

# Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen: Aggravation und Simulation

## **Prof. Dr. med. V. Köllner**

Fachklinik für Psychosomatische Medizin,  
Mediclin Bliestal Kliniken, Blieskastel  
und

Universitätskliniken des Saarlandes,  
Homburg/Saar

[koellner@bliestal.mediclin.de](mailto:koellner@bliestal.mediclin.de)

## **Dr. med. Beate Grunner**

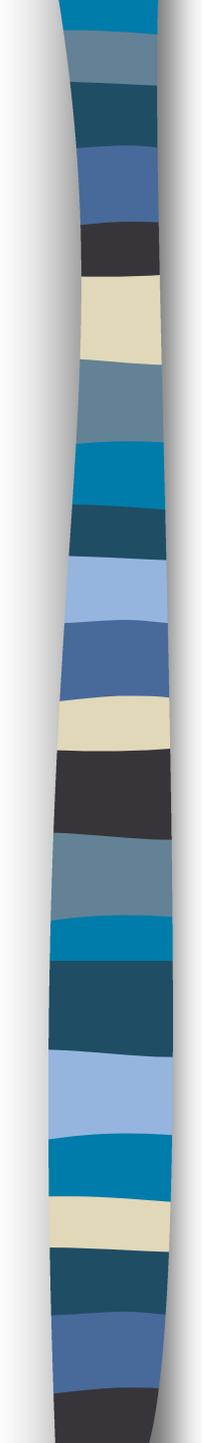
FÄ für Psychosomatische Medizin  
und Psychotherapie, Weimar &

AG Begutachtung der Interdiszi-  
plinären Gesellschaft für Psycho-  
somatische Schmerzbehandlung

# Mediclin Bliestal Kliniken, Blieskastel

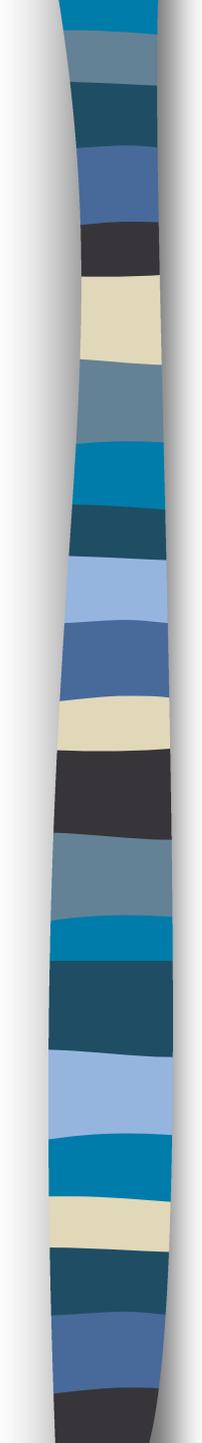


- Fachkliniken für Innere Medizin, Orthopädie & Rheumatologie und Psychosomatische Medizin
- 150 voll- sowie 50 teilstationäre und ambulante Behandlungsplätze in der Psychosomatik. Schwerpunkte: Somatoforme Schmerzstörung & Fibromyalgie, Chronischer Schmerz, Angststörungen und PTSD, arbeitsplatzbezogene Störungen
- enge Kooperation mit der Uniklinik Homburg in Forschung, Lehre und Patientenversorgung
- Sozialmedizinische Begutachtung im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung, der BG und von Sozialgerichten



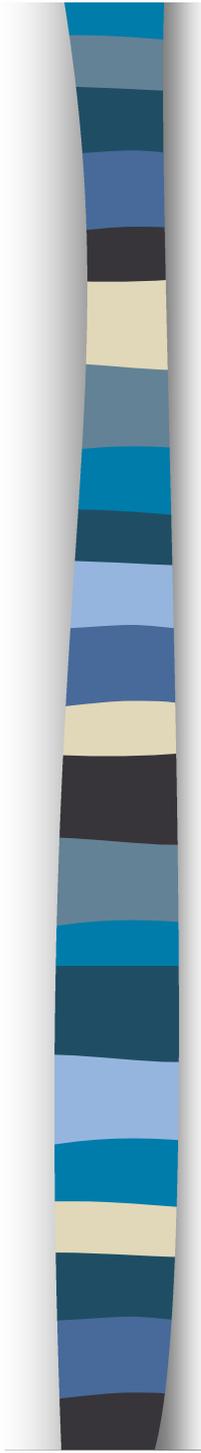
## „Versichertsein“

- führt zu größeren Beschwerden, verlängerter Arbeitsunfähigkeit bzw. erhöhter EU
- vgl. von Klienten nach Unfällen; Schädeltrauma mit und ohne private Berufsunfähigkeits- Zusatzversicherung
- HWS- Schleudertrauma: in Litauen sind diese Beschwerden nicht versichert - es gibt diese Problematik nicht



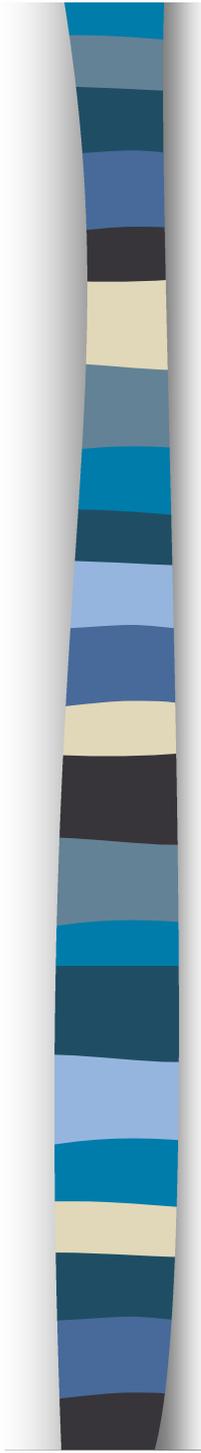
# Simulation/ Aggravation?

- Unklare Begriffsdefinition
- Gebrauch von „Simulation“ für spontan nicht nachvollziehbare Beschwerden in unterschiedlichsten Kontexten
- Aggravation häufig von Gutachtern beschrieben - hohe Subjektivität
- Abgrenzung von somatoformen und artifiziellen Störungen



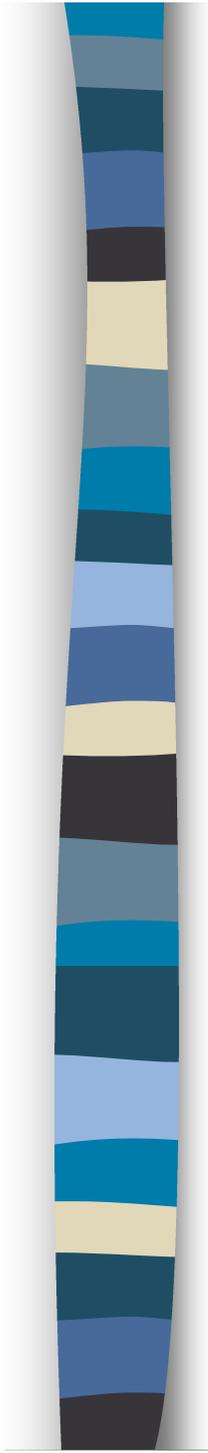
# Simulation

- Definition: Bewusstes, absichtliches, gesteuertes Vortäuschen von Schmerzen zu klar erkennbaren Zwecken.
- Simulation ist ein Verhalten, keine Störung
- Simulation ist auch eine Leistung - je nach Differenziertheit lässt diese auf ein hohes Leistungsniveau schließen



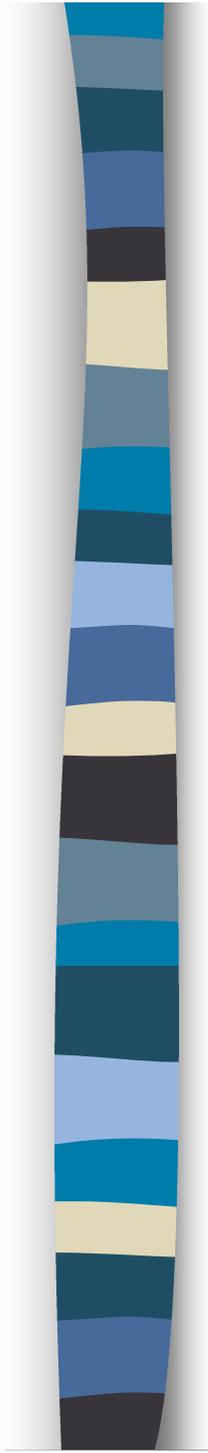
# Aggravation

- Willentliche, bewusst verschlimmernde Darstellung bestehender Beschwerden zu erkennbaren Zwecken
- vermutlich sehr häufig vorkommend (20- 40 %)
- abhängig von Persönlichkeitsstruktur, Gutachtenerfahrung; Vorbereitung der Klienten
- Einschätzung und Ausmaß abhängig vom Erfahrung, Krankheits- bzw. Störungsmodell des Gutachters;



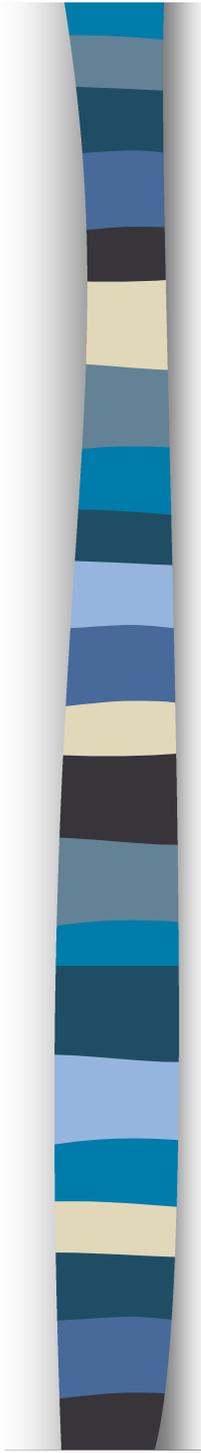
# Verdeutlichung

- „glaubhaft“ vorhandene Beschwerden werden verstärkt dargestellt
- Schmerzen und Einschränkungen werden z. B. sehr detailliert beschrieben
- in der Gutachtensituation eher adäquates Verhalten
- Diagnostisches Kriterium für Somatisierung



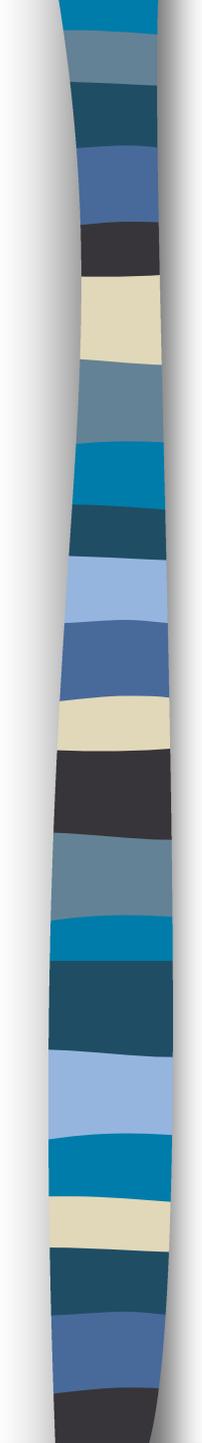
# Dissimulation

- Vorhandene Beschwerden werden heruntergespielt/verschwiegen
- krankheitsimmanent z. B. bei Psychosen, Demenz, Alkoholabhängigkeit
- Herunterspielen psychischer Beschwerden bei somatoformer Schmerzstörung (Komorbidität!)
- Angst vor Stigmatisierung
- Erreichen bestimmter Ziele (z. B. Gesundheitszeugnis)



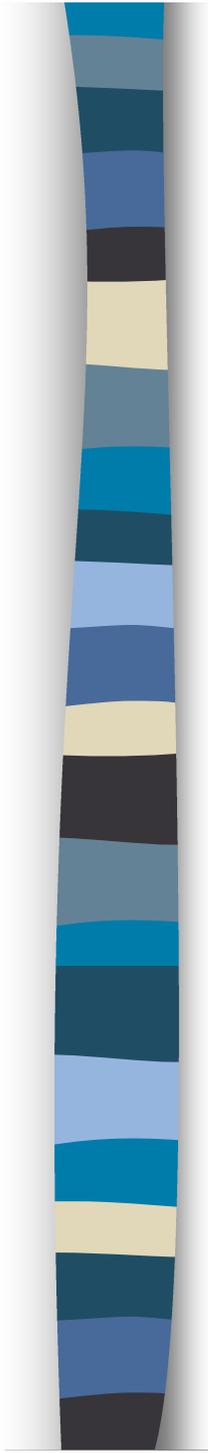
# Symptome ohne Befund: Die Bedeutung der Motivation

- Simulation:  
Symptombildung: Bewusst;  
Motivation: Bewusst
- Artifizielle Störung:  
Symptombildung: Bewusst;  
Motivation: Unbewusst
- Somatoforme Störung:  
Symptombildung: Unbewusst;  
Motivation: Unbewusst



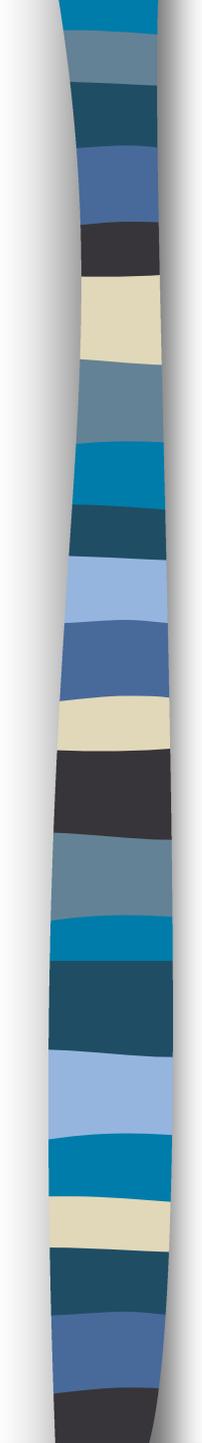
...aber

- wie lässt sich bewusste von unbewusster Motivation und damit legitimes von vorgetäuschem Leiden unterscheiden?
- wie definiert sich „zumutbare Willensanspannung“, mit der ein Symptom ggf. überwunden werden kann?



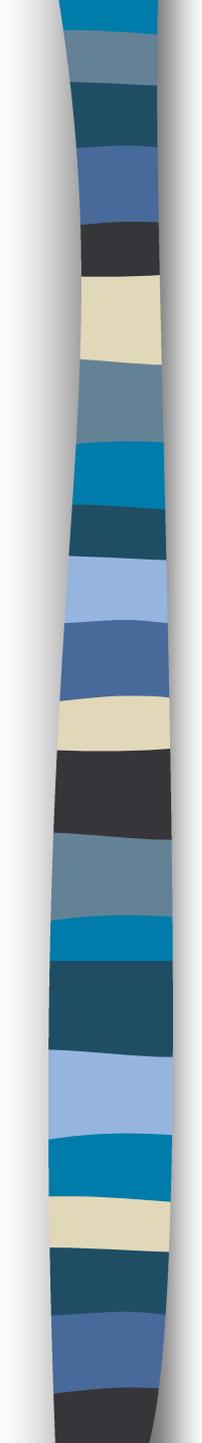
## Problem: subjektive Krankheitstheorie

- Patienten kämpfen um somatische Ursache ihres Krankheitsbildes : MCS statt somatoformer Störung
- Kampf um Rente kann auch Kampf um Anerkennung der Glaubhaftigkeit des eigenen Leidens sein
- Eine wertschätzende gutachterliche Position kann hier klärend wirken: Anerkennung des subjektiven Leidens getrennt von sozial-medizinischer Beurteilung



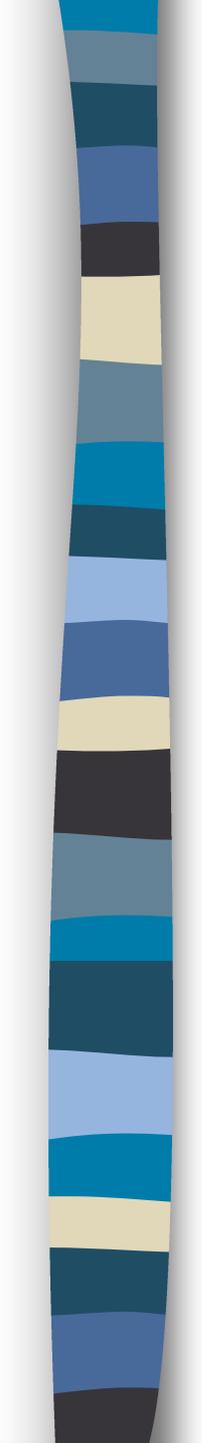
## Hinweise auf Simulation/ Aggravation:

- ✓ Präsentation von Symptomen in ungewöhnlicher Kombination
- ✓ Jedes erfragte Symptom wird bestätigt
- ✓ Langsames, zögerliches Sprechen
- ✓ Fehlen der affektiven Komponente (Cave!)
- ✓ Vage, nicht bindende Antworten
- ✓ Symptom wird in großer Intensität geschildert, nicht im Detail - z.B. stärkste, nicht modulierbare Schmerzen
- ✓ wenig Details bezüglich bisherigem Krankheitsverlauf und Behandlungen



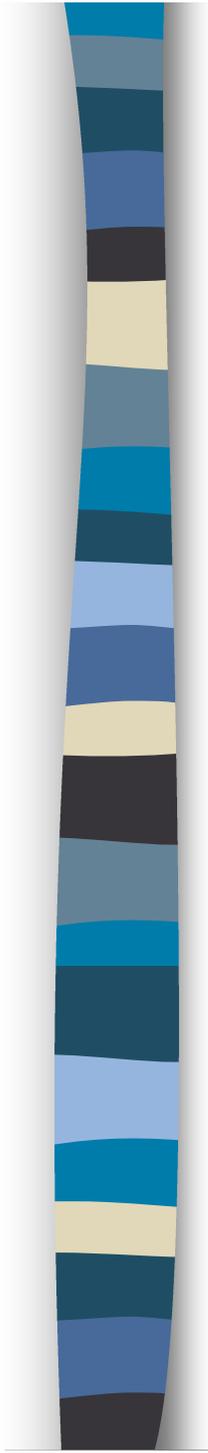
## Hinweise auf Simulation/ Aggravation:

- ✓ Diskrepanz zu fremdanamnестischen Angaben
- ✓ Leugnung von operanten Bedingungen
- ✓ Deutliche Diskrepanzen in Verhaltensbeobachtung und Bericht (z. B. PTB)
- ✓ Auffälligkeiten/Unstimmigkeiten in der Testdiagnostik (z. B. stärkste Schmerzen ohne psychische Beeinträchtigung)
- ✓ außergewöhnliches materielles Motiv
- ✓ Trotz Betonung von Leidensdruck bisher kaum dokumentierte Behandlungsversuche



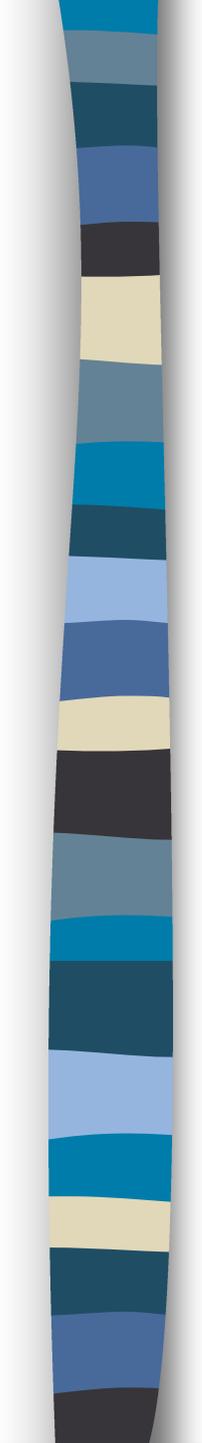
# Hinweise auf somatoforme Störung

- Beschwerden sind klinisch plausibel ableitbar (biographische RF, Auslösung, Aufrechterhaltung)
- adäquate Inanspruchnahme von Therapie dokumentiert
- psychische Komorbidität (ggf. anamnestisch)
- konsistentes Muster der Beschwerdeauswirkungen auf Aktivität und Teilhabe



# Verhaltensbeobachtung

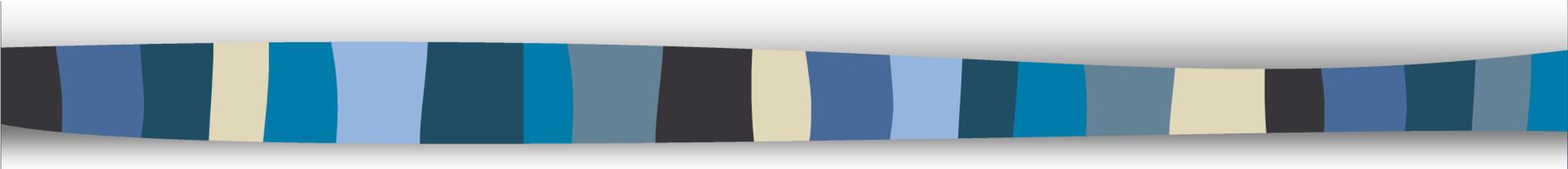
- Überprüfung von Gesagtem und Erlebtem
  - (Inhalt // Affekt // Körperreaktionen // Verhalten)
- Cave: Unbeeinträchtigte Verhaltensweisen in unerwarteten Kontexten sind kein Hinweis auf Simulation. Es wird lediglich eine organische Ursache ausgeschlossen
- Bei Diskrepanz : Nachfragen!
- Verlaufsbeobachtung (2. Termin oder stationäre Begutachtung)



# Diagnostische Möglichkeiten

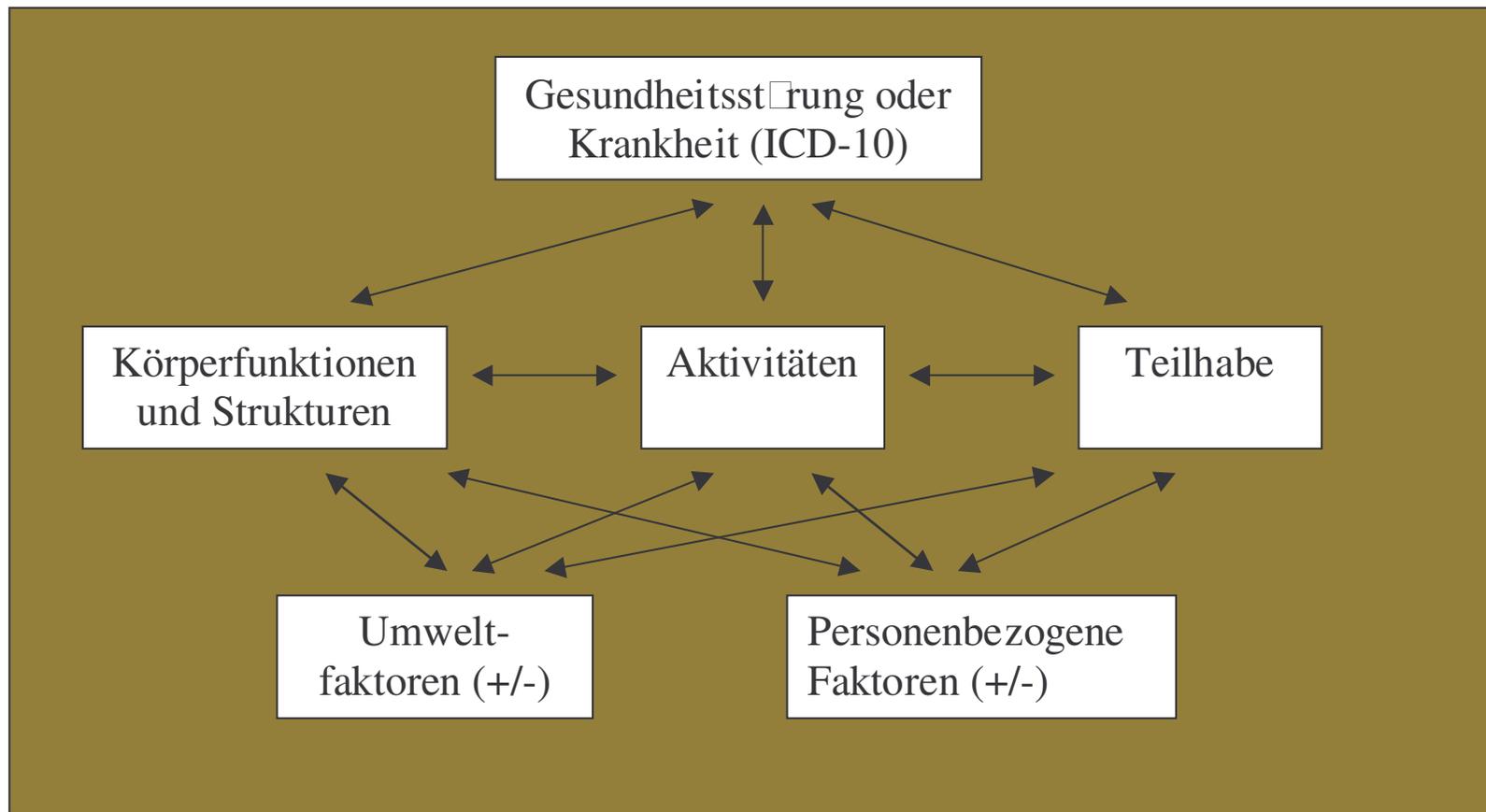
- Verhaltensbeobachtung
- Schmerztagebücher
- Aktivitätenliste
- Fremdanamnese
- Medikamentenspiegelbestimmung
- Testpsychologische Untersuchungen
  - Leistungstests;
  - Symptomvalidierungstests

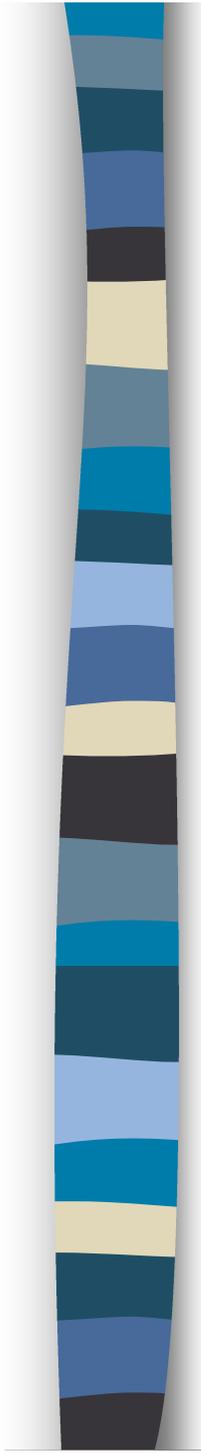
aber:



Absolute diagnostische  
Sicherheit ist letztlich nicht  
zu erreichen!

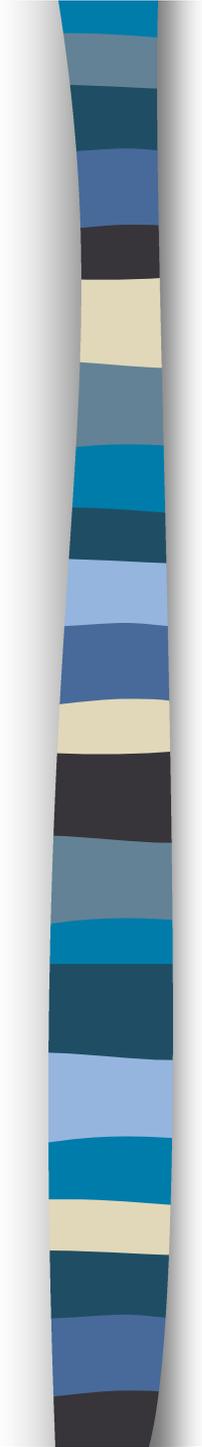
# Ausweg ICF:





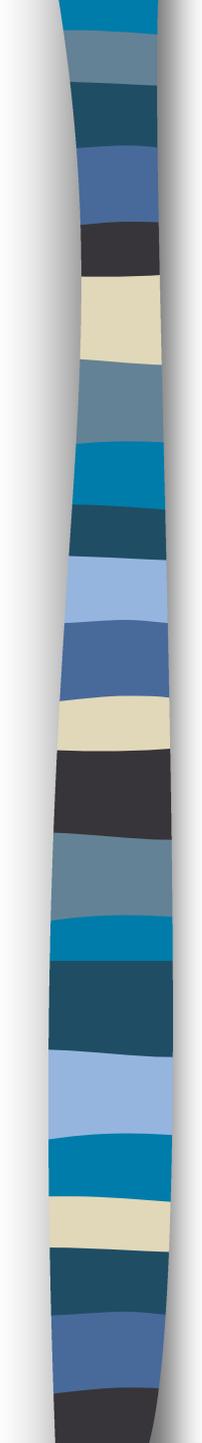
# ICF-orientierte Begutachtung

- Keine Begutachtung alleine aufgrund der Beschwerdeschilderung
- Erfassung der Beeinträchtigung von Aktivität und Teilhabe möglichst mehrdimensional
- Hierauf aufbauend Einschätzung des Schweregrades der Erkrankung



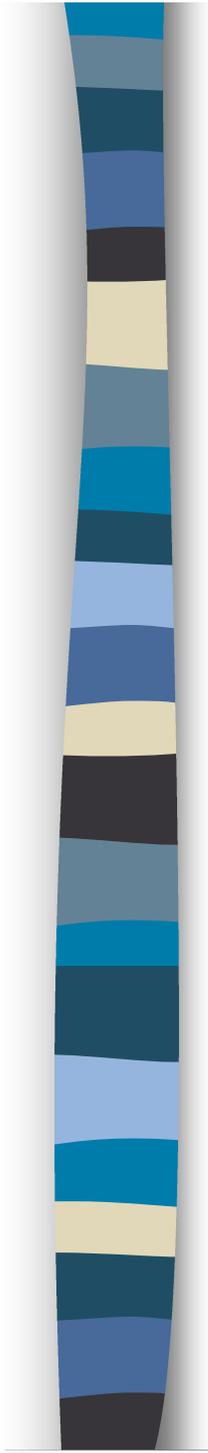
# Fazit

- Definitive Unterscheidung Simulation / somatoforme Störung anhand eines einzigen Parameters nicht möglich
- Erstellen eines möglichst stimmigen Gesamtbildes aus unterschiedlichen Datenquellen
- Beeinträchtigung von Aktivität und Teilhabe als Beurteilungsgrundlage
- Klinische Erfahrung mit somatoformen Störungen ist hierbei sehr hilfreich.



# Literatur

- Dohrenbusch (2007): „Begutachtung somatoformer Störungen und chronifizierter Schmerzen“
- Schneider/ Henningsen/ Rüger (2001): Sozialmedizinische Begutachtung in der Psychosomatik und Psychotherapie
- Vollmoeller/ Vollmoeller (2004): „Grenzwertige psychische Störungen“
- Widder/ Gaidzik (2006): „Neurologische Begutachtung“



# Information für Betroffene:

Zur Anzeige wird der QuickTime™  
Dekompressor „TIFF (Unkomprimiert)“  
benötigt.

- [www.rentenburo.de](http://www.rentenburo.de)  
(Internet- chat: der rechtsanwalt,  
Herr ... ist ein ganz netter mensch,  
der schon vielen geholfen hat und  
auch ein merkblatt herausgegeben  
hat, wo wirklich hilfreiche dinge  
stehen, wie z.B. verhalte ich mich  
beim Gutachter...).
- [www.krank-feiern.org](http://www.krank-feiern.org)

Vielen Dank für Ihre  
Aufmerksamkeit!

