**Einschreiben mit Rückschein**

Landgericht XY

**XY**

Berlin, den 31.07.2017

**Psychiatrisches Gutachten**

über

XY

geboren: XX.XX.XXXX

wohnhaft: XY

14552 Michendorf

Bezug:

**AZ: XY**

Klage des XY, Prozessbevollmächtigter: XY mit Adresse,

gegen

XY mit Adresse und anwaltlicher Vertretung

Betreff:

XY

**INHALTSVERZEICHNIS**

Seite

I. Gutachtenauftrag 3

II. Vorbemerkung 3

III. Fragestellung 4

IV. Quellen 4

V. Zusammenfassung relevanter Vorbefunde 7

VI. Anamnese und Beschwerdeschilderung 9

VII. Psychiatrische Vorgeschichte 12

VIII. Medikamentenanamnese 15

IX. Substanzanamnese 17

X. Somatische Anamnese 19

XI. Familienanamnese 21

XII. Biographie, Arbeits- und Sozialanamnese 21

XIII. Beweismittel: Steuererklärungen 29

XIV. Medizinische und psychiatrische Befunde 31

XV. Psychometrische Untersuchungen 40

XVI. Diagnostische Erörterungen 52

XVII. Zur gutachterlichen Fragestellung 73

## I. GUTACHTENAUFTRAG

Entsprechend dem **Gutachtenauftrag vom XX.XX.XXXX** erstatten die Unterzeichner das nachfolgende psychiatrische Gutachten (bei der Mitarbeit von Herrn Weilnhammer an der Gutachtenerstellung handelt es sich um Hilfsdienste von untergeordneter Bedeutung i. S. des § 407a, Abs. 2, ZPO) über

XY

geboren: XX.XX.XXXX

wohnhaft: XY

## II. VORBEMERKUNG

Gutachten genießen den Schutz des Urheberrechtsgesetzes (§§ 1, 2, 11 und 15 UrhG vom 09.09.1965 BGBL I. S. 1273, neu gefasst am 09.06.1993 BGBL. I. S. 910). Sie dürfen grundsätzlich nur vom Auftraggeber verwandt werden.

Nicht statthaft ist die Nutzung des Gutachtens für andere versicherungsrechtliche Zwecke ohne vorherige schriftliche Einräumung des Nutzungsrechtes durch den Unterzeichner (§§ 31, 32 und 37 UrhG)

Vorrangige Ansprüche auf gesetzlicher Grundlage bleiben hiervon unberührt.

Rechtsverletzungen begründen Anspruch auf Unterlassung und Schadensersatz (§ 97 UrhG) und sind zudem strafbar (§ 106 UrhG).

## III. FRAGESTELLUNG

Aus dem Beweisbeschluss vom XX.XX.XXXX (Band XY. Blatt X/X d.A.), Nr. Ziffer. X.X:

„XXX“

**IV.** **QUELLEN**

**1. Eigenanamnese**

- Es fand eine psychiatrische Untersuchung (aufgeteilt auf drei Einzeltermine) mit ausführlicher Erhebung der krankheitsbezogenen, biographischen, sozialen und insbesondere beruflichen Anamnese des Probanden, der psychopathologischen Exploration sowie die Erhebung von testpsychologischen Zusatzfragebögen und strukturierten Interviews in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Charité Campus Mitte, Charitéplatz 1, 10117 Berlin, am 22.07.2016, 29.07.2016 und 17.08.2016 statt.

**2. Neuropsychologisches Zusatzgutachten**

- Um die subjektiven Angaben des Probanden im Zuge einer psychiatrischen Begutachtung kritisch prüfen zu können, wurde ein neuropsychologisches Zusatzgutachten in Auftrag gegeben. Die dafür notwendige neuropsychologische Testung wurde im Evangelischen Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge, Herzbergstraße 79, 10365 Berlin, am 30.08.2016 durch PD Dr. Dipl.-Psych. Thomas Bengner durchgeführt.

**3. Vorbefunde und vorangegangene Gutachten**

- Als weitere Informationsquelle wurden die vom Gericht zur Verfügung gestellten Unterlagen inklusive Arztbriefen, bereits erstatteten Gutachten und Tätigkeitsbeschreibung bezüglich der Art und des Umfangs der zuletzt ausgeübten Tätigkeiten herangezogen.

**4. XY**

**5. XY**

**6. Verwendete Literatur**

[1] Beck et al. (1961). An Inventory for Measuring Depression. Archives of General Psychiatry; 4: 53-63.

[2] Benkert und Hippius (Hrsg.). Kompendium der Psychiatrischen Pharmakotherapie, 11. Auflage, Springer 2016.

[3] Berger (Hrsg.). Psychische Erkrankungen. Klinik und Therapie. 5. Auflage, Urban & Fischer 2015.

[4] DGPPN, BÄK, KBV, AWMF, AkdÄ, BPtK, BApK, DAGSHG, DEGAM, DGPM, DGPs, DGRW (Hrsg.) für die Leitliniengruppe Unipolare Depression\*. S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression - Langfassung, 2. Auflage 2015. DGPPN, ÄZQ, AWMF – Berlin 2015.

[5] Falkai und Wittchen (Hrsg.). Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5, übersetzt nach der fünften Auflage des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders der American Psychiatric Association, Hogrefe Verlag für Psychologie, 2015.

[6] Feuerlein, Küfner, Ringer, Antons-Volmerg. Münchner Alkoholismus-Test, Manual, 2. ergänzte Auflage, Beltz 1999.

[7] Fydrich, Renneberg, Schmitz, Wittchen (Hrsg.). SKID-II – Strukturiertes Klinisches Interview für DSM IV. Achse II: Persönlichkeitsstörungen. Hogrefe Verlag, 1997.

[8] Hamilton M. A rating scale for depression. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 1960; 23:56-62.

[9] Hautzinger, M., Keller, F. & Kühner, C. Beck Depression Inventar II (BDI 2). 2006; Harcourt Test Service.

[10] Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD 10, Kapitel V (F); Klinisch diagnostische Leitlinien/Weltgesundheitsorganisation. Übersetzung herausgegeben von H. Dilling, W. Mombour, M.H. Schmidt; 5. korrigierte Auflage, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle; Verlag Hans Huber, 2010.

[11] Montgomery S.A., Asberg M.: A new depression scale designed to be sensitive to change. Br J Psychiatry 1979; 134: 382–9.

[12] Rumpf, H.-J.; Kiefer, F. (2011). DSM-5: Die Aufhebung der Unterscheidung von Abhängigkeit und Missbrauch und die Öffnung für Verhaltenssüchte. In: SUCHT, 57 (1), 2011, S. 45–48.

[13] Saß, Zaudig und Houben (Hrsg.). Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen -Textrevision- DSM-IV-TR, übersetzt nach der vierten Auflage des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders der American Psychiatric Association, Hogrefe Verlag für Psychologie, 2003.

[14] Wittchen, Zaudig und Fydrich: Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV (SKID). Hogrefe, Göttingen, 1997.

**V. ZUSAMMENFASSUNG RELEVANTER VORBEFUNDE**

XY

- Diagnose: **XY**

- Erstvorstellung am X mit Beschwerden X

- Behandlung: XY

Gutachten von XY am XX.XX.XXXX (Datum der Begutachtung: XX.XX.XXXX), auf Veranlassung der XY:

- Diagnose:

- Befunde:

Stellungnahme zum Gutachten vom XX.XX.XXXX von XY vom XX.XX.XXXX:

- „

.“

**VI. ANAMNESE UND BESCHWERDESCHILDERUNG**

1. **Schilderung des Sachverhaltes durch den Probanden**
2. **Fremdanamnese**

**VII. PSYCHIATRISCHE VORGESCHICHTE**

**VIII. MEDIKAMENTENANAMNESE**

**IX. SUBSTANZANAMNESE**

**X. SOMATISCHE ANAMNESE**

**XI. FAMILIENANAMNESE**

**XII. BIOGRAPHIE, ARBEITS- UND SOZIALANAMNESE**

**XIII. BEWEISMITTEL: XY**

**XIV. MEDIZINISCHE UND PSYCHIATRISCHE BEFUNDE**

Die internistische und neurologische Untersuchung des Probanden erfolgte durch Herrn V. Weilnhammer am XX.XX.XXXX

**1. Internistischer Untersuchungsbefund:**

Allgemeinbefund

|  |  |
| --- | --- |
| Allgemeinzustand | Stabiler Allgemeinzustand. |
| Ernährungszustand: | Guter Ernährungszustand: XY (eigene Angabe) bei einer Körpergröße von XY m, BMI XY kg/m². |
| Haut: | Haut und Schleimhäute gut durchblutet. Rosiges Hautkolorit. |

Organbefund

|  |  |
| --- | --- |
| Kopfform: | Rund. |
| Kopfperkussion: | Kein Druck- oder Klopfschmerz, keine sonstigen pathologischen Befunde. |
| Gefäßgeräusche: | Karotis beidseits unauffällig. |
| Mund und Rachen: | Unauffällig. |
| Wirbelsäule | Kein Druckschmerz, kein Klopfschmerz. |
| Beweglichkeit: | Alle Gelenke frei beweglich. |
| Brustkorb: | Kein Druck- oder Klopfschmerz auslösbar, keine Deformationen. |
| Atemexkursion: | Regelrecht und symmetrisch. |
| Herz:  Blutdruck:  Herzfrequenz: | Herztöne rein und regelmäßig, keine Nebengeräusche.  rechts XX/XX mmHg  XX /min |
| Lunge: | Auskultation: seitengleich vesikuläres Atemgeräusch, keine Rasselgeräusche.  Perkussion: sonorer Klopfschall, seitengleich zwei Querfinger atemverschiebliche Grenzen. |
| Abdomen: | Bauchdecke weich, kein Druckschmerz, keine Abwehrspannung, keine pathologischen Resistenzen tastbar, regelrechte Peristaltik über allen 4 Quadranten, Leber nicht palpabel, Nierenlager frei. |
| Gliedmaßen: | Unauffällig. |
| Pulse: | Periphere Pulse allseits palpabel. |
|  |  |

**2. Neurologischer Untersuchungsbefund:**

In der neurologischen Untersuchung gab es zum Untersuchungszeitpunkt kein fokal-neurologisches Defizit sowie keine Hinweise auf das Vorliegen einer Erkrankung des peripheren oder des zentralen Nervensystems.

Hirnnerven

|  |  |
| --- | --- |
| I | Geruchsvermögen subjektiv ungestört; keine objektive Testung erfolgt. |
| II | Gesichtsfeld fingerperimetrisch nicht eingeschränkt; keine Doppelbilder. Anamnestisch keine Einschränkungen der Sehkraft. |
| III, IV, VI | Pupillen: rund, isokor, seitengleich, mittelweit; prompte konsensuelle und sensuelle Reaktion auf Licht und Konvergenz;  keine Augenfolgebewegungsstörungen, keine Blickparesen. |
| V | Gesichtssensibilität ungestört; Kaumuskulatur beidseits kräftig, subjektiv keine Geschmacksbeeinträchtigung. |
| VII | Gesichtsmimik intakt, kein Hinweis auf zentrale oder periphere Fazialisparese. |
| VIII | Keine Beeinträchtigung des Hörvermögens. In der gutachterlichen Untersuchungssituation wird Umgangssprache aus wechselnder Distanz sicher verstanden. Kein pathologischer Nystagmus. |
| IX- X | Uvula mittelständig; Schluckakt sowie Zungenbeweglichkeit regelrecht. |
| XI | M. sternocleidomastoideus und M. trapezius seitengleich kräftig. |
| XII | Zungenbewegungen: keine Seitenabweichung;  Zungenmuskulatur: eutroph. |
| Sprache: | Keine Behinderung der Sprache oder Sprachproduktion. |

Lange Bahnen

|  |  |
| --- | --- |
| Obere Extremität |  |
| Trophik: | Eutroph. |
| Muskeltonus: | Normoton, keine Seitendifferenz. |
| Motilität: | Keine Bewegungseinschränkungen. |
| Grobe Kraft: | Allseits gute Kraftentwicklung (Kraftgrad 5/5). |
| Sensibilität: | Keine Störung in der Zweipunktdiskrimination. |
| Reflexe: | Seitengleich, lebhaft auslösbar. |
| Armhaltversuch: | Kein Absinken. |
|  |  |
| Stamm |  |
| Bauchdeckenspannung: | Unauffällig. |
| Sensibilität: | Unauffällig. |
| Bauchhautreflexe: | In allen Etagen seitengleich auslösbar. |
|  |  |
| Untere Extremität |  |
| Trophik: | Eutroph. |
| Muskeltonus: | Normoton, keine Seitendifferenz. |
| Motilität: | Keine Bewegungseinschränkung. |
| Grobe Kraft: | Keine Kraftminderung. |
| Sensibilität: | An allen 4 Extremitäten keine Störungen oder Einschränkungen der Sensibilität in der orientierenden Untersuchung. |
| Reflexe: | Seitengleich, mittellebhaft auslösbar. |
| Pyramidenbahnzeichen: | Beidseits nicht auslösbar. |
| Lasègue- Zeichen: | Beidseits nicht auslösbar. |
|  |  |
| Koordination |  |
| Gang: | Sicheres Gangbild. |
| Romberg`scher Versuch: | Unauffällig. |
| Unterberger Tretversuch: | Unauffällig. |
| Finger- Nase-Versuch: | Beidseits sicher. |
| Knie-Hacke-Versuch: | Unsicher. |
| Eudiadochokinese: | Vorhanden. |
|  |  |
| Vegetative Funktionen: | Unauffällig. |

**3. Labordiagnostik**

**4. Psychopathologischer Befund**

*Äußere Erscheinung, Verhalten und Kooperation*:

*Quantitative und quantitative Bewusstseinsstörungen*:

*Kognition - Auffassung, Konzentration, Merkfähigkeit, Gedächtnis:*

*Formales Denken*:

*Inhaltliche Denkstörungen*:

*Wahrnehmungsstörungen:*

*Ich-Störungen:*

*Stimmung und Affekt*:

*Antrieb, Psychovegetativum, Psychomotorik:*

*Schlaf:*

*Ängste und Panikattacken*:

*Zwänge:*

*Krankhaftes Erleben, Urteilsfähigkeit und Einsicht*:

*Aggressivität oder Selbstschädigung:*

*Sozialer Rückzug:*

*Akute Eigen- oder Fremdgefährdung:*

**XV. PSYCHOMETRISCHE UNTERSUCHUNGEN**

Ergebnisse der *Hamilton Depressions Skala (HAMD)*, der *Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS)*, des *Beck Depression Inventars (BDI*), des *Münchner Alkoholismus-Test mit Selbstbeurteilungsteil (MALT-S)* und *Fremdbeurteilungsteil (MALT-F)*, des *Alcohol Use Disorders Identification Test*-Fragebogens *(AUDIT),* sowie des *Strukturierten Klinischen Interviews für Achse-I Störungen in DSM-IV (SKID-I) sowie des Strukturierten Klinischen Interviews für Achse-II Störungen in DSM-IV (SKID-II)* vom XX.XX.XXXX.

**Hamilton Depressions Skala (Ham-D-17)**

*Fremdbeurteilungsskala zur Erfassung des Schweregrades der aktuellen depressiven Symptomatik:*

Bei dieser Skala handelt es sich um ein zur Beurteilung des Schweregrades depressiver Beschwerden entwickeltes Instrument mit 21 Items, das auf *Selbst- und* *Fremdbeurteilung* gründet und durch eine geschulte Untersucher\*in erfolgt[[1]](#footnote-1). Sie ist seit 1960 eingeführt und eine wichtige Standardskala zur Schweregradbestimmung depressiver Syndrome. Die objektive Bewertung geschilderter und beobachteter Beschwerden und Symptome durch die Untersucher\*in beruht dabei auf einem semi-strukturierten Interview. Im Rahmen klinischer Studien ist es üblich, dass eine auf die ersten 17 Items reduzierte Version zu Einsatz kommt.

Die *Hamilton-17-Item Skala* ist zur Quantifizierung depressiver Beschwerden geeignet. Ein Wert über 24 Punkte deutet dabei auf eine schwere depressive Symptomatik hin, ein Wert zwischen 18 bis 24 Punkte deutet auf eine mittelschwere depressive Symptomatik hin. Punktwerte zwischen 0 bis 6 Punkte gelten als unauffällig. Eine statistische Untersuchung von 1.014 psychiatrisch unauffälligen Probanden erbrachte einen mittleren Wert von 3,2 Punkten.

Der Proband erreichte **zum Untersuchungszeitpunkt 4 Punkte**. Demnach bestanden nach Analyse des Punktwertes dieser Schweregradskala bei dem Probanden zum Zeitpunkt der Untersuchung ***keine Hinweise*** ***für das aktuelle Vorliegen eines depressiven Syndroms***.

1. Depressive Stimmung: X von 4 möglichen Punkten

2. Schuldgefühle: X von 4 möglichen Punkten

3. Suizid: X von 4 möglichen Punkten

4. Einschlafstörungen: X von 2 möglichen Punkten

5. Durchschlafstörungen: X von 2 möglichen Punkten

6. Schlafstörungen am Morgen: X von 2 möglichen Punkten

7. Arbeit und sonstige Tätigkeiten: X von 4 möglichen Punkten

8. Depressive Hemmung: X von 4 möglichen Punkten

9. Erregung: X von 4 möglichen Punkten

10. Angst – psychisch: X von 4 möglichen Punkten

11. Angst – somatisch: X von 4 möglichen Punkten

12. Körperliche Symptome, gastrointestinale:

X von 2 möglichen Punkten

13. Körperliche Symptome, allgemeine: X von 2 möglichen Punkten

14. Genitalstörungen: X von 2 möglichen Punkten

15. Hypochondrie: X von 4 möglichen Punkten

16. Gewichtsverlust: X von 2 möglichen Punkten

17. Krankheitseinsicht: X von 2 möglichen Punkten

Zusätzlich wurde eine **Extrapolation für den fraglichen Zeitraum zwischen X und Y** unternommen. Diese Bewertung kann sich **allein auf die subjektiven Erinnerungen des Probanden stützen** und ist **deshalb von nur deutlich eingeschränkter Aussagekraft**. In diesem Zeitraum erreichte der Proband **XX Punkte**. Demnach lagen nach Analyse des Punktwertes dieser Schweregradskala bei dem Probanden im Zeitraum zwischen X bis Y ***Hinweise*** ***für XY*** vor.

1. Depressive Stimmung: X von 4 möglichen Punkten

2. Schuldgefühle: X von 4 möglichen Punkten

3. Suizid: X von 4 möglichen Punkten

4. Einschlafstörungen: X von 2 möglichen Punkten

5. Durchschlafstörungen: X von 2 möglichen Punkten

6. Schlafstörungen am Morgen: X von 2 möglichen Punkten

7. Arbeit und sonstige Tätigkeiten: X von 4 möglichen Punkten

8. Depressive Hemmung: X von 4 möglichen Punkten

9. Erregung: X von 4 möglichen Punkten

10. Angst – psychisch: X von 4 möglichen Punkten

11. Angst – somatisch: X von 4 möglichen Punkten

12. Körperliche Symptome, gastrointestinale:

X von 2 möglichen Punkten

13. Körperliche Symptome, allgemeine: X von 2 möglichen Punkten

14. Genitalstörungen: X von 2 möglichen Punkten

15. Hypochondrie: X von 4 möglichen Punkten

16. Gewichtsverlust: X von 2 möglichen Punkten

17. Krankheitseinsicht: X von 2 möglichen Punkten

**Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS)** *Fremdbeurteilungsskala zur Erfassung des Schweregrades depressiver Beschwerden.*

Hierbei handelt es sich um eine kurze, 10 Items umfassende *Fremdbeurteilungsskala*, die zur Quantifizierung depressiver Störungen im Erwachsenenalter dienlich ist[[2]](#footnote-2). Sie wurde 1979 von Montgomery und Asberg vorgestellt und wird als schnell durchzuführendes reliables Verfahren häufig zu Forschungszwecken in pharmakologischen Studien eingesetzt.

Die 10 Items der Skala dokumentieren vor allem die psychische Seite der Depression. Jedes der Items wird auf einer 7-stufigen Skala von 0 bis 6 gemäß des Schweregrades der Ausprägung bewertet. Die Summe aller Skalen variiert zwischen 0 und 60 und gibt Aufschluss über den Schweregrad der depressiven Problematik. Da Montgomery und Asbergkeine Richtlinie zur Einteilung der Summenscores in Schweregrade vorgaben, wird bei der Auswertung der vorliegenden Daten nach *Snaith et al. (1986)* vorgegangen. Diese Arbeitsgruppe untersuchte 80 Patient\*innen mit der Diagnose „Schwere Depression“ nach *DSM-III* in unterschiedlichen Stadien der Rekonvaleszenz und erstellte entsprechend dem Grad der depressiven Störung eine hierzu korrespondierende Bewertung des Summenscores der *MADRS* nebst einer Beurteilung, ob eine psychiatrische Behandlung als notwendig erachtet wird. Demnach deutet ein Wert über 35 Punkte auf eine schwere depressive Symptomatik hin, ein Wert zwischen 20 bis 34 Punkte deutet auf eine mäßige depressive Symptomatik hin und Werte zwischen 7 und 19 Punkten verweisen auf eine leichte depressive Symptomatik. Punktwerte zwischen 0 bis 6 Punkte gelten als unauffällig.

Der Proband erreichte **zum Untersuchungszeitpunkt X Punkte**. Demnach bestehen nach Analyse des Punktwertes dieser Schweregradskala bei dem Probanden Hinweise für das Vorliegen eines ***XY***

.

1. Sichtbare Traurigkeit: X von 6 möglichen Punkten

2. Berichtete Traurigkeit: X von 6 möglichen Punkten

3. Innere Spannung: X von 6 möglichen Punkten

4. Schlaflosigkeit: X von 6 möglichen Punkten

5. Appetitverlust: X von 6 möglichen Punkten

6. Konzentrationsschwierigkeiten: X von 6 möglichen Punkten

7. Untätigkeit: X von 6 möglichen Punkten

8. Gefühllosigkeit: X von 6 möglichen Punkten

9. Pessimistische Gedanken: X von 6 möglichen Punkten

10. Suizidgedanken: X von 6 möglichen Punkten

**Beck Depressions-Inventar II (BDI-II)**

*Selbstbeurteilungsskala zur Erfassung des Schweregrades depressiver Beschwerden.*

Bei diesem Verfahren handelt es sich um ein Instrument zur Beurteilung der Schwere von depressiven Syndromen, welches auf der *Selbsteinschätzung* der Probanden beruht[[3]](#footnote-3). Das 21 Items beinhaltende Instrument wurde 1961 von Beck und Mitarbeitern entwickelt. Sie weist große Übereinstimmung in der Quantifizierung depressiver Syndrome mit Fremdbeurteilungsskalen, wie der *MADRS,* auf. Werte von über 30 Punkten deuten auf eine schwere depressive Symptomatik hin. 19 bis 29 Punkte werden bei mittelgradigen depressiven Syndromen erreicht. 10 bis 19 Punkte kennzeichnen ein leichtes depressives Syndrom. Werte darunter gelten als unauffällig.

Der Proband erreichte **zum Untersuchungszeitpunkt X Punkte**. Demnach bestehen nach Analyse des Punktwertes dieser Schweregradskala bei dem Probanden Hinweise für das Vorliegen eines ***XY***.

1. Traurigkeit: X von 3 möglichen Punkten

2. Pessimismus: X von 3 möglichen Punkten

3. Versagensgefühle: X von 3 möglichen Punkten

4. Verlust an Freude: X von 3 möglichen Punkten

5. Schuldgefühle: X von 3 möglichen Punkten

6. Bestrafungsgefühle: X von 3 möglichen Punkten

7. Selbstablehnung: X von 3 möglichen Punkten

8. Selbstkritik: X von 3 möglichen Punkten

9. Suizidgedanken: X von 3 möglichen Punkten

10. Weinen: X von 3 möglichen Punkten

11. Reizbarkeit: X von 3 möglichen Punkten

12. Interessenverlust: X von 3 möglichen Punkten

13. Entschlussunfähigkeit: X von 3 möglichen Punkten

14. Wertlosigkeit: X von 3 möglichen Punkten

15. Energieverlust: X von 3 möglichen Punkten

16. Schlafstörungen: X von 3 möglichen Punkten

17. Erschöpfung: X von 3 möglichen Punkten

18. Appetitverlust: X von 3 möglichen Punkten

19. Gewichtsverlust: X von 3 möglichen Punkten

20. Besorgnis: X von 3 möglichen Punkten

21. Libidostörungen: X von 3 möglichen Punkten

**Münchner Alkoholismus-Test mit Selbstbeurteilungsteil (MALT-S) und Fremdbeurteilungsteil (MALT-F)**

*Selbst- und Fremdbeurteilungsskala zur Identifikation und Diagnose von Alkoholerkrankungen (Missbrauch und Abhängigkeit):*

Der Münchner Alkoholismustest ist ein klinischer Test zur Identifikation von Suchtgefährdung sowie zur Erfassung von Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit. Ziel war es, auf empirischer Grundlage einen Test zur Verfügung zu stellen, der zuverlässig Alkoholiker\*innen aus unausgewählten Patient\*innenkollektiven zu identifizieren vermag und gleichzeitig in der klinischen Praxis ökonomisch eingesetzt werden kann. Ein erster Fremdbeurteilungsteil (MALT-F) umfasst 7 Items zur Einschätzung der Alkoholabhängigkeit aufgrund anamnestischer Daten durch eine Ärzt\*in. Im Rahmen des zweiten Selbstbeurteilungsteils (MALT-S), der 24 Items umfasst, werden das Trinkverhalten, die Einstellung zum Trinken, die alkoholbedingte psychische und soziale Beeinträchtigung sowie somatische Störungen erfasst. Die Skala wurde erstmals 1979 eingeführt und ist heute üblicherweise in einer 1999 überarbeiteten 2. Auflage im Einsatz.

Die *Münchner Alkoholismustest (MALT)* ist zur Identifikation von Alkoholerkrankungen geeignet. Es wird ein Summenwert aus beiden Teilen gebildet, wobei die Punkte des Selbstbeurteilungsteils einfach (n x 1) in die Summe einfließen, die Punkte des Fremdbeurteilungsteils vierfach (n x 4).

Ein Gesamtwert von 11 Punkten oder mehr deutet dabei auf eine Alkoholabhängigkeit hin, ein Gesamtwert zwischen 6 bis 10 Punkten deutet auf einen Alkoholmissbrauch hin. Gesamtpunktwerte zwischen 0 bis 5 Punkte gelten als unauffällig.

Beide Teile wurden durchgeführt in **Extrapolation für den fraglichen Zeitraum XY**. Dabei ergab sich ein Gesamtwert von X Punkten und damit Hinweise auf das Vorliegen einer ***XY***.

*Münchner Alkoholismus-Test Selbstbeurteilungsteil (MALT-S)***:**

1. Zittern der Hände ja/nein

2. Würgegefühl oder Brechreiz ja/nein

3. Alkohol gegen Zittern oder Brechreiz ja/nein

4. Gefühl der Verbitterung ja/nein

5. Trinken vor dem Mittagessen ja/nein

6. Unwiderstehliches Verlangen weiterzutrinken ja/nein

7. Denke oft an Alkohol ja/nein

8. Getrunken obwohl vom Arzt verboten ja/nein

9. Weniger gegessen ja/nein

10. Vorhaltungen auf Arbeitsstelle ja/nein

11. Alleine trinken ja/nein

12. Weniger tüchtig ja/nein

13. Gewissensbisse / Schuldgefühle ja/nein

14. Trinksystem versucht ja/nein

15. Glaube sollte Trinken einschränken ja/nein

16. Ohne Alkohol hätte ich weniger Probleme ja/nein

17. Alkohol zur Beruhigung ja/nein

18. Glaube Alkohol zerstört mein Leben nein

19. Wechselnde Abstinenzmotivation ja/nein

20. Unverständnis anderer Leute ja/nein

21. Beziehungsprobleme in Partnerschaft ja/nein

22. Versuch von Abstinenzphasen ja/nein

23. In Abstinenz wäre ich zufriedener mit mir ja/nein

24. Auf Alkoholfahne angesprochen worden ja/nein

*Münchner Alkoholismus-Test Selbstbeurteilungsteil (MALT-S)*:

1. Lebererkrankung ja/nein

2. Polyneuropathie ja/nein

3. Delirium tremens ja/nein

4. Alkoholkonsum von mehr als 150ml reinem Alkohol

pro Tag über mindestens einige Monate ja/nein

5. Alkoholkonsum von mehr als 300ml reinem Alkohol

ein oder mehrmals im Monat ja/nein

6. Foetor alcoholicus ja/nein

7. Familienangehörige haben Rat gesucht ja/nein

**Alcohol Use Disorders Identification Test-Fragebogens (AUDIT)**

Der AUDIT ist ein Screening-Tool zur Erkennung von Alkoholismus (wobei hier nicht genau zwischen Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit differenziert wird), das von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) entwickelt wurde und seit 1995 in Gebrauch ist. Ziel war es dabei, eine international vergleichbare Skala zu entwickeln, die sich unabhängig von kulturellen Hintergrundvariablen als valide erweist.

Der Fragebogen besteht aus 10 Items, im Rahmen derer unter anderem Trinkfrequenz und Trinkmenge, Kontrollverlust, Vernachlässigung von anderen Aufgaben, morgendliches Trinken, Schuldgefühle, Fremdaggressivität, Erinnerungslücken und negative soziale Rückmeldungen erhoben werden. Jede Antwort wird dabei auf einer Skala von 0 – 4 differenziert, bzw. die Antworten 9 und 10 nur auf einer Skala von 0 – 2. Verwendet wurde hier die revidierte Version aus dem Jahr 2006 in der Fassung eines strukturierten Interviews, das vom Untersucher während der Begutachtung durchgeführt wurde.

Der Cut-off Wert, ab dem von schädlichem Alkoholkonsum ausgegangen wird, wird üblicherweise bei 8 Gesamtpunkten angenommen. Punktwerte zwischen 8 und 15 sprechen für einen mittelgradig ausgeprägten Alkoholmissbrauch, Werte ab 16 Punkten für einen schwergradig ausgeprägten Alkoholmissbrauch. Ergebnisse ab 20 Punkte weisen auf eine Alkoholabhängigkeit hin.

Auch hier wurde der Test durchgeführt in **Extrapolation für den fraglichen Zeitraum X**. Dabei ergab sich ein Gesamtwert von X Punkten und damit Hinweise auf das Vorliegen eines ***XY*.**

1. Wie oft? 0 von 4 möglichen Punkten

2. Wie viele alkoholischen Getränke? 0 von 4 möglichen Punkten

3. Wie oft mehr als 6 Getränke? 0 von 4 möglichen Punkten

4. Mehr getrunken als gewollt? 0 von 4 möglichen Punkten

5. Aufgaben nicht erledigt? 0 von 4 möglichen Punkten

6. Morgens getrunken? 0 von 4 möglichen Punkten

7. Schuldgefühle? 0 von 4 möglichen Punkten

8. Erinnerungslücken / Filmriss? 0 von 4 möglichen Punkten

9. Selbst- oder Fremdaggressivität? 0 von 2 möglichen Punkten

10. Hinweise aus sozialem Umfeld? 0 von 2 möglichen Punkten

**SKID-Fragebogen I und II. Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV**

SKID ist ein **S**trukturiertes **K**linisches **I**nterview zur Erfassung und **D**iagnostik ausgewählter psychischer Störungen, wie sie im Rahmen des Klassifikationssystems ***D****iagnostic and* ***S****tatistical Manual of* ***M****ental Disorders* (kurz DSM IV) definiert werden. Insgesamt kodiert das von der [*American Psychiatric Association*](http://de.wikipedia.org/wiki/American_Psychiatric_Association) (Amerikanische Psychiatrische Vereinigung) herausgegebene Klassifikationssystem in 5 verschiedenen Dimensionen:

* Achse I: Klinische Störungen, andere klinisch relevante Probleme.
* Achse II: Persönlichkeitsstörungen, geistige Behinderung.
* Achse III: Medizinische Krankheitsfaktoren.
* Achse IV: Psychosoziale oder umgebungsbedingte Probleme.
* Achse V: Globale Beurteilung des Funktionsniveaus.

Das SKID-I Interview dient der Erfassung und Diagnostik psychischer Störungen, welche im Klassifikationssystem DSM IV als Achse-I Störungen definiert werden. Durch gezieltes Erfragen der in DSM-IV festgelegten Kriterien ist eine Differentialdiagnostik von Krankheitsbildern mit überlappender Symptomatik möglich, wodurch eine schnelle und valide Diagnosestellung erfolgen kann. Im SKID-I (Psychische Störungen) werden affektive Störungen, psychotische Störungen, Störungen durch psychotrope Substanzen, Angststörungen, somatoforme Störungen, Essstörungen und Anpassungsstörungen erfasst.

Das **SKID-I Interview** wurde im Rahmen des Begutachtungstermins am XX. XX.XXXX durchgeführt und ergab anhand der Angaben des Probanden folgendes Ergebnis:

XY

Das SKID-II Interview dient der Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen, welche im Klassifikationssystem DSM-IC der Achse-II zugeordnet werden. Es folgt hierbei einem typologischen bzw. Prototypen-Modell. Hierzu wird in Form von Merkmalskatalogen eine Reihe von Verhaltensmerkmalen als Kriterien aufgelistet, die insgesamt eine "idealtypische" Beschreibung der jeweiligen Persönlichkeitsstörung darstellen soll. Die Diagnose darf nur dann gestellt werden, wenn die Person aus dieser Liste von diagnostischen Kriterien eine vorgegