.

Als Orientierungshilfe für die vertiefte Beurteilung von Teilhabebeeinträchtigungen auf psychologischer Grundlage kann auf Informationen zu den Funktionssystemen Gesundheit, Krankheit und Leistung und auf deren jeweilige Wechselwirkungen zurückgegriffen werden.

²⁷ VMG, gratis abrufbar unter <https://www.bmas.de/DE/Service/Publikationen/Broschueren/k710-anhaltspunkte-fuer-die-aerztliche-gutachtertaktivitaet.html>

²⁸ <http://www.lagus.mv-regierung.de/Soziales/Schwerbehindertenrecht> Menüpunkt: Informationen zur Gutachtertaktivität – Merkblätter/Empfehlungen)

Das Vorgehen ist im Einklang mit den Vorgaben der Versorgungsmedizinischen Grundsätze, sofern die gesicherte klinische Diagnose als ein orientierender Ausgangspunkt verwendet wird.

Beurteilung sozialer Anpassungsschwierigkeiten

Relevant für die GdS Beurteilung ist bei psychischen Störungen nicht nur die diagnostische Zuordnung des Beschwerdebildes, sondern insbesondere das Ausmaß an sozialen Anpassungsschwierigkeiten.

Der Begriff der Anpassungsschwierigkeiten ist in der Versorgungsmedizinverordnung nicht einheitlich definiert. Hierzu haben die versorgungsmedizinisch tätigen Psychiaterinnen und Psychiater bzw. Sachverständigen der Länder eine Arbeitshilfe zur einheitlichen Umsetzung der Versorgungsmedizin-Verordnung (VMG Teil B Punkte 3.5, 3.6, 3.7, 3.8) bei der Beurteilung psychischer Gesundheitsstörungen im Erwachsenenalter erstellt – auf die Arbeitskompendien wird hierzu verwiesen).

Ferner wird vorgeschlagen, auch die in dieser Leitlinie vorgesehenen Hinweise zur Beurteilung von schädigungsbedingten Anpassungsprozessen und Anpassungsschwierigkeiten für die rechtliche Einschätzung sozialer Anpassungsschwierigkeiten zu nutzen. Anpassungsschwierigkeiten können demnach bei der GdS-Bewertung umso höher veranschlagt werden ...

- je *mehr* personale und kontextbezogene Funktions- und Leistungsstörungen validiert werden können, die durch belastungsreaktive psychische Störung/Erkrankung erklärt werden können;
- je *stärker und dauerhafter* die durch belastungsreaktive psychische Störungen erklärbaren Funktions- und Leistungsstörungen ausgeprägt sind;
- je *weniger intakte Funktionen und erhaltene Gesundheitsmerkmale (Ressourcen)* auf personaler und kontextbezogener Ebene nachgewiesen werden können.

Art und Ausmaß von Funktions- und Leistungseinschränkungen, die nicht durch belastungsreaktiv aufgetretene Erkrankungen oder psychische Störungen erklärt werden können, sind gar nicht oder nur in ihrer Interaktion mit schädigungsbedingten Gesundheitsstörungen in die Bewertung von Anpassungsschwierigkeiten einzubeziehen.

Die VersMedV enthält zudem folgende *Hinweise und Ankerbeispiele für die Beurteilung von Anpassungsschwierigkeiten*:

- Bei *Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend* liegen soziale Anpassungsschwierigkeiten insbesondere dann vor, wenn die Integrationsfähigkeit in Lebensbereiche (wie z. B. Regelkindergarten, Regelschule, allgemeiner Arbeitsmarkt, öffentliches Leben, häusliches Leben) nicht ohne besondere Förderung oder Unterstützung gegeben ist oder wenn die Betroffenen einer über das dem jeweiligen Alter entsprechende Maß hinausgehenden Beaufsichtigung bedürfen. Mittlere soziale Anpassungsschwierigkeiten liegen insbesondere vor, wenn die Integration in Lebensbereiche nicht ohne umfassende Unterstützung (z. B. einen Integrationshelfer) möglich ist. Schwere soziale Anpassungsschwierigkeiten liegen insbesondere vor, wenn die Integration in Lebensbereiche auch mit umfassender Unterstützung nicht möglich ist.
- Bei *hyperkinetischen Störungen und Aufmerksamkeitsstörungen* hängt die Graduierung des GdS davon ab, ob die Anpassungsschwierigkeiten Auswirkungen auf die Integrationsfähigkeit haben, ob sie Auswirkungen auf die Integrationsfähigkeit in mehreren Lebensbereichen haben (z. B. Kindergarten, Regelschule, öffentliches Leben), die Betroffenen einer über das jeweilige Alter entsprechende Maß hinausgehenden Beaufsichtigung bedürften, ob die Integration in Lebensbereiche nicht ohne umfassende Unterstützung oder umfassende Beaufsichtigung möglich ist oder die Integration in Lebensbereiche auch mit umfassender Unterstützung nicht möglich ist.
- Bei *schizophrenen und affektiven Psychosen, bei Neurosen, Persönlichkeitsstörungen und Folgen psychischer Traumata* seien bei leichten sozialen Anpassungsschwierigkeiten keine wesentlichen Beeinträchtigungen der familiären Situation oder in Freundschaften zu erwarten, z.B. keine krankheitsbedingten wesentlichen Eheprobleme.

