



Universität Regensburg



Zur Beurteilung der Testier(un)fähigkeit bei psychiatrischen Erkrankungen

**17. Jahrestagung der DGNB: Begutachtung an der
Schnittstelle zw. Neurologie und Psychiatrie**

Aachen 09.05.2015

Prof. Dr. med. Clemens Cording

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
der Universität Regensburg am Bezirksklinikum Regensburg

Thematische Eingrenzung

- Grundlegende Beurteilungskriterien
- Besonderheiten dieser Gutachtensfälle
- Methodisches und „Fallstricke“

Rechtliche Beurteilungskriterien

Zweistufiges Beurteilungsverfahren:

- 1.) lag eine **krankheitswertige psychische Störung** vor?
 - = nosologische Ebene: Krankheit, Diagnose
 - *bloße Krankheitsdiagnose (z.B. Demenz) reicht nicht*
 - *auch ICD-Schweregrade sind NICHT maßgeblich!*

- 2.) dadurch **Ausschluss der freien Willensbestimmung?**
 - = psychopathologische Ebene: Symptome, Funktionsstörungen
 - *Kernstück dieser Gutachten!*

1. Stufe:

Vorliegen einer relevanten Krankheit?

- **Rechtlicher** Krankheitsbegriff des BGB (19. Jh.!) maßgebend, *nicht* die je aktuellen Diagnosen-Klassifikationssysteme (z.B. ICD-10)
- Entscheidend: **psychopathologische Syndromdiagnose**:
z.B. Demenzsyndrom, paranoides Syndrom
- BGB-Kommentare: Es genügt eine „**krankheitswertige**“ Störung, die zum Ausschluss der freien Willensbestimmung führen **kann**.
→ Kriterium „**Krankheitswertigkeit**“: mangelnde Verfügbarkeit der normalpsychologischen biografischen Lernerfahrung.
- **De facto**: v.a. **Demenzen**, organ.Wesensänderungen, (protrah.)Delire, Psychosen, Manien, schwere Depressionen, schwere geistige Behinderung.
- **Ursachen** und genaue **DD** meist unerheblich.

2. Stufe: psychopathologische Funktionsstörungen?

Zivilrechtlich vorgegebenes Beurteilungskriterium:
„Freiheit der Willensbestimmung“

- NICHT: philosophische Frage der Willensfreiheit, sondern
- **RECHTSBEGRIFF** (BGH 1953):
„Normale Bestimmbarkeit durch vernünftige Erwägungen“
- **Letztlich** = Frei von erheblich *pathologischen* Einflüssen entscheiden und handeln können.

Faktisch besonders relevante Symptombereiche (2.Stufe):

Diagnose (z.B. Demenz) nicht hinreichend, sondern zusätzlich z.B.:

- Gedächtnisstörungen (v. a. Überblick, Zusammenhänge)
- Kognitive bzw. Denk-Störungen (z.B. wesentlich/unwesentlich)
- Wahn u. a. pathologische Realitätsverkennungen
- dysexekutive Syndrome (u. a. Planung, Antizipat. v.Konsequenzen)
- ausgeprägte Affektstörungen und/oder
- erhöhte Fremdbeeinflussbarkeit.

Letztlich:

mangelnde Einsichts-, Kritik- und Urteilsfähigkeit

1.) Gedächtnisstörungen

in der Regel kein „totaler“ Gedächtnisverlust !

- **Neugedächtnis** mehr als Altgedächtnis betroffen
- auch **Einspeichern** neuer Inhalte = **Lernfähigkeit** beeinträchtigt !
- stark **emotional** gefärbte Inhalte werden länger behalten, können aber oft nicht mehr kritisch abgewogen und relativiert werden
- Gedächtnis **lückenhaft** → Verzerrungen (auch bei **Konfabulationen**)

→ Qualitative Veränderungen des Gedächtnisses !!

- **Realistischer Überblick** über die Zusammenhänge geht verloren
- Bei Demenz i.d.R. **keine** hinreichende Einsicht in diese Defizite !
(→ Handlungsebene entscheidend!)

Besonderheiten dieser Gutachtensfälle

- 1.) **Gerichtsgutachten** zur TF sind immer **posthum!**
- 2.) **Spezielle Stichprobe**: im Vergleich zu Klinik und Praxis „**atypisch**“, weil vorgängige Selektionskriterien:
 - a) spezielles Rechtsgeschäft (Testamentserrichtung)
 - b) Verfahrensregeln und Prozessrisiko → hoch selektive Auswahl !

z.B. subkortikale + gemischte Demenzen >> Alzheimer-Typ !
z.B. dysexekutive Syndrome > Gedächtnisstörungen
- 3.) Im **Begutachtungskontext** kommt es teilweise auf **andere Symptome/Funktionsdefizite** an als in der klassischen Psychopathologie (die auf *Differentialdiagnostik* optimiert ist)
- 4.) Biologische Parameter, Ursachen und ICD-Kriterien von untergeordneter Bedeutung: **Syndromdiagnose** entscheidend

Zur Methodik der posthumer Begutachtung

Motto: → Spuren finden → Spuren lesen
→ „Mosaik“ zu Gesamtbild zusammensetzen

- 1.) Fachkundige **Ermittlung** der relevanten Anknüpfungstatsachen
→ ggf. anregen bei **Gericht** bzw. nur nach Absprache!
- 2.) Fachkundige **Bewertung** der Dokumente und Zeugenangaben
(einschließlich *fachlicher* Plausibilität)
- 3.) für Beweiswürdigung (Glaubhaftigkeit) → **Gericht** zuständig!!
Cave: pauschale Nichtberücksichtigung der Angaben von Beteiligten ist unzulässig
- 4.) Forensisch-psychiatrische **Schlussfolgerungen** im Hinblick auf die Gutachtensfrage gem. rechtlich vorgegebenen **Kriterien**.

Nützliche Informationsquellen

- **Vorgutachten** mit Angaben zum psychischen Befund
 - **Betreuungs-, Pflegeversicherungs-, Fahreignungs-Gutachten** etc.
- **Ärztliche und pflegerische Dokumentationen**
 - KGs **vollständig** einsehen → ungefilterte, konkrete Details!
 - auch Heim- und Pflegeberichte, Hausarzt-Karteikarten etc.
- **Zeugenaussagen** (oft **fachliche** Bewertung nötig → nächste Folie!)
- **Psychologische Testverfahren, technische Zusatzuntersuchungen:**
 - **cave:** „Ausschluss“ oder „Beleg“ einer Demenz mit Kurztests (z.B. **MMST**)
 - **cave:** Überbewertung von technischen Befunden wie CCT, MRT, Labor, bzw. deren **Fehlen** !

Psychiatrische Beurteilung von Zeugenaussagen

- **Typisch:** konkrete Angaben über **Defizite** (z.B. Wahn, Kritiklosigkeit)
versus: „So wie immer“, „normal unterhalten“, „nicht verwirrt“,
„*altersentsprechend* unauffällig“, „*für ihr Alter* erstaunlich fit“.
Pathologische Befunde haben größeres Gewicht als „unauffällige“.
- selbst **grobe Defizite** werden oft nicht erkannt - „**Altersbonus**“ und **gute Fassade** bei üblichem Small-talk ohne „unangenehme“ Fragen.
- „**Widersprüche**“ oft nur **scheinbar:** dass jemand sich an *irgendetwas* erinnern konnte, spricht nicht gegen relevante Gedächtnisstörungen.
- Angaben von **Notaren, Hausärzten** usw. sind nicht *grundsätzlich* aussagekräftiger als die anderer psychiatrischer Laien.
- **Konkrete, beobachtungsnahe** Beschreibungen haben größeres Gewicht als pauschale Einschätzungen oder gar rechtliche **Schlussfolgerungen !**

Weiterführende Literatur

Cording C., Nedopil N. Psychiatrische Begutachtungen im Zivilrecht.
(Hrsg.) Ein Handbuch für die Praxis.
Pabst Science Publ., Lengerich **2014**

Habermeyer E., Saß H. Ein am Willensbegriff ausgerichteter,
symptomorientierter Ansatz zur
Prüfung der Geschäftsfähigkeit.
Fortschr. Neurol. Psychiat. **2002**; 70:5-10