

1 Einführung

1.1 Implizites Wissen

Über die Praxis gutachterlicher Tätigkeit zu sprechen fällt den meisten Experten schwer. Praktisches Wissen oder Erfahrungswissen ist implizites Wissen (tacit knowledge). Wer keinen Anlass hat zu erklären, was er oder sie tut, beispielsweise in Weiter- und Fortbildung, kann selten erklären, was er macht. Die Transformation von implizitem in explizites Wissen ist eine zeitliche, kognitive und affektive Herausforderung. Auch uns ging dieses Explizieren nicht leicht von der Hand. Geholfen hat uns dabei unsere unterschiedliche Aus- und Weiterbildung – Psychologie-Studium, wissenschaftliche Tätigkeit und psychotherapeutische Weiterbildung die eine (LP), Medizin-Studium, langjährige klinische und wissenschaftliche Erfahrung, Weiterbildungserfahrung und gutachterliche Tätigkeit die andere (UHR). Geholfen haben uns weiter Bemühungen, unsere praktische gutachterliche Arbeit einander laut vorzutragen und zu kommentieren, als wisse die andere nicht, worum es dabei geht. Geholfen hat uns überdies, uns gegenseitig nach unseren Konzepten, Vorgehensweisen, Interpretationen und Schlussfolgerungen zu befragen und auf diese Weise unsere Denk- und Arbeitswege in Worte zu fassen. Wir haben uns gleichsam bei der (Denk-)Arbeit gegenseitig über die Schulter geschaut.

1.2 Explizieren

Wird eine implizit ausgeübte Tätigkeit neu zur Sprache gebracht, geht damit eine Verfremdung des Vertrauten einher. Und wie bei anderen, nicht vertrauten Tätigkeiten gelingt es in diesem Moment, selbstverständlich Gewordenes in neuem Licht zu betrachten, auf seine Tauglichkeit zu überprüfen und bei Bedarf anzupassen. Dieser Akt des Wiederbefremdens dient somit als Brücke vom impliziten zum expliziten Wissen. Häufig Wiederholtes, Selbstverständliches wird aus seiner Erstarrung gelöst. Es ist nicht mehr der einzig mögliche Weg, die einzige wahre Methode. Die gewählte Interpretation ist nicht mehr zwingend. Sie bedarf der Begründung. Warum gehen wir auf eine bestimmte Weise vor? Wie sind wir zu einer bestimmten Interpretation gekommen? Vertraute, aber bislang nicht oder nur bruchstückhaft in Worte gefasste Praktiken benannt zu hören, führt zum beschriebenen Verfremdungseffekt. Neben den Vorteilen löst dieser Akt Verunsicherung aus: Was mache ich da? Ist das überhaupt richtig? Müsste ich vielleicht etwas anders machen? Diese Verunsicherung ist nicht vermeidbar. Sie scheint der Grund dafür zu sein, dass manche erfahrene Gutachtende abwehrend reagieren, wenn es um die Explizierung der Praktiken geht. Dieser Zustand (letztlich) produktiver Verunsicherung ist schwer erträglich. Erst im Nachhinein wird er als unvermeidlich und als Voraussetzung für die fachliche Weiterentwicklung erkennbar. Im ersten Moment wird die Verunsicherung nicht kleiner, wenn sie mit anderen Praktiken, vermeintlich divergierenden methodischen Ansätzen und Interpretationen konfrontiert wird. Letztlich erweisen sich aber gerade sie als besondere Chance zu verstehen und sichtbar zu machen, wie wir arbeiten, und wie wir zu einem bestimmten Resultat kommen.

1.3 Ziel des Leitfadens

Auch wir haben diese Phase der Verunsicherung und der kritischen Rekapitulation durchgemacht. Daraus sind bereits im Vorfeld Anpassun-

gen erwachsen (s. Hoffmann-Richter et al. 2012), die wir mit diesem Leitfaden noch weiter ausdifferenziert haben. Daraus wiederum ergaben sich über das erste Ziel hinaus – die Explizierung der Praxis – weitere Ziele:

- Alle Denk- und Differenzierungsarbeit, die neu expliziert wird, bedarf einer Sprachregelung, z. T. auch Verbalisierung. Dafür machen wir einen Vorschlag.
- Wir führen – für die Psychiatrie mehr oder weniger neu, für die Psychologie vertraut – formalisierte Instrumente ein.
- Wir schlagen eine an der Praxis orientierte Strukturierung des Einsatzes von formalisierten Instrumenten und Hilfsmitteln vor, die sich für unsere Praxis bewährt hat.

Der Leitfaden führt also nicht in eine grundsätzlich neue Form der Begutachtung ein. Die Basis ist das, was erfahrene Experten schon lange tun. Mit dem Akt der Explizierung aber wird fassbar, worin diese Praxis besteht. Sie wird lehr- und lernbar. Bemerkenswerterweise wird dadurch auch sichtbar, dass klinisch psychiatrische und psychologische Diagnostik komplementär sind, und auf welche Weise: Die psychiatrische Diagnostik steht in engem Bezug zum Alltag, ist aber wenig reliabel. Die psychologische Diagnostik bezieht sich auf testtheoretische Ansätze, sie ist hoch reliabel, ihre Ergebnisse sind aber nicht ohne weiteres auf den Alltag extrapolierbar (► **Kap. 2.3**). Hier wirkt die Explizierung der Praxis auf Theorie- und Methodendiskussion zurück. Die Praxis erweist sich als wichtige und bisher vernachlässigte Ergänzung zu Theorie, Methodologie und Methodik.

1.4 Bedeutung der Praxis

In akademischen Fächern, so auch in der evidenzbasierten Medizin und der klinischen Psychologie, ist das Praktische einer Tätigkeit – die

praktische Seite, die Technik oder Praxis, von der wir in diesem Leitfaden sprechen werden – negativ konnotiert. Die Praktiker sind vermeintlich diejenigen, die es mit den Dingen nicht so genau nehmen, die sie der Spur nach betrachten, es mit der Arbeit an der Oberfläche genug sein lassen, die sich mit dem »bloß Praktischen« begnügen. Die *Praxis* hat aber noch eine andere Bedeutung: Keine Tätigkeit kommt allein mit Theorie oder Theorie und Methode, also ohne Praxis aus. Sie zu erkennen und zu begreifen bedarf es einer zusätzlichen Form von Erkenntnis. Die wissenschaftliche Erkenntnis im Sinne des Wissen-Wollens, »wie etwas gemacht ist, an sich, als Wesenserkenntnis« ist als wissenschaftliche Erkenntnis bekannt. Daneben bedarf es des Wissen-Wollens, »wie man etwas macht, um es zu reproduzieren, um etwas von der gleichen Art zu machen« (Barthes 2008, S. 46). Letzteres wird als Technik oder Praxis bezeichnet. Die Frage zu beantworten, wie man etwas macht, um es auf dieselbe Weise wiederholen zu können, ist der Beitrag der Praxis zur Reliabilität. Sie zu explizieren und sich an die bewährte und explizierte Vorgehensweise zu halten gehört zu einer der wesentlichen wissenschaftlichen Kardinaltugenden (Daston und Gallison 2007; Barthes 2008). Deshalb ist es uns ein Anliegen, für uns selbst und für andere bewusst zu machen und in Worte zu fassen – wir sprechen ab jetzt von *Explizieren* –, was wir tun, wenn wir gutachten (vgl. Hoffmann-Richter et al. 2012).

1.5 Formalisierte Instrumente

Zu dieser Praxis der psychiatrisch-psychologischen Begutachtung gehören so viele Methoden, Techniken und formalisierte Instrumente, dass kaum jemand alle beherrscht. Unseres Erachtens ist das auch nicht nötig. Wichtig zu wissen ist, mit welchen Verfahren man arbeitet, was sie leisten, was sie nicht leisten können, und welche Aussagen man auf ihrer Grundlage machen kann. Es geht uns also darum zu zeigen, welche Varianten des Vorgehens sich bewährt haben, welche Vor- und Nachteile sie haben, und wo ihre Grenzen liegen.

Weil es uns um die Praxis der psychiatrisch-psychologischen Diagnostik geht, werden wir nur ausgewählte formalisierte Instrumente und unsere Arbeit mit ihnen vorstellen können. Auch hier geht es uns nicht darum zu sagen, dass man genau mit ihnen und ausschließlich mit ihnen arbeiten muss. Die vorhandenen Verfahren sind von Ausnahmen abgesehen nicht primär für die Begutachtung entwickelt worden und nicht ideal. Mittel- und längerfristig wird es um das Ziel gehen, Verfahren auszuwählen, die sich – bei allen Grenzen und Schwächen – bewährt haben und so bekannt sind, dass die Ergebnisse samt auftretenden Problemen im Kollegenkreis diskutiert werden können und gegebenenfalls als Anregung für die Entwicklung weiterer formalisierter Instrumente dienen (vgl. Jokeit 2013).

1.6 Integrierte Diagnostik

Implizite Praktiken zu explizieren macht die ausgeübte Praxis fassbar. Für dieses Ziel, die Praxis gutachterlicher Tätigkeit – das implizite Wissen – zu explizieren (► Kap. 1.1 und 1.2), hätten wir uns gerne auf eine klare allgemeingültige theoretische Basis bezogen. Leider mussten wir feststellen, dass es diese nicht gibt. Schon innerhalb der klinischen Psychologie, die ja einen Schwerpunkt in der Diagnostik hat, gibt es keine durchgängige Systematik, auf die wir uns beziehen könnten. Dies trifft auch auf die Psychiatrie zu. Nach wie vor gibt es eine, wenn auch allmählich durchlässigere, Trennlinie zwischen klinisch psychiatrischer Diagnostik und der psychologischen mit dem Einsatz von formalisierten Instrumenten. Die alte Front zwischen Psychiatrie und Psychologie weicht einer Trennlinie zwischen psychologischen und psychiatrischen »Klinikern« auf der einen und »Wissenschaftlern« beider Fachgebiete auf der anderen Seite. Trennlinien bestehen daneben zwischen unterschiedlichen therapeutischen Ansätzen. Auch hier stehen sich längst nicht mehr psychiatrische und psychologische Behandelnde gegenüber, sondern z. B. psychoanalytisch Ausgebildete gegenüber verhaltenstherapeutisch Ausgebildeten etc. Die Bemühungen um eine integrierte oder allgemeine Psychotherapie

nehmen zu. Die Annahme, dass die theoretische Ausrichtung, in der ein gutachterlicher Experte sozialisiert wurde, über die Zuverlässigkeit gutachterlicher Aussagen entscheidet, ist falsch. Bereits 1995 hat Konrad gezeigt, dass Divergenzen in der Beantwortung der Kernfragen eines Gutachtauftrags nicht an einer psychiatrischen »Richtung« oder »Schule« liegen, sondern in erster Linie an vielerlei Qualitätsdefiziten, die sich u. a. auch in der Differenziertheit des Umgangs mit der Fragestellung manifestiert (Konrad 1995 – in Übereinstimmung mit früheren: Pfäfflin 1978; Maisch und Schorsch 1983 – und späteren Untersuchungen, z. B. Pizala 2011).

Für die Praxis der Begutachtung sinnvoll und notwendig ist der Ansatz einer integrierten Diagnostik. Zu ihr gehört die Basiserhebung von Anamnese und Befund mit Hilfe der Aktenanalyse, der eingehenden Exploration, der zeitnahen körperlichen Untersuchung und der Erhebung des psychopathologischen Befundes. Sie dienen der Heuristik, also der Eingrenzung der Differenzialdiagnostik und der offenen Fragen und Diskrepanzen im Hinblick auf die Fragestellung. Die vertieften Erhebungen richten sich nach der Fragestellung. Sie entscheidet darüber, zu welchen Themen, und auf welche Weise die Exploration vertieft werden muss, und welche Verfahren zum Einsatz kommen. Wichtig ist die bewusste und kritische Entscheidung für das jeweilige methodische Vorgehen und der gezielte Einsatz der jeweiligen formalisierten Instrumente, der Prüfung ihres Nutzens angesichts des Auftrags und der Fragestellung und die kritische Reflexion der erwartbaren Ergebnisse. Wenn man die jeweilige Indikation, die Stärken und Schwächen eines Instrumentes kennt und weiß, welche Aussagen aufgrund der Auswertungen möglich sind und welche nicht, ist man schon einen großen Schritt weiter. Ein Irrtum wäre die Annahme, dass formalisierte Instrumente die Exploration ersetzen könnten. Nicht in jedem Falle sind sie einsetzbar, und nicht immer führt ihr Einsatz zu neuen Erkenntnissen. Bei klarer Indikation liefern formalisierte Instrumente Informationen, die durch keine andere Methode zugänglich sind. Und sie tragen wesentlich zur Verlässlichkeit gutachterlicher Aussagen bei. Deshalb möchten wir mit diesem Leitfaden bisher primär klinisch psychiatrisch ausgerichtete Experten zur Verwendung von formalisierten Instrumenten ermuntern, und deren sinnvollen Einsatz exemplarisch und mit klarem Praxisbezug

konkret aufzeigen. Bislang primär psychologisch diagnostisch ausgerichtete Expertinnen möchten wir ermuntern die klinischen (psychiatrischen) Seiten ihrer Tätigkeit ebenso aufmerksam zu nutzen und zu reflektieren, wie sie dies mit den formalisierten Instrumenten zu tun gewohnt sind.

Die Gliederung des Leitfadens orientiert sich am praktischen Ablauf der Begutachtung. Das Vorgehen werden wir jeweils an Beispielen erläutern.

1.7 Notwendige Sprachregelungen und Verbalisierungen

Bisher existiert keine einheitliche Systematisierung und entsprechend gibt es keine einheitliche Definition der Untersuchungsmethoden, weder in der Psychiatrie noch in der klinischen Psychologie, auf die wir zurückgreifen könnten. Daher bedarf es einer Sprachregelung. Wir werden sie so einfach wie möglich halten. Folgende Begriffe werden wir ab jetzt verwenden:

Die Begriffe *Praxis* und *Explizieren* haben wir bereits vorgestellt (► Kap. 1.4).

In der Begutachtung treffen Rechtsbegriffe auf Definitionen aus Psychologie und Psychiatrie. Dabei kommt es immer wieder vor, dass ein und derselbe Begriff im einen Fachgebiet, beispielsweise in der Psychologie, etwas anderes meint als in im Rechtsbereich. Weil die rechtlichen Rahmenbedingungen für die Begutachtung ausschlaggebend sind, müssen psychiatrisch-psychologische Definitionen davon unterscheidbar sein. Im Sozialversicherungsbereich fokussiert ein erheblicher Teil gutachterlicher Aufträge auf die Beurteilung der *Leistungsfähigkeit*. Im weiteren Sinne kann die Leistungsfähigkeit rechtlich als übergeordneter Begriff einer ganzen Reihe von Begriffen verstanden werden, die nicht nur national (in Deutschland (D), der Schweiz (CH) und Österreich (A)) unterschiedlich definiert sind, sondern sich auch innerhalb der nationalen Gesetzgebung in den einzelnen Rechtsbereichen unterscheiden. Dies betrifft insbesondere die Arbeitsfähigkeit, die Erwerbsfähigkeit und die

Berufsfähigkeit. Zur Begriffsklärung sei auf Hoffmann-Richter et al. 2012 verwiesen. Wegen der Schwierigkeiten, die durch die unterschiedlichen Definitionen entstehen können, sprechen wir von Übersetzungsarbeit (vgl. Hoffmann-Richter et al. 2012, S. 174–231, speziell S. 205–209; Riemer-Kafka 2012). Wir haben uns deshalb entschlossen, von der *Messung ausgewählter Leistungen und Funktionen* zu sprechen, wenn es um die Leistungsdiagnostik in Psychologie und Psychiatrie geht. Von *Beurteilung der Leistungsfähigkeit* sprechen wir, wenn es um die Übersetzungsarbeit geht, also die psychiatrisch-psychologische Stellungnahme zur Frage, ob die vorliegende psychische Störung des Exploranden zur Einschränkung der Leistungsfähigkeit im rechtlichen Sinne geführt hat, und gegebenenfalls in welcher Form und welchem Ausmaß. Die Abweichung von der Systematik der Anwendungsgebiete nehmen wir zugunsten der Klarheit in Kauf (► Kap. 2.2.7 und 2.2.8).

Sprechen wir allgemein über die im Rahmen von Begutachtungen verfügbaren diagnostischen Zugänge, verwenden wir den Begriff *Methoden*. Damit sind sowohl sehr breite Konzepte wie Exploration, diagnostisches Interview oder Verhaltensbeobachtung gemeint, als auch die Anwendung psychologischer Tests, strukturierter Interviewverfahren oder der Einsatz von Selbstbeurteilungsfragebögen.

Letztere Untergruppe von Methoden bezeichnen wir gesamthaft als *formalisierte Instrumente*. Gemeint sind damit sämtliche diagnostische Zugänge, die durch (Teil-)Standardisierung von Durchführung, Auswertung und/oder Berichterstattung zu einem gewissen Grad formalisiert sind. Einige von ihnen führen zu messbaren Ergebnissen. In diesem Falle bezeichnen wir sie als Messinstrumente.

Nicht zu den formalisierten Instrumenten rechnen wir Verfahren, die wir verwenden, um Arbeitsvorgänge zu strukturieren und effizienter zu gestalten, wie beispielsweise das Mind Mapping. Im Gegensatz zu den zuvor beschriebenen formalisierten diagnostischen Zugängen dienen diese Methoden nicht der Diagnostik. Sie sind fachunabhängig einsetzbar, helfen Informationen zu strukturieren und sollen die Arbeit der Gutachtenden erleichtern. Entsprechend bezeichnen wir sie als *Hilfsmittel*.

Die Einführung in die Praxis gutachterlicher Tätigkeit und die Explikation impliziten Wissens bringt zur Sprache, was Gutachtende tun. Damit einher geht unvermeidlich, dass wir nach einer brauchbaren

Begrifflichkeit suchen. Wir haben versucht, neue Wortbildungen zu vermeiden. Das ist aber nicht immer möglich. Nicht vermeiden konnten wir für unsere Tätigkeit ein neues Verb einzuführen – neben dem transitiven Verb, jemanden begutachten – ein (intransitives) Verb für die gutachterliche Tätigkeit, also *gutachten* als Tätigkeitswort in Ergänzung zum Substantiv ›das Gutachten‹. Was Gutachtende tun, geht nämlich weit über das hinaus, was sie mit der Person oder auch in Anwesenheit der Person tun, die sie untersuchen.

Im Zusammenhang mit der psychiatrisch-psychologischen Untersuchung sprechen wir von der *Exploration* als dem erforschenden Gespräch oder der erforschenden Untersuchung. Was dabei geschieht, ist mehr als ein Interview, und schon gar als ein offenes Interview. Am ehesten trifft die nähere Beschreibung als fokussiertes Interview zu. Allerdings umfasst die Untersuchung auch die Verhaltensbeobachtung, die Erhebung des psychopathologischen Befundes und den Einsatz formalisierter Instrumente. Zusätzlich Einführen werden wir den Begriff *funktionsorientiertes Interview*. Wir verstehen darunter den Teil der psychiatrisch-psychologischen Untersuchung, der der Erhebung der Funktionsfähigkeit und der Funktionseinschränkungen aufgrund einer psychischen Störung dient (vgl. ► Kap. 2.1, Kap. 4.2.3 und Kap. 8.1.4).

Im klinischen Alltag werden als *objektiv* alle jene Methoden und Vorgehensweisen bezeichnet, die eine Sache, ein Untersuchungsergebnis, ein Verhalten sachlich erfassen können. In gutachterlichem Kontext werden Befunde in der Regel als objektiv angesehen, im Gegensatz zur Selbsteinschätzung des Exploranden als subjektiver Wahrnehmung oder Beurteilung. In wissenschaftlichem Kontext gehört die Objektivität zu den Grundanforderungen. Gemeint wird dabei meist eine Form der Objektivität, die sich nicht umsetzen lässt: als Erkenntnis, die gänzlich unabhängig vom erkennenden Subjekt gewonnen werden kann. Daston und Galison sprechen von mechanischer Objektivität (Daston und Galison 2007). Objektivität ist eine wissenschaftliche Kardinaltugend, allerdings nicht die einzige. Ebenso wichtig sind Wahrheit und Urteilsvermögen. Das Problem besteht darin, dass diese drei Tugenden nicht immer zur Deckung gebracht werden können. Wissenschaftliche Erkenntnis bedarf des geschulten Urteils des erkennenden Subjekts. Für die Begutachtung bedeutet dies, dass die subjektive Seite nicht ausgeklammert

werden kann. Dass dies auf Seiten der Explorandin nicht möglich ist, ist hinlänglich bekannt: Subjektive Erfahrung kann nicht objektiviert werden. Zu ihr gehören die Wahrnehmung von Schmerzen, das Erleben von Ängsten, Stimmungen, die Empfindung körperlicher Beschwerden. Sie sind in Psychiatrie und Psychologie, aber auch in der Körpermedizin unerlässliche Wegweiser, stehen sie doch am Anfang fast jeder Diagnostik. Beim Versuch der Objektivierung würde man sie zum Verschwinden bringen. Die Wahrnehmung von Schmerzen, Ängsten, körperlichen Beschwerden etc. ist nicht deshalb problematisch, weil sie nichts bedeutet, sondern weil sie vieldeutig ist. Weil die mechanische Objektivität nicht erreichbar ist, sind subjektive Aspekte auch auf Seiten der Gutachterin relevant. Ziel kann deshalb nicht sein, subjektive Aspekte auszuklammern oder zu leugnen, sondern sie zu erkennen und kritisch zu reflektieren (reflektierte Subjektivität). Von Objektivität sprechen wir deshalb, wenn das geschulte Urteil des Gutachters bei der Interpretation der Befunde, bei Beurteilungsschritten und Schlussfolgerungen offen gelegt und kritisch reflektiert wird (Riemer-Kafka, S. 103–104). Entsprechend haben wir in den Kapiteln »vor«, »während« und »nach der Untersuchung« einen Abschnitt zur Selbstreflexion eingeführt.

In der Literatur zur Begutachtung ist die sogenannte *Konsistenzprüfung* ein wichtiges Thema. Damit wird die Prüfung bezeichnet, ob Angaben oder Messergebnisse logisch übereinstimmen bzw. inhaltlich miteinander vereinbar sind. Genau genommen ist solch eine Prüfung nur möglich, wenn die jeweiligen Aussagen oder Verhaltensweisen direkt miteinander vergleichbar sind. Diese Voraussetzung aber ist oft nicht gegeben. So werden Merkmale beispielsweise auf unterschiedlichen Verhaltensebenen erfasst oder Selbstberichte und Beobachtungen einander gegenübergestellt. Abweichungen zwischen verbalen Klagen und dem beobachteten Beschwerdeverhalten können deshalb nicht automatisch als inkonsistent bewertet werden. Divergierende Aussagen eines Exploranden während der Untersuchung müssen ebenfalls nicht zwingend widersprüchlich sein. Solche als logisch inkonsistent bezeichneten Äußerungen müssen auf die jeweilige Untersuchungssituation, den Befragungskontext und die Interaktion zwischen Proband und Gutachter hin geprüft werden (Merten und Dohrenbusch 2012). Wir haben uns entschlossen, von Diskrepanzen auszugehen, nicht von der Konsistenz von Aussagen und