Bei mittelgradigen sozialen Anpassungsschwierigkeiten sei für die meisten Berufe von Auswirkungen psychischer Veränderungen auszugehen, die zwar eine Fortsetzung der Tätigkeit grundsätzlich noch erlaubten, jedoch eine verminderte Einsatzfähigkeit bedingten, die auch eine berufliche Gefährdung einschließe. Erhebliche familiäre Probleme seien in diesem Fall durch Kontaktverlust und affektive Nivellierung zu erwarten. Es bestünden aber noch keine Isolierung und kein sozialer Rückzug in einem Umfang, der zum Beispiel eine vorher intakte Ehe stark gefährden könne.

Schwere soziale Anpassungsschwierigkeiten seien dadurch gekennzeichnet, dass eine weitere berufliche Tätigkeit sehr stark gefährdet oder ausgeschlossen sei. In diesem Fall seien schwerwiegende Probleme in der Familie oder im Freundes- bzw. Bekanntenkreis bis zur Trennung von der Familie, vom Partner oder vom Bekanntenkreis zu finden.

Sofern die Kategorien der ICF ebenfalls genutzt werden können, um soziale Anpassungsschwierigkeiten zu beschreiben, können auch andere - weniger auf soziale Beziehungen ausgerichtete Kategorien - maßgeblich sein. Dazu gehört z. B. die Fähigkeit, die tägliche Routine durchzuführen, mit Stress umzugehen, mit anderen Menschen zu kommunizieren, mobil zu sein, sich selbst zu versorgen, sich zu waschen und zu pflegen, sich zu kleiden, zu essen und zu trinken, auf die eigene Gesundheit zu achten, außerdem Merkmale der Beschaffung des täglichen Bedarfs, des Zubereitens von Mahlzeiten, der Erledigung von Hausarbeiten u. v. m.

Im Übrigen gelten die Empfehlungen des „unabhängigen ärztlichen Sachverständigenbeirats Versorgungsmedizin“ und die Empfehlungen der Versorgungsmedizinisch tätigen Ltd. Ärztinnen und Ärzte der Länder und der Bundeswehr (s. auch Arbeitskompendien).

9 Formale Anforderungen an das schriftliche Gutachten

Unabhängig von Art und Umfang eines Gutachtens sollen die folgenden Informationen in einem psychologischen Gutachten enthalten sein:

- Name und Anschrift des Sachverständigen (inkl. relevanter beruflicher Abschlüsse)
- Datum der Fertigstellung des Gutachtens
- Aktenzeichen
- Name und Anschrift des Auftraggebers
- Wörtliche Fragestellung des Auftraggebers (wenn nicht ausdrücklich anders gewünscht)
- Dokumentation der Identifizierung des/der Probanden
- Dokumentation der informierten Einwilligung
- Untersuchungstermine mit Datum, Ort und Dauer
- Nennung und kurze Beschreibung der eingesetzten Methoden
- Nennung von Hilfskräften bei nicht untergeordneter Bedeutung. Für Dritte muss ersichtlich sein, welcher Untersucher bei welchen Teilen des Gutachtens mitgewirkt hat.
- Nennung relevanter Untersuchungsergebnisse
- Nennung relevanter (fachlich bewerteter) Befunde
- Stellungnahme (Beantwortung der Fragestellungen des Auftraggebers)
- Persönliche Unterschrift des beauftragten Sachverständigen.
- Literatur, soweit im Gutachten darauf explizit Bezug genommen wird.
- Seitennummerierung

10 Anhang

Leitlinien für psychologische Sachverständige zu Fragen des SGB XIV

- Qualitätsstandards für psychologische Gutachten der Föderation Deutscher Psychologenvereinigungen
- Standards für pädagogisches und psychologisches Testen (SPPT)
- Richtlinien für den diagnostischen Prozess / Guidelines for the Assessment Process
- Leitlinie Neuropsychologische Begutachtung (GNP) bei Fragen zu Ursachen oder Folgen neurologischer Schädigungen oder Erkrankungen
- Leitlinie zur Begutachtung psychischer und psychosomatischer Störungen – Stand 01.12.2019 Teil III Begutachtung bei Kausalitätsfragen im Sozial-, Zivil- und Verwaltungsrecht.
- Leitlinie Begutachtung nach gedecktem Schädel-Hirn-Trauma (AWMF)
- Leitlinie Diagnostik und Therapie von Aufmerksamkeitsstörungen (AWMF)
- Leitlinie Diagnostik und Therapie exekutiver Dysfunktionen bei neurologischen Erkrankungen (AWMF)
- Leitlinie Diagnostik und Therapie von Gedächtnisstörungen (AWMF)
- Leitlinie Kausalitätsbeurteilung (AWMF)
- Leitlinie Standards der Begutachtung bei der Beurteilung von Kausalitätsfragen.

Autor*innen

Ralf Dohrenbusch
Stefanie Franke
Simone Bahlo
Robbi Brockhaus