



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 posthumen 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