

Diagnostik der Beschwerdengültigkeit: Praktische Gesichtspunkte und medizinische Erfordernisse*

S. S. Bush, R. M. Ruff, A. I. Tröster, J. T. Barth, S. P. Koffler, N. H. Pliskin, C. R. Reynolds, C. H. Silver
National Academy of Neuropsychology (USA), Policy and Planning Committee

Zusammenfassung

Eine Aggravation oder Vortäuschung von Beschwerden tritt bei einer qualifizierten Minderheit von neuropsychologisch Untersuchten auf, mit einer höheren Prävalenz im Kontext von Begutachtungen. Eine angemessene Diagnostik der Validität gemachter Angaben ist unabdingbar, um eine möglichst hohe Sicherheit zu erreichen, sowohl was die Ergebnisse von neurokognitiven und Persönlichkeitstests als auch was die Diagnosen und die aus den Ergebnissen abgeleiteten Empfehlungen betrifft. Die Diagnostik der Beschwerdengültigkeit kann spezifische Tests, Indizes und Beobachtungen umfassen. Wie die Beschwerdengültigkeit diagnostisch erfasst wird, kann kontextabhängig verschieden ausfallen, dabei muss jedoch stets eine gründliche Analyse kultureller Faktoren erfolgen. Die Diagnostik der Beschwerdengültigkeit als Bestandteil einer medizinisch erforderlichen Untersuchung kann aus medizinischer Sicht notwendig sein. Wenn der Neuropsychologe es für die Diagnostik der Beschwerdengültigkeit als notwendig erachtet, ist auch die Verwendung spezifischer Beschwerdengültigkeitstests medizinisch erforderlich.

Schlüsselwörter: Simulation, Beschwerdengültigkeitstestung, medizinische Erfordernis, Neuropsychologische Diagnostik

Symptom validity assessment: Practice issues and medical necessity

S. S. Bush, R. M. Ruff, A. I. Tröster, J. T. Barth, S. P. Koffler, N. H. Pliskin, C. R. Reynolds, C. H. Silver

Abstract

Symptom exaggeration or fabrication occurs in a sizable minority of neuropsychological examinees, with greater prevalence in forensic contexts. Adequate assessment of response validity is essential in order to maximize confidence in the results of neurocognitive and personality measures and in the diagnoses and recommendations that are based on the results. Symptom validity assessment may include specific tests, indices, and observations. The manner in which symptom validity is assessed may vary depending on context but must include a thorough examination of cultural factors. Assessment of response validity, as a component of a medically necessary evaluation, is medically necessary. When determined by the neuropsychologist to be necessary for the assessment of response validity, administration of specific symptom validity tests are also medically necessary.

Key words: malingering, symptom validity testing, medical necessity, neuropsychological assessment

© Hippocampus Verlag 2006

Einleitung

Klinische Neuropsychologen stehen in der Verantwortung, Aussagen über die Validität der Informationen und der Testdaten zu treffen, die in neuropsychologischen Untersuchungen gewonnen werden. Wie derartige Aussagen formuliert werden, kann je nachdem, in welchem Kontext

eine Untersuchung durchgeführt wurde, sehr unterschiedlich ausfallen. Die Zahl an Veröffentlichungen zur Diagnostik der Beschwerdengültigkeit ist in den letzten Jahren erheblich angewachsen. Dabei ist offenbar die Entwicklung von Maßen, Indizes und anderen Strategien zur Beurteilung der Beschwerdengültigkeit schneller vorangekommen als die Entwicklung professioneller Leitlinien, die deren Rolle im

*Die Quelle des Originaltextes lautet: Bush SS, Ruff RM, Tröster AI, Barth JT, Koffler SP, Pliskin NH, Reynolds CR, Silver CH: Symptom validity assessment: Practice issues and medical necessity. NAN Policy & Planning Committee. Archives of Clinical Neuropsychology 2005; 20: 419-426
© National Academy of Neuropsychology, 2005

diagnostischen Urteilsprozess klären. Der vorliegende Artikel verfolgt folgende Zielsetzung: Erstens soll der gegenwärtige Stand der neuropsychologischen Diagnostik der Beschwerdenvalidität kurz zusammengefasst werden. Zweitens werden Empfehlungen zur adäquaten Diagnostik der Beschwerdenvalidität formuliert. Drittens schließlich sollen Kenntnisse sowohl über den wesentlichen Charakter der Diagnostik der Beschwerdenvalidität als auch über die medizinische Erfordernis der Beschwerdenvalidierungstestung bei einer Reihe von diagnostischen Fragestellungen an Personen vermittelt werden, die sich für neuropsychologische Methoden und Prozeduren interessieren.

Definitionen

Bei der Interpretation von Informationen und Testdaten aus einer neuropsychologischen Untersuchung ist primär zu bestimmen, ob die Informationen und die Daten gültige Indikatoren für das Verhalten und die zerebrale Integrität eines Patienten sind. Genauer gesagt geht es darum, ob die untersuchte Person eine vollständige und genaue Schilderung der Beschwerden und der Anamnese geliefert hat und ob sie während der Tests in angemessener Weise leistungsmotiviert gewesen ist. Valide Informationen und Daten werden in der Regel ohne Umschweife berichtet. Zur Beschreibung ungültiger Informationen und Testdaten sind dagegen in der neuropsychologischen Literatur verschiedenste Begriffe verwendet worden. Einige dieser Begriffe setzen den Akzent auf die durch den Untersuchten selbst gemachten Angaben oder die Verhaltensbeobachtung, während andere auf potentielle Ursachen fokussieren, die einer ungültigen Leistung zugrunde liegen. Die unten aufgelisteten Begriffe wurden dazu herangezogen, Maße und Prozeduren zu beschreiben, die zur Beurteilung der Validität der Antworten einer untersuchten Person benutzt werden. Wenn auch in einzelnen Veröffentlichungen die Begriffsbestimmungen unterschiedlich ausfallen können, werden im vorliegenden Artikel die folgenden Definitionen benutzt:

- Beschwerdenvalidität (»symptom validity«) – die Genauigkeit oder Glaubwürdigkeit der im Verhalten der untersuchten Person gezeigten Symptome, der selbstberichteten Beschwerden (einschließlich deren Ursache und Verlauf) oder der Leistung in neuropsychologischen Verfahren.
- Antwortverzerrung (»response bias«) – das Bemühen, den Untersucher durch ungenaue oder unvollständige Antworten bzw. unzureichende Anstrengungsbereitschaft zu täuschen.
- Anstrengungsbereitschaft oder Leistungsmotivation (»effort«) – die Bereitschaft, Leistungen zu zeigen, die dem Fähigkeitsniveau der Person entsprechen. Wenngleich Diskussionen über die Diagnostik der Leistungsmotivation (»effort testing«) dies häufig nicht im Detail ausführen, bezieht sich dieser Begriff auf die Anstrengungsbereitschaft des Untersuchten, gut abzuschneiden; einen Leistungsmotivationstest bestehen heißt also, in diesem Test gute Leistungen zu zeigen.

- Simulation (»malingering«) – die zielgerichtete Präsentation vorgetäuschter oder übertriebener Beschwerden, die durch externe Anreize motiviert ist. Obwohl Beschwerdenvalidierungstests üblicherweise Simulationstests genannt werden, ist die Simulation nur eine der möglichen Ursachen für ungültige Testleistungen.
- Dissimulation (»dissimulation«) – die absichtliche Verzerrung oder falsche Darstellung von Beschwerden. Dies kann durch Übertreibung oder Untertreibung real vorhandener Beschwerden geschehen mit dem Ziel, anders zu erscheinen, als man wirklich ist.

Die Begriffe »Diagnostik« und »Testung« sind zur Beschreibung des diagnostischen Urteilsprozesses herangezogen worden. Im Rahmen dieses Artikels bezieht sich »Diagnostik« auf alle Methoden und Prozeduren, die ein Kliniker zur Bestimmung der Beschwerdenvalidität heranzieht, während Testung lediglich auf einen psychometrischen Ansatz zur Beurteilung der Beschwerdenvalidität bezogen ist [9]. Für die Zwecke dieses Artikels sollen die beiden Begriffe »Diagnostik der Beschwerdenvalidität« und »Beschwerdenvalidierungstests/-testung« (BSV) verwendet werden.

Ziel der Diagnostik der Beschwerdenvalidität

Eine Vielzahl von Faktoren kann die Validität der Informationen und Testdaten beeinträchtigen, die im Laufe einer neuropsychologischen Untersuchung gewonnen werden. Beispiele dafür sind die Aussicht auf einen persönlichen Vorteil (Simulation), eine artifizielle Störung, ein Widerstand gegen die Untersuchung oder die Anwesenheit klinischer Faktoren, die eine erfolgreiche Mitarbeit in einer neuropsychologischen Untersuchung behindern können. Um mit größtmöglicher Sicherheit in der Lage zu sein, die Ergebnisse von Verfahren, die kognitive Leistungen und/oder Persönlichkeitseigenschaften oder die Stimmung erfassen, korrekt zu interpretieren, muss gewährleistet sein, dass die untersuchte Person in den Aufgaben mit angemessener Leistungsanstrengung gearbeitet und gestellte Fragen aufrichtig beantwortet hat. Die Diagnostik der Beschwerdenvalidität ist der Prozess, der die Beantwortung der Frage, ob dies der Fall ist, gestattet.

Neben der Ausweitung oder Vortäuschung von Beschwerden gibt es Situationen, in denen eine untersuchte Person absichtlich Beschwerden bagatellisiert oder verleugnet [5]. Während das Vorhandensein neuropsychologischer Defizite für manche Personen zu einem persönlichen Vorteil führen kann, kann ihr Vorliegen für andere Personen Konsequenzen haben, deren Vermeidung sie anstreben. So wird beispielsweise eine neuropsychologische Untersuchung, die auf eine Beurteilung der Entscheidungsfähigkeit abzielt, unmittelbar die unabhängige Lebensführung einer Person beeinflussen. Zur Vermeidung eines Verlusts an Selbstbestimmung kann es vorkommen, dass Patienten ein inadäquat positives Bild von sich liefern. Auch dies stellt eine Form von mangelnder Beschwerdenvalidität dar. Ob-

wohl hier weniger die Testleistungen betroffen sind, kann eine ungültige Beschwerdenschilderung das Ergebnis der Untersuchung beeinflussen und muss deshalb diagnostisch erfasst werden.

Zusammengefasst ist die Diagnostik der Beschwerdvalidität ein unabdingbarer Bestandteil einer neuropsychologischen Untersuchung. Der Kliniker sollte eine eingehende Begründung dafür liefern können, wenn er sich entschließt, keine Diagnostik der Beschwerdvalidität als Bestandteil einer neuropsychologischen Untersuchung vorzunehmen.

Methoden zur Diagnostik der Beschwerdvalidität

Wie die Beschwerdvalidität diagnostisch erfasst wird, kann in Abhängigkeit vom Kontext verschieden ausfallen. Die Diagnostik der Beschwerdvalidität kann spezifische Tests, Indizes und Beobachtungen beinhalten, muss aber nicht immer Tests einschließen, die zur Beurteilung der Beschwerdvalidität entwickelt wurden. Im folgenden sind übliche Methoden zur Diagnostik der Beschwerdvalidität aufgeführt [8, 13, 14, 16].

Konsistenz

Die Konsistenz der Informationen, die aus Exploration, Beobachtungen und/oder Testergebnissen gewonnen wurden, kann zur Bestimmung der Beschwerdvalidität beitragen. Die folgenden Inkonsistenzen können eine Verzerrung oder Vortäuschung von Beschwerden signalisieren:

- a) eigenanamnestische Angaben, die mit der dokumentierten Anamnese inkonsistent sind
- b) selbstgeschilderte Beschwerden, die mit bekannten Mustern zerebraler Funktionen inkonsistent sind
- c) selbstgeschilderte Beschwerden, die mit Verhaltensbeobachtungen inkonsistent sind
- d) selbstgeschilderte Beschwerden, die mit Informationen aus zuverlässigen anderen Quellen (fremdanamnestischen Daten) inkonsistent sind
- e) im Widerspruch zu dem in psychometrischen Tests gezeigten Leistungsniveau stehende selbstberichtete Beschwerden oder deren Fehlen

Leistungen in neurokognitiven Tests

- a) Mit einer Simulation zu vereinbarende Werte in empirisch ermittelten Indizes, die aus den Leistungen in Fähigkeitstests berechnet werden
- b) Leistungsmuster in Fähigkeitstests, die auf ein ungültiges Antwortverhalten hinweisen
- c) Inkonsistenzen zwischen Testergebnissen und den bekannten Mustern zerebraler Funktionen
- d) Inkonsistenzen zwischen Testergebnissen und beobachtetem Verhalten
- e) Inkonsistenzen zwischen Testergebnissen und zuverlässigen fremdanamnestischen Angaben
- f) Inkonsistenzen zwischen Testergebnissen und dokumentierter Hintergrundinformation

Antworten in Selbstbeurteilungsverfahren

Klare Hinweise auf übertriebene oder erfundene Probleme können sich aus den ursprünglichen und den in neuerer Zeit entwickelten Validitätsskalen von Selbstbeurteilungsverfahren wie dem MMPI-2 ergeben.

Beschwerdvalidierungstests

Eine Leistung unterhalb festgelegter Trennwerte in einem oder mehreren gut validierten Tests, die zur Messung von Aggravation und Vortäuschung kognitiver Störungen entwickelt wurden, legt eine unzureichende Leistungsanstrengung nahe.

Zwangswahlverfahren

Wenn in einem oder mehreren Zwangswahlverfahren für das Gebiet kognitiver Funktionen Leistungen erreicht werden, die statistisch signifikant unterhalb des Zufallsniveaus liegen, zeigt dies ein verzerrtes Antwortverhalten an.

Es ist deutlich geworden, dass Neuropsychologen Zugriff auf eine Reihe von Methoden und Prozeduren haben, um die Validität der Antworten und Leistungen einer untersuchten Person zu bestimmen. Nicht möglich ist vorab eine Bestimmung, welche spezifischen Methoden oder Prozeduren in einem speziellen Fall ungültige Angaben oder Leistungen widerspiegeln werden. Auf der Grundlage der individuellen Umstände der jeweiligen Untersuchung (einschließlich der Veranlassung für die Untersuchung sowie spezifischer Merkmale der Situation und der untersuchten Person) bestimmt der Kliniker die Art und Weise, wie eine Beurteilung der Validität der Angaben vorgenommen wird.

Ungültiges Antwort- oder Leistungsverhalten stellt kein dichotomes Phänomen dar. Untersuchte Personen können ihre Leistungen auf einem Kontinuum von uneingeschränkter Anstrengungsbereitschaft und Aufrichtigkeit bis zu deren vollständigem Fehlen variieren. In ähnlicher Weise können Anstrengungsbereitschaft und Aufrichtigkeit innerhalb einer Untersuchung zwischen verschiedenen Zeitpunkten variieren. Untersuchte Personen können versuchen, den Diagnostiker bezüglich kognitiver und/oder emotionaler Beschwerden zu täuschen. Bei sehr erfahrenen Probanden ist gewöhnlich eine Herangehensweise erforderlich, die auf multiple Methoden zu multiplen Messzeitpunkten zurückgreift, um zu einem hinreichenden Verständnis zu gelangen, was die Validität der individuellen Beschwerden und Leistungen betrifft. Die Verwendung mehrerer BVT liefert im allgemeinen nicht-redundante Informationen zur Glaubwürdigkeit des Untersuchten [12]. Zur Erreichung einer höchstmöglichen Genauigkeit bei der Bestimmung der Validität des Antwortverhaltens sind Kenntnisse über die Klassifikationsgüte der benutzten BVT von außerordentlicher Wichtigkeit [4].

Untersuchungskontexte

Begutachtung

Das Potential für die Vortäuschung oder Aggravation von Beschwerden ist bei Begutachtungsfragestellungen höher als in vielen klinischen Kontexten [8, 11]. Da von einer erhöhten Motivation zur Täuschung des Untersuchers auszugehen ist, stehen Neuropsychologen in der Verantwortung, eine besonders umfangreiche Diagnostik der Beschwerdvalidität vorzunehmen. Wenngleich es Einzelfälle geben mag, in denen der Einsatz spezifischer Beschwerdvalidierungstests in einem Gutachtenkontext nicht angezeigt ist, bedürfte es einer Begründung, wenn nicht wenigstens ein Beschwerdvalidierungstest verwendet und/oder Tests mit integrierten Beschwerdvalidierungsindikatoren benutzt werden. Entsprechend stellte *Iverson* [6] im Kontext der Gutachtenpraxis fest: »Any neuropsychological evaluation that does not include careful consideration of the patient's motivation to give their best effort should be considered incomplete« (S. 138).**

Klinische Fragestellungen

Das Wesen der klinischen Anwendungspraxis unterscheidet sich erheblich zwischen einzelnen Konstellationen und kann innerhalb gleicher Konstellationen zwischen verschiedenen Personen variieren. Obwohl für gewöhnlich in klinischen Kontexten die Motivation zur Täuschung des Untersuchers geringer ist als in Begutachtungssituationen, ist doch die Möglichkeit ungültigen Leistungsverhaltens infolge einer zielgerichteten oder nicht beabsichtigten Aggravation oder Vortäuschung auch hier gegeben. In bestimmten klinischen Kontexten, die *zum Zeitpunkt der Untersuchung* noch keine vorhersehbare gutachterliche Relevanz haben mögen (etwa wenn zur Rehabilitationsplanung das Ausmaß der Behinderung bestimmt wird), kann das Potential für Verzerrungstendenzen in Richtung Simulation dem nahekommen, das im Begutachtungskontext auftritt. Selbst untersuchte Personen mit einer gut dokumentierten Hirnverletzung können größere neuropsychologische Beeinträchtigungen präsentieren, als sie tatsächlich infolge der Verletzung erlitten.

Obwohl die Verwendung von BVT in klinischen Kontexten vielleicht nicht immer indiziert ist [10], wie dies zum Beispiel bei einer Reihe von Patienten der Fall ist, die rund um die Uhr betreut werden müssen, ist der Einschluss solcher Instrumente in die neuropsychologische Untersuchung im allgemeinen bei Entscheidungen zur Validität von Patientenleistungen hilfreich. Neuropsychologen, die im klinischen Bereich arbeiten, müssen die Beschwerdvalidität in einer Weise beurteilen, die unter den gegebenen Umständen und unter Beachtung der spezifischen Einzelheiten der jeweiligen Untersuchung angemessen ist.

** Eine jede neuropsychologische Diagnostik, die keine sorgfältige Erörterung der Leistungsmotivation eines Patienten beinhaltet, muss als unvollständig angesehen werden.

Beschwerdvalidierungstestung: Vorgehensweisen und Interpretation

Wenngleich es die Mannigfaltigkeit der neuropsychologischen Anwendungspraxis verbietet, sich allgemeingültigen Richtlinien zur Auswahl, Anwendung und Interpretation von BVT unterzuordnen, können doch allgemeine Empfehlungen formuliert werden, die sich auf die übliche Anwendungspraxis von Neuropsychologen mit Sachkenntnis auf diesem Gebiet stützen (z. B. [6, 15]).

Prozeduren

- a) Halten Sie Schritt mit den Trends in der Literatur zur Diagnostik der Beschwerdvalidität.
- b) Gehen Sie die Diagnostik der Beschwerdvalidität eigeninitiativ an.
- c) Treffen Sie eine Aussage dazu, ob kognitive, psychiatrische und/oder Verhaltenssymptome bagatellisiert werden.
- d) Nutzen Sie einen multimethodalen Ansatz. Dabei ist zwischen einem multimethodalen Ansatz und einem Ansatz, der multiple Tests verwendet, zu unterscheiden. Während der Einsatz multipler Tests in manchen Fällen zu einer ansteigenden Validität der klinischen Entscheidungen beitragen kann, in anderen Fällen aber nicht, trägt die Verwendung multipler Methoden, die über eine Testdiagnostik hinausgehen, höchstwahrscheinlich zu einer erhöhten Validität bei.
- e) Informieren Sie die zu untersuchende Person zu Beginn und, falls notwendig, auch während der Untersuchung darüber, dass Anstrengungsbereitschaft und Aufrichtigkeit notwendig sind. Der Untersucher kann dabei dem Probanden mitteilen, dass diese Faktoren ebenfalls direkt erfasst werden.
- f) Setzen Sie unter Berücksichtigung der untersuchten Person und der spezifischen Situation die BVT mit den geeignetsten psychometrischen Eigenschaften ein.
- g) Verteilen Sie BVT oder Verfahren mit integrierten Beschwerdvalidierungsindikatoren über die Untersuchung, wobei wenigstens ein BVT relativ früh im Untersuchungsverlauf eingesetzt werden sollte.
- h) Berichten Sie die Ergebnisse der Diagnostik der Beschwerdvalidität.

Interpretation

- a) Solchen Daten, die von BVT stammen, sollte grundsätzlich gegenüber subjektiven Indikatoren für eine suboptimale Leistungsanstrengung ein substantiell größeres Gewicht gegeben werden. Subjektiven Indikatoren wie etwa Äußerungen der untersuchten Person oder Beobachtungen des Untersuchers sollte wegen mangelnden wissenschaftlichen Nachweises ihrer Validität ein geringeres Gewicht zukommen.

- b) Ein ungültiges Abschneiden in einem Persönlichkeitsfragebogen lässt nicht vorab den Schluss zu, dass die neuropsychologischen Testergebnisse ebenfalls unzuverlässig sind, und umgekehrt.
- c) Der Untersucher muss die Charakteristika der Leistung in BVT und andere Untersuchungsbefunde berücksichtigen, wenn er von den Ergebnissen der BVT auf andere Testergebnisse verallgemeinert.
- d) Das Vorliegen klarer Belege für ungültige Leistungen in BVT oder anderen Beschwerdvalidierungsindikatoren lässt Zweifel an der Validität aller neuropsychologischen Testergebnisse aufkommen. Wenn ungültige Leistungen in Verfahren oder Indizes zur Beschwerdvalidität vorliegen, ist ausdrücklich zu begründen, falls dennoch eine Interpretation anderer Testleistungen als valide erfolgt.
- e) Wenn ein Nachweis ungültiger Leistungen erfolgte, können die Werte in den kognitiven Fähigkeitstests insofern interpretiert werden, als sie die unterste Grenze des Leistungsniveaus der untersuchten Person darstellen.
- f) Es ist möglich, dass eine Leistung in einem einzelnen BVT, die knapp unterhalb des Trennwerts (cut-off) liegt, für die Interpretation eines verzerrten Antwortverhaltens nicht ausreicht; andere Belege, die aus zusätzlichen Indikatoren stammen und in die gleiche Richtung deuten, können dafür erforderlich sein.
- g) Wenn eine Untersuchung wegen unzureichender Anstrengungsbereitschaft oder ungültigen Antwortverhaltens unterbrochen wurde und später fortgesetzt wird, so bleibt das Vertrauen eingeschränkt, das in die Validität der Ergebnisse gesetzt werden kann.
- h) Eine adäquate Sprache, die gestützt auf Inhalt und Umfang konvergenter Beweislinien Wahrscheinlichkeitsaussagen macht, sollte gebraucht werden, wenn Erklärungen für Beschwerdenübertreibung oder -vortäuschung angeboten werden (siehe z. B. [14]). Eine vage oder irreführende Begriffsbenutzung zur Beschreibung ungültiger Leistungen sollte vermieden werden [6].

Kulturelle Faktoren

Wie bei jeder neuropsychologischen Diagnostik oder bei der Interpretation spezieller neuropsychologischer Tests sollte der kulturelle Hintergrund der untersuchten Person einer Einschätzung unterzogen werden. So können beispielsweise kulturelle Faktoren entweder zu einer Beschwerdenaggravation oder zu einer Beschwerdenverleugnung führen, ohne dass es eine irgendwie geartete bewusste oder unbewusste Motivation für einen »Betrug« gibt. In ähnlicher Weise bedeutet allein die Tatsache, dass ein BVT an der kulturellen Mehrheit validiert worden ist, nicht auch, dass er genauso valide bei Angehörigen einer kulturellen Minderheit ist. Deshalb müssen Neuropsychologen, die mit kulturell verschiedenartigen Bevölkerungsgruppen arbeiten, sicherstellen, dass ihre Diagnostik der Validität von Antwortverhalten eine gründliche Beurteilung des kulturel-

len Hintergrunds der untersuchten Personen beinhaltet. Der Einsatz von BVT bei kulturell verschiedenartigen Bevölkerungsgruppen, für die keine Validierungsdaten vorliegen, muss sorgfältig erwogen werden. Wo dies geschieht, sollten Anwender ihre Entscheidung dazu begründen können.

Medizinische Erfordernis

Neuropsychologische Untersuchungen, die durch Ärzte oder Angehörige anderer medizinischer Berufe in Auftrag gegeben werden, sind medizinisch erforderlich, um bei der untersuchten Person die Beziehung zwischen Gehirn und Verhalten besser zu verstehen, und erfolgen häufig mit dem Ziel, die Diagnosestellung und/oder die Behandlung zu unterstützen. In Fortsetzung dieser Argumentation ergibt sich, dass die Methoden, die eine medizinisch erforderliche neuropsychologische Untersuchung ausmachen, medizinisch notwendig sind. Die Diagnostik der Beschwerdvalidität als Komponente einer medizinisch erforderlichen Untersuchung ist medizinisch notwendig. Wenn durch den Neuropsychologen der Einsatz von spezifischen Beschwerdvalidierungstests zur Diagnostik der Beschwerdvalidität als erforderlich erachtet wird, sind auch diese medizinisch notwendig.

Schlussfolgerungen und Diskussion

Beschwerdenaggravation und -vortäuschung erfolgen bei einer qualifizierten Minderheit von neuropsychologisch untersuchten Personen, wobei in Begutachtungszusammenhängen eine größere Prävalenz gegeben ist. Eine adäquate Diagnostik der Beschwerdvalidität ist ausgesprochen wichtig, um eine höchstmögliche Sicherheit bezüglich der Ergebnisse von Fähigkeitstests wie auch der Diagnosen und Empfehlungen, die sich aus den Resultaten ergeben, zu erreichen. Eine solche Diagnostik schließt eine gründliche Untersuchung kultureller Faktoren ein. Methoden zur Diagnostik der Beschwerdvalidität sollten nicht im Widerspruch zu den diagnostischen Richtlinien stehen, wie sie durch die American Psychological Association aufgestellt wurden (z. B [1, 2, 3]).

Der Neuropsychologe behält die Verantwortung für die durchgeführten Verfahren und sollte diagnostische Empfehlungen von seiten des Überweisers und/oder des Kostenträgers akzeptierten, ausdehnen oder zurückweisen, je nachdem ob und inwieweit derartige Empfehlungen für die jeweilige Untersuchung angemessen sind. Der Neuropsychologe kann ethisch dazu verpflichtet sein, im Befundbericht jegliche Auflagen, die von dritter Seite bezüglich der Untersuchung gemacht wurden, zu dokumentieren.

Wenn die Aussicht auf einen sekundären Krankheitsgewinn die Motivation für Beschwerdenaggravation oder -vortäuschung erhöht und/oder wenn Neuropsychologen eine mangelnde Anstrengungsbereitschaft oder ungenau bzw. unvollständig gelieferte Angaben vermuten, dann können und müssen sie Tests und andere Verfahren zur Beschwerdvalidierung einsetzen, die sie bei der Entscheidung un-

terstützen, ob die erhaltenen Informationen und Daten valide sind. Die Entscheidung darüber, wie die Validität der Informationen und Daten aus einer neuropsychologischen Untersuchung beurteilt werden kann, liegt beim Diagnostiker, wie dies auch für alle anderen untersuchten Funktionsbereiche der Fall ist.

Literatur

1. American Educational Research Association, American Psychological Association, & National Council on Measurement in Education: Standards for Educational and Psychological Testing. American Educational Research Association, Washington, DC 1999
2. American Psychological Association: Ethical principles of psychologists and code of conduct. *American Psychologist* 2002; 57: 1060-1073
3. American Psychological Association: Guidelines for Providers of Services to Ethnic, Linguistic, and Culturally Diverse Populations. Author, Washington, DC 1991
4. Bianchini KJ, Mathias CW, Greve KW: Symptom Validity Testing: A critical review. *The Clinical Neuropsychologist* 2001; 15: 19-45
5. Cima M, Merkelbach H, Hollnack S, Butt C, Kremer K, Schellbach-Matties R, Muris P: The other side of malingering: supernormality. *The Clinical Neuropsychologist* 2003; 17: 235-243
6. Iverson GL: Detecting malingering in civil forensic evaluations. In: Horton AM, Hartlage LC (eds): *Handbook of Forensic Neuropsychology*. Springer, New York 2003, 137-177
7. Hom J, Denney R (eds): *Detection of Response Bias in Forensic Neuropsychology*. The Harworth Medical Press, Binghampton, NY 2002
8. Larrabee GJ: Detection of malingering using atypical performance patterns on standard neuropsychological tests. *The Clinical Neuropsychologist* 2003; 17: 410-425
9. Matarazzo JD: Psychological assessment versus psychological testing: Validation from Binet to the school, clinic, and courtroom. *American Psychologist* 1990; 45: 999-1017
10. Meyers JE, Volbrecht ME: A validation of multiple malingering detection methods in a large clinical sample. *Archives of Clinical Neuropsychology* 2003; 18: 261-276
11. Mittenberg W, Patton C, Canyock EM, Condit DC: Base rates of malingering and symptom exaggeration. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology* 2002; 24: 1094-1102
12. Nelson NW, Boone K, Dueck A, Wagener L, Lu P, Grills C: Relationships between eight measures of suspect effort. *The Clinical Neuropsychologist* 2003; 17: 263-272
13. Reynolds CR (ed): *Detection of Malingering during Head Injury Litigation*. Plenum Press, New York 1998
14. Slick DJ, Sherman EM, Iverson GL: Diagnostic criteria for malingered neurocognitive dysfunction: proposed standards for clinical practice and research. *The Clinical Neuropsychologist* 1999; 13: 545-561
15. Slick DJ, Tan JE, Strauss E, Hultsch DF: Detecting malingering: a survey of experts' practices. *Archives of Clinical Neuropsychology* 2004; 19: 465-473
16. Sweet JJ: Malingering: Differential diagnosis. In: Sweet JJ (ed): *Forensic Neuropsychology: Fundamentals and Practice*. Swets & Zeitlinger, Lisse, NL 1999, 255-285

Autorisierte deutsche Übersetzung:

Thomas Merten und Nina Blaskewitz

Korrespondenzadresse zum Originalartikel:

Dr. Shane S. Bush
496 Smithtown Bypass, Ste. 304
Smithtown, NY 11787, USA
e-mail: sbushphdnp@medscape.com

Korrespondenzadresse zur deutschen Fassung:

Dr. Thomas Merten
Vivantes Netzwerk für Gesundheit, Klinikum im Friedrichshain
Klinik für Neurologie
Landsberger Allee 49
10249 Berlin
Tel. 030/42 21 16 63
e-mail: thomas.merten@vivantes.de