



asim | Versicherungsmedizin

Umgang mit Aggravation in der Begutachtung

- Einführung aus rechtlicher Sicht
- State of the Art aus psychiatrischer Sicht

asim – Monatsfortbildung, 14.09.2016

lic. iur. Yvonne Bollag , Leitung asim Begutachtung

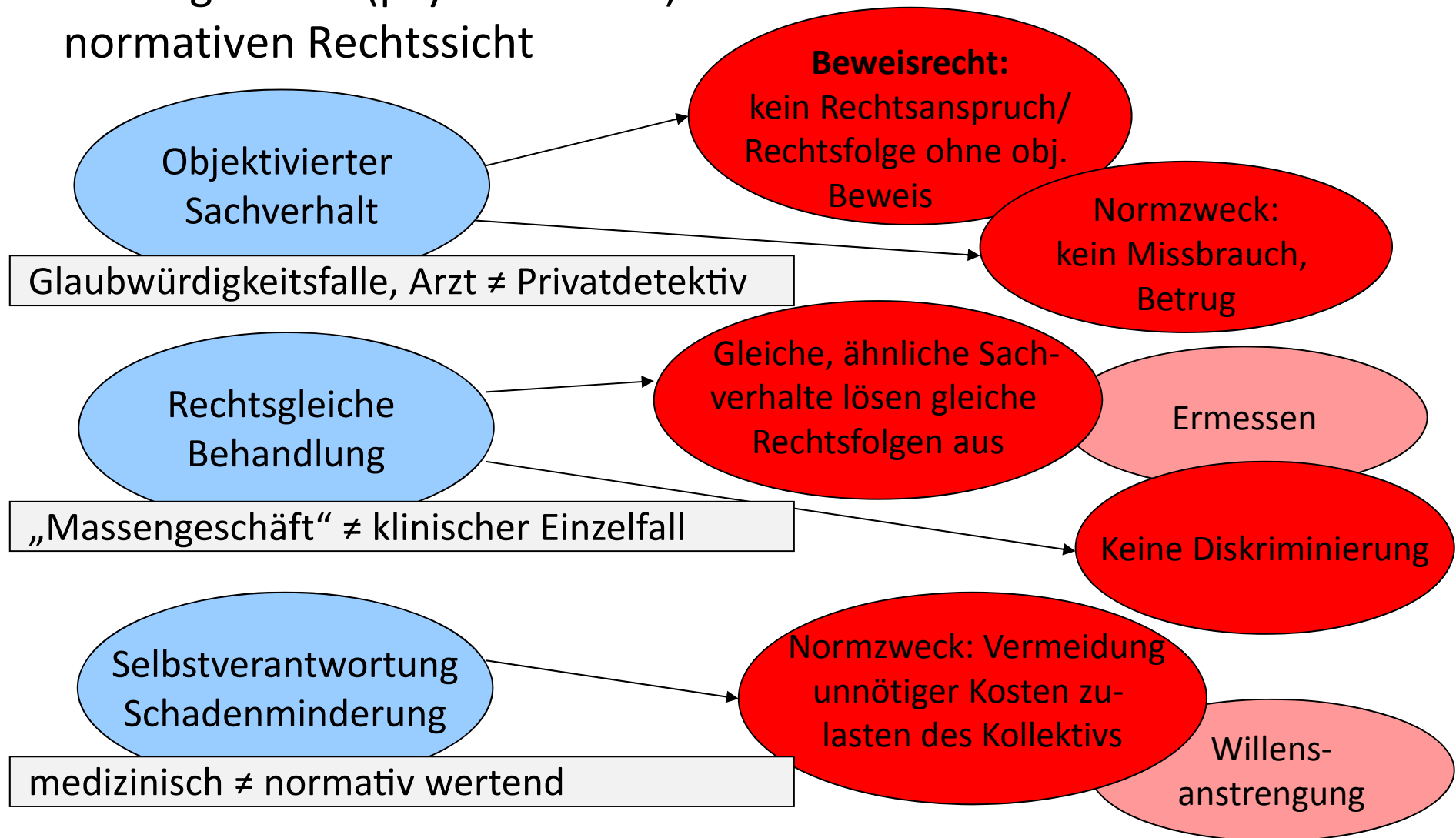
Dr. med. Renato Marelli, Praxis für Psychiatrie und Psychotherapie in Basel, Past-President SGVP

Prof. Dr. med. Ralph Mager, LA, Versicherungsmedizin Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel,
President SGVP

Einführung aus rechtlicher Sicht

Yvonne Bollag

Auftrag an das (psychiatrische) Gutachten aus der normativen Rechtssicht



Anforderungen des Bundesgericht (Aggravation)

Das Bundesgericht hat festgehalten, dass Leistungseinschränkungen, die - und soweit - sie auf Aggravation beruhen, regelmässig **keine versicherte Gesundheitsschädigung** darstellen.

(Bundesgerichtsentscheid 9C_899/2014 E. 4.1)

Es betont indessen, dass die Grenzziehung zwischen blosser Verdeutlichung und Aggravation heikel sei und einer **sorgfältigen Prüfung im Einzelfall** bedürfe. (E. 4.2.2.)

Es sei zu beachten, dass **Schmerzausweitung gerade das Wesen der Schmerzstörungen charakterisiere** und dass naturgemäss in einem sozialversicherungsrechtlichen Abklärungsverfahren die versicherte Person ihre Beschwerden **im Hinblick auf das von ihr mit der Anmeldung verfolgte Ziel präsentiere**, ohne dass ihr allein deswegen unbesehen der Rentenanspruch versagt werden dürfte.

(E 4.2.1.)

Das Bundesgericht fordert: (Konsistenzprüfung)

„dass **die Gutachter**, wie auch die anderen mit der Berichterstattung über die versicherte Person befassten Ärzte, **alle verfügbaren Hinweise aus dem Alltag** der versicherten Person, insbesondere auch aus dem **ausserberuflichen Bereich**, berücksichtigen und auf dieser möglichst breiten Beobachtungsbasis eine Verbindung herstellen zwischen **dem festgestellten versicherten Gesundheitsschaden** und den dadurch bewirkten **funktionellen Einschränkungen** einerseits sowie den **geschilderten** sowie **tatsächlichen, gegebenenfalls fremdanamnestisch erhobenen Auswirkungen auf Aktivität und Partizipation** andererseits

(vgl. auch FOERSTER/VENZLAFF, Psychiatrische Begutachtung, 2009, S. 672; Ziff. 3.4 der Leitlinien der Schweizerischen Gesellschaft für Rheumatologie [SGR] zur Begutachtung rheumatologischer Krankheiten und Unfallfolgen, in: Schweizerische Ärztezeitung 2007 S. 739).

Auf dieser Grundlage ist zu **plausibilisieren**, dass die Inkonsistenzen über das im Rahmen einer blossen Verdeutlichung "Normale" hinausgehen“ (E 4.2.2.).

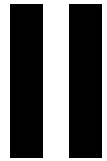
Bundesgerichtspraxis zu Aggravation und Konsistenzprüfung seit BGE 141 V 281 (Indikatorenprüfraster Juni 2015)

- 214 Entscheide mit Bezug auf neuen Leitentscheid
- davon 50%, Bezug zur Schmerzrechtsprechung rd. 100 Fälle
- Aggravation als Ausschlussgrund bejaht in rd. 12 Fällen
- Inkonsistenz: - gleichmässige Einschränkungen in allen Lebensbereichen
- ausgewiesener Leidensdruck
(Behandlungsinanspruchnahme, Selbstlimitierung,
subj. Krankheitsüberzeugung) rd. 30 Fälle
- 40% der Entscheide gehen um Aggravation oder Inkonsistenz
- Grossmehrheitlich mit definitiver Verneinung des Rentenanspruches

Michael E. Meier, Ein Jahr neue Schmerzrechtsprechung, in: Jusletter 11. Juli 2016

→ **Sprechen wir alle immer vom gleichen? Und wovon genau?**

→ **Wie umsetzen in der Begutachtung?**



Wovon sprechen wir?

Renato Marelli

Verdeutlichung

Motivation zur Überzeugung

«Erlebnisqualität»

Innerliche Beteiligung

Leidensdruck

Gegenübertragung

Auch gegenüber Angehörigen

ICD-10 F45

Aggravation

Verstärkung vorhandener Symptome

Im Verhalten oder in dessen Beschreibung

Bewusst

Absichtlich

Zweckgerichtet, externer Anreiz

Kein Störungscharakter

Simulation

Bewusst

Absichtlich

Zweckgerichtet

Vortäuschung

Artifizielle Störung F.68.1

Motivation «neurotisch»

Persönlichkeit

Keine äussere Motivation

Selbstschädigung

Dissoziative Störungen

Oft plötzliches Auftreten

Enge Beziehung zu psych. Belastung

Symbolcharakter

Körper in der interpersonellen Beziehung

Bewusstseinsnah

Krankheitsgewinn vs. „-Verlust“

Somatoforme Störungen

Störungen mit Schmerz oder

Störungen von komplexen körperlichen Funktionen,
gesteuert über das vegetative Nervensystem

Körper Träger einer Botschaft

Beziehungsabwehr

Wenig dramatisch

Krankheitsgewinn weniger offensichtlich

Abgrenzung

Externe Anreize?

Persönlichkeit?

Kontext?

Konsistenz und Konstanz?

Verlauf der Symptomatik oder des Verhaltens

Externe Anreize

Versicherungsleistungen

«Bestrafung»

Zivilrechtliche Auseinandersetzung
(Scheidung, Trennung!)

Sekundärer Krankheitsgewinn durch Aufmerksamkeit,
Zuwendung etc.

Abgrenzung zu Aggravation/Simulation

Unspezifische Merkmale

Auf Aggravation oder Simulation hinweisende Merkmale

Auf erhebliche somatoforme oder dissoziative Störungen hinweisende Merkmale

Verlauf der Verdeutlichung

Kontextabhängig

Somatisierung häufig:

Enttäuschung

Histrionisches Verhalten

Forderung nach Abklärung

Hartnäckigkeit

Verstärkung des Leidens

«Koryphäen-Killer-Syndrom»

Verlauf der Aggravation

Bewusst

Autosuggestive Wirkung

Minderwertiges Selbstgefühl

Verdrängung

Verleugnung gelingt nicht

Gedrücktheit

Dysphorisch, reizbar

Verlauf der Simulation

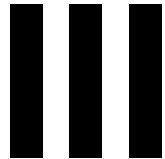
«Doppelleben»

Kontextabhängig

Ortsabhängig

Kriminelle Energie

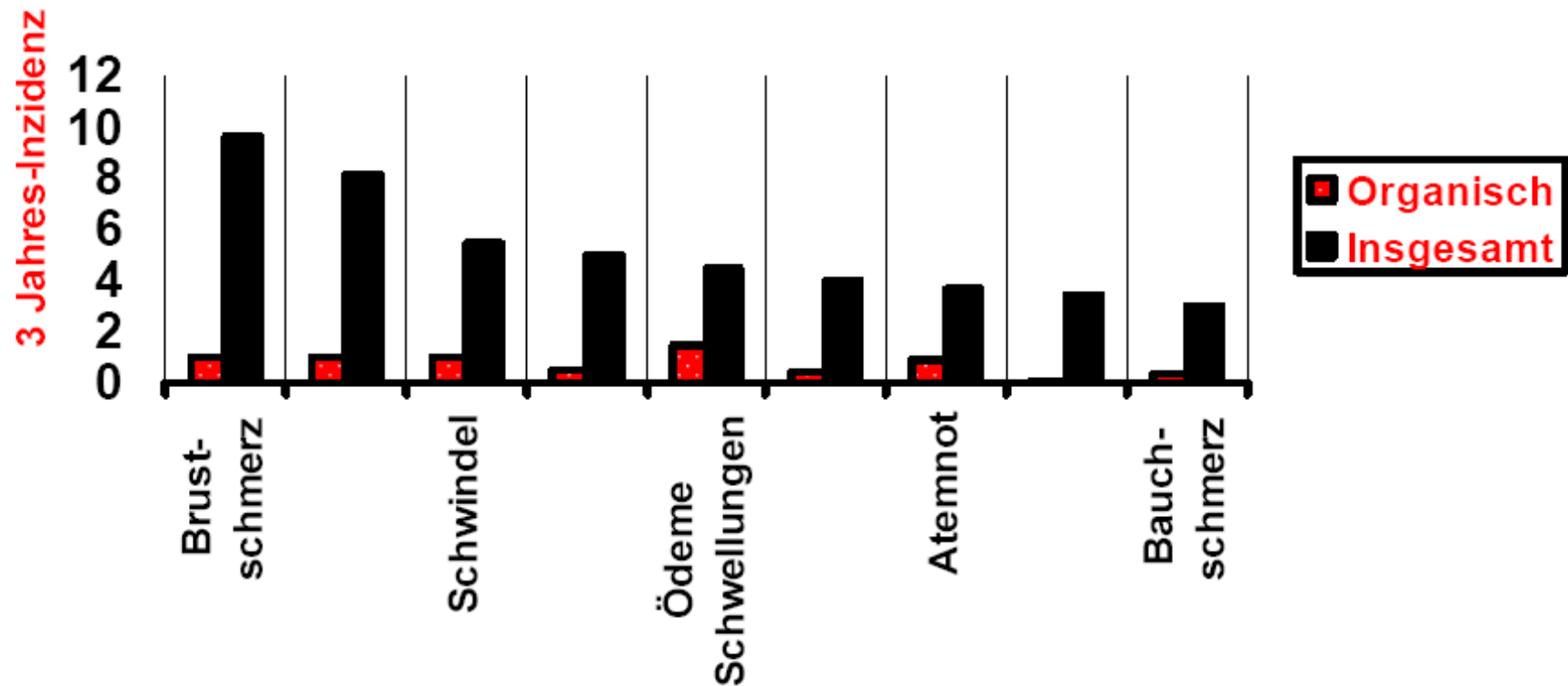
Auf der Hut sein



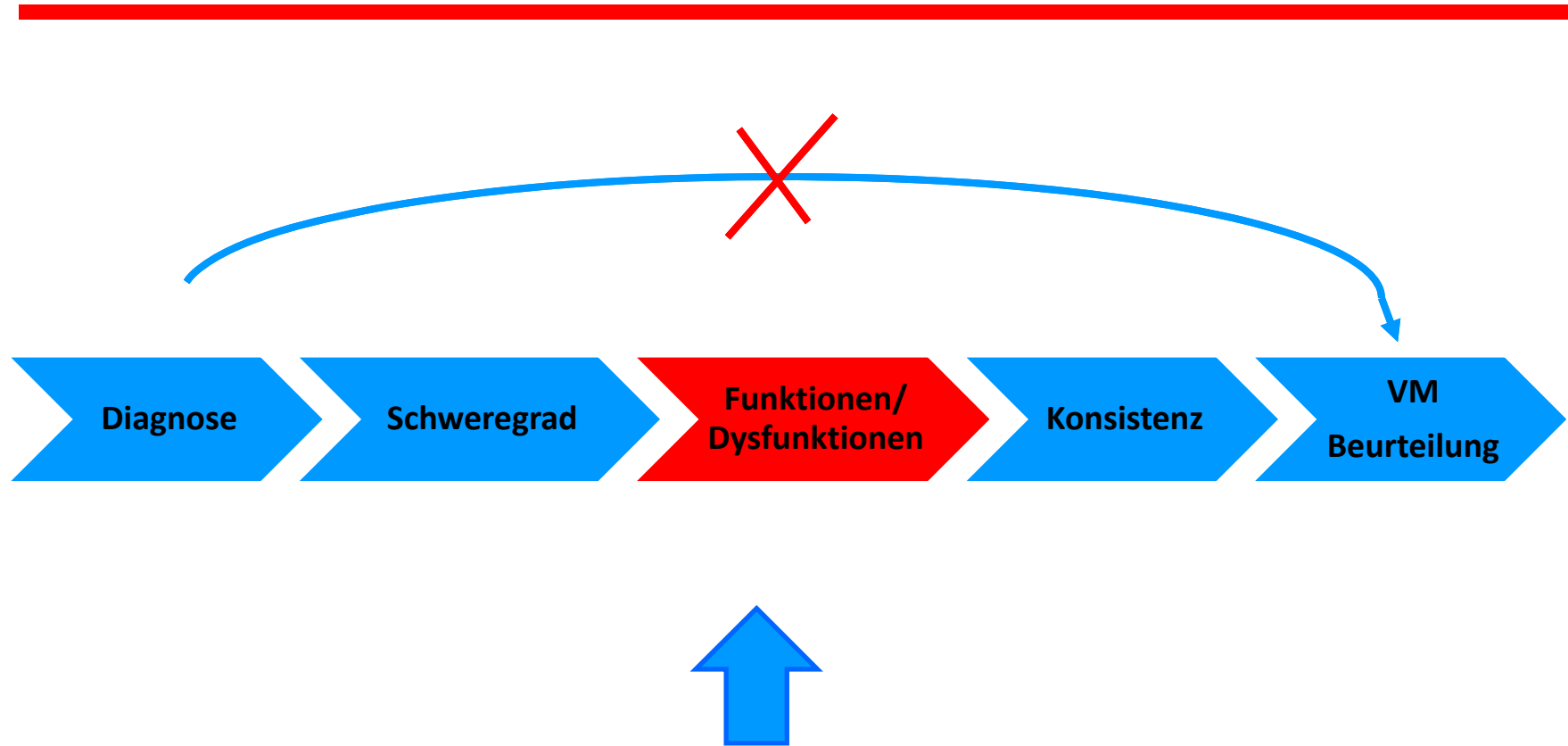
Wie umsetzen in der Begutachtung?

Ralph Mager

Aggravation?



Nach Kroenke/ Mangelsdorff American J. of Medicine, 1988



Verdeutlichung/ Aggravation/ Simulation
„nicht wollen oder nicht können“

Subjektives und Objektives



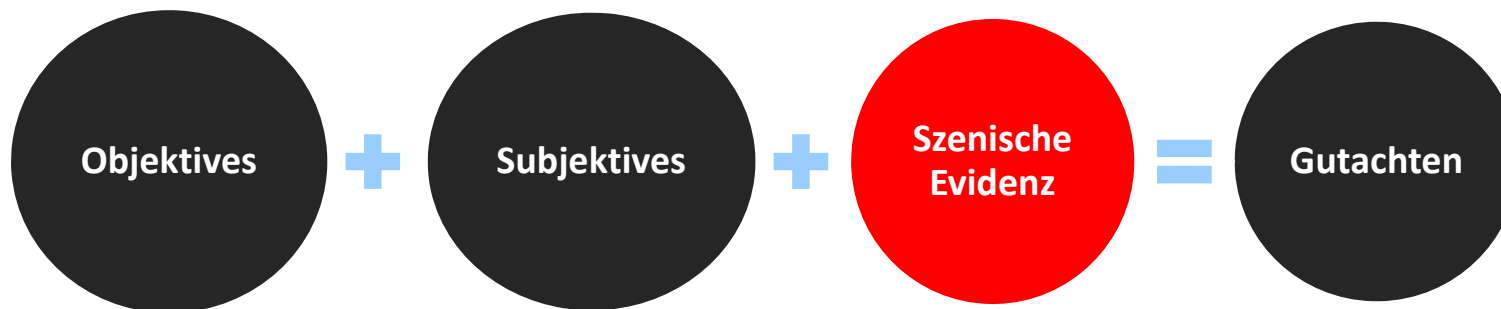
Definition Objektivität (Testtheorie):

Unabhängigkeit der Ergebnisse von
Rahmenbedingungen und verfälschenden
Drittfaktoren

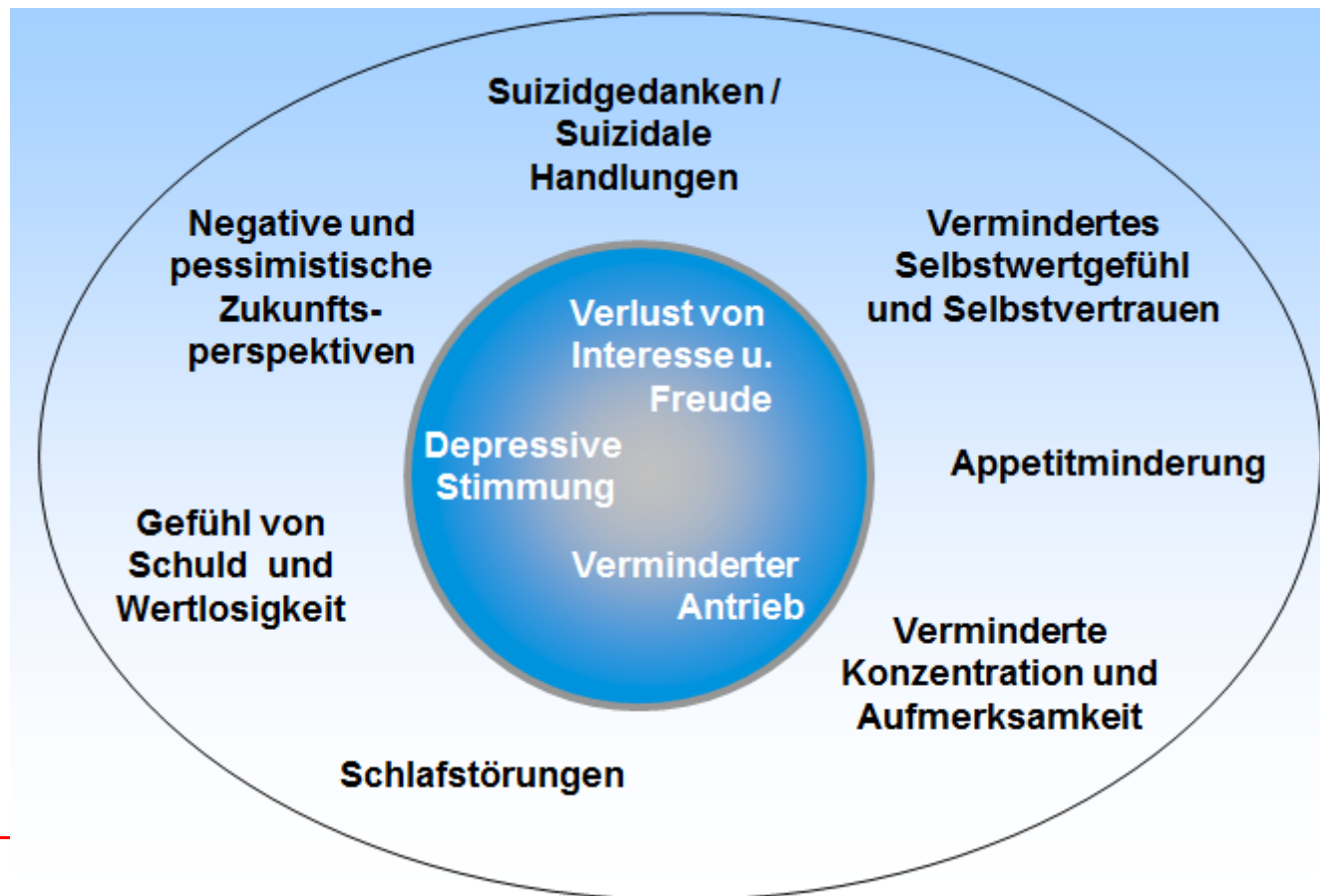


Den Rahmen wegdenken?

Subjektives und Objektives



Subjektives und Objektives



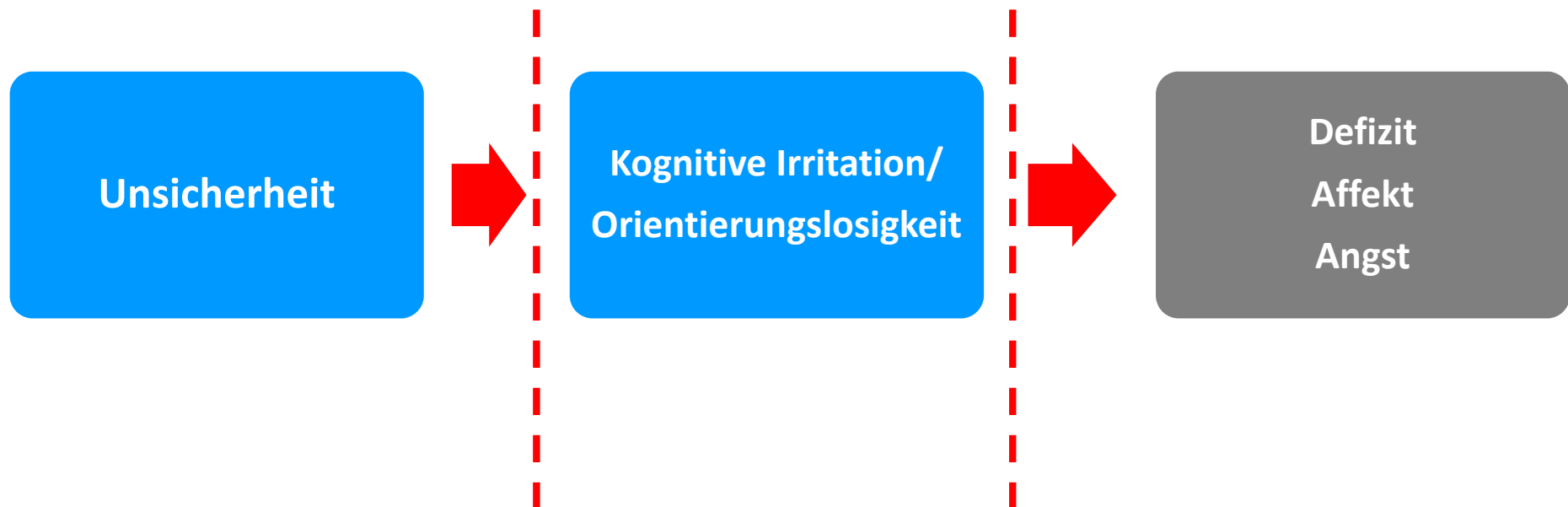
Bestimmung der Funktionen und Dysfunktionen

Krankheitssymptome ICD-10



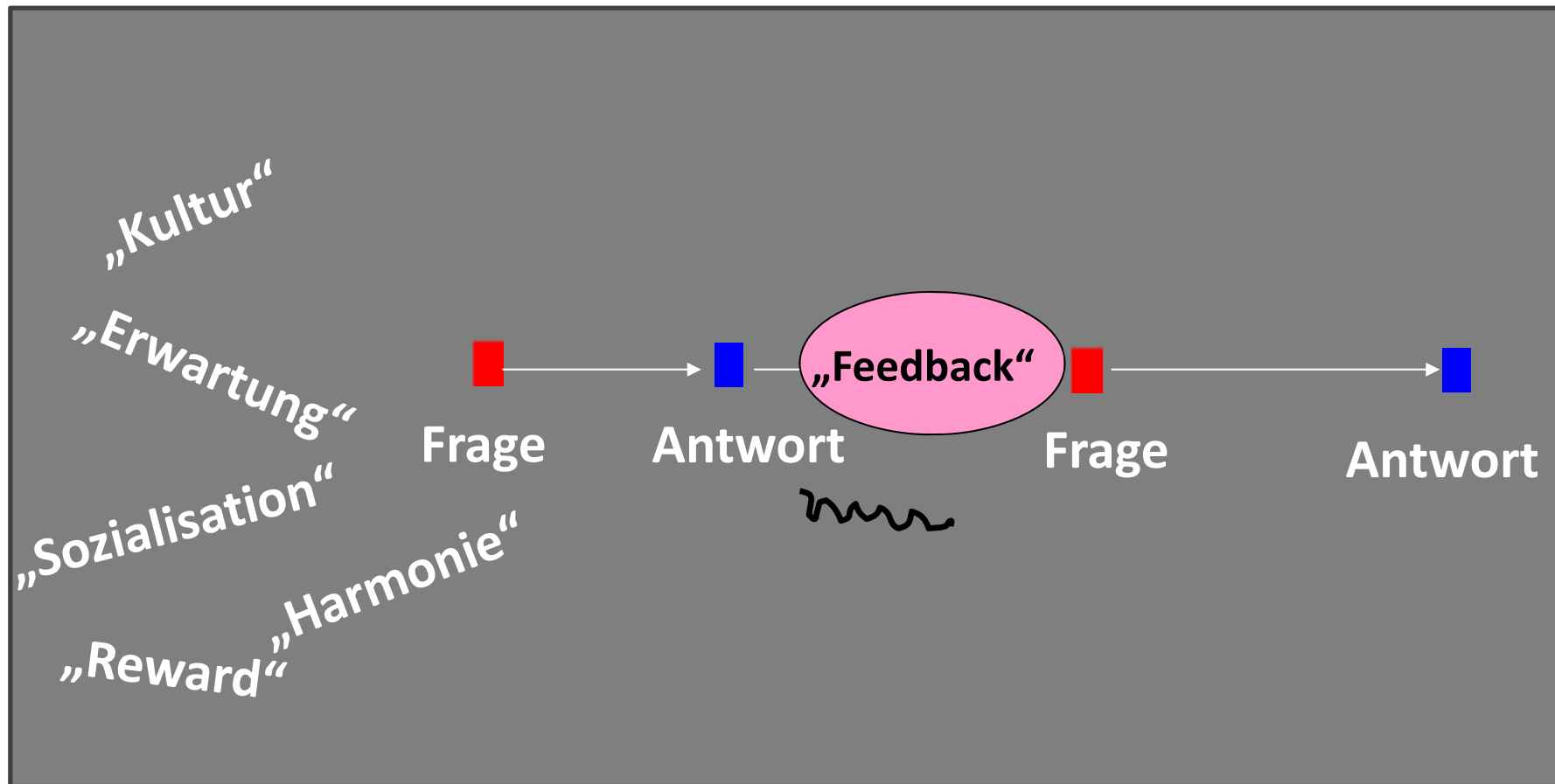
Kontext

Entwicklung von Aggravation/ Beschwerdeausweitung?

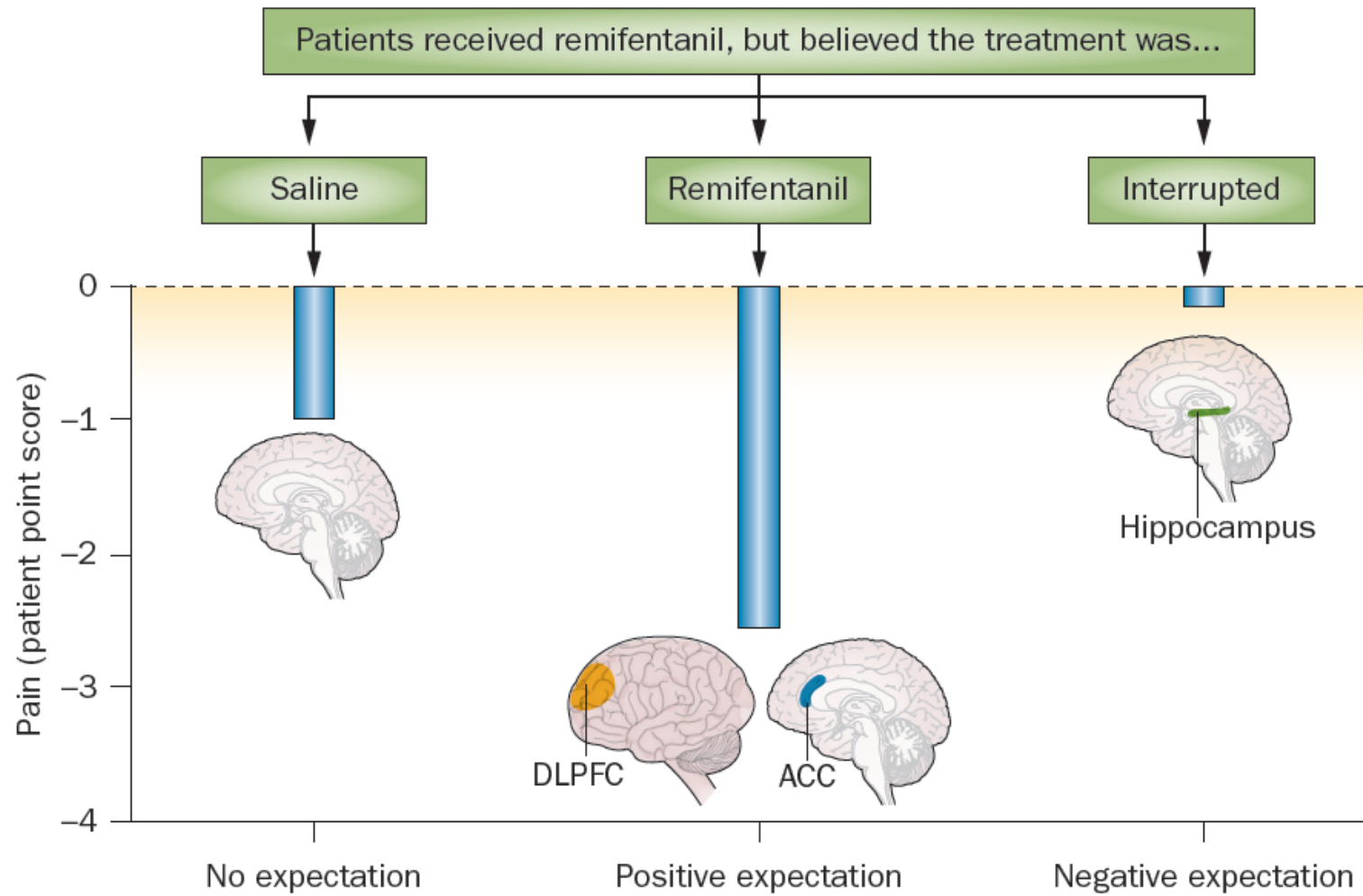


* Grupe DW and Nitschke JB; Nat Rev. Neurosci (2013)

Kontext



Kontext



Detektion von Aggravation/ Simulation

Indikatoren:

- Befund des Untersuchers
- Beobachtungen des Untersuchers
- Aktenanalyse



Objektivere Hilfsindikatoren:

- I Diagnosekriterien für mögliche, wahrscheinliche oder sichere Simulation neurokognitiver Funktionen (Slick et al., 1999)
- II Tests zur Beschwerdenuvalidierung
- III Inhaltsanalytische Glaubhaftigkeitskriterien/Realkennzeichenanalyse
- (IV) Verhaltensbeobachtung und klinische Untersuchung

(Foerster und Dressing 2009, S. 28-29)

Detektion von Aggravation/ Simulation



Konsistenz

Zwei Kriterien:

1. Motivation für die nichtauthentische Darstellung
 2. Bewusstseinsnähe der Beschwerdedarstellung
- Je stärker das Verhalten durch externe Anreize motiviert und je bewusster es ist, desto grösser ist die Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen von Aggravation oder Simulation
 - Beide Kriterien sind jedoch nicht objektivierbar und unterliegen dem Expertenurteil des Gutachters

Problemschwerpunkte:

Abgrenzung des Normalpsychologischen vom Krankheitswerten

Wie interagiert Psychosoziales mit Schweregrad einer Störung

Datenquantität

Neurobiologische Korrelate von «Langzeitinvalidität» und Verfahren

Auch Leitlinien werden das Kernproblem nicht lösen



Fall

Fallbeispiel

1969	geb. Türkei
1983	Vater gestorben, wirtschaftliche Destabilisierung
1987	Gymnasium verlassen (wirtschaftliche Gründe)
1990	Migration in die Schweiz/ Aufnahme Berufstätigkeit
1994	Unfall
1996	1. Umschulung
2000	2. Umschulung
2003	Revision
2006	Revision
2009	Revision
2011	Revision plus Rentenentzug

Fallbeispiel

Angegebene Beschwerden:

Subjektive Gewissheit, dass man mit ihm unmenschlich umgegangen sei;

Ehe zerrüttet; Schmerzen wie Messerschnitte; keine Berührungen möglich;

Linksseitenproblematik; Aggressivität; mangelnde Selbstkontrolle; Nervosität.

Fallbeispiel

Aktuelle Lebenssituation

Gesundheitlicher Verlauf

Selbstkonzept/ Krankheitskonzept

Perspektive

Fallbeispiel



Diskussion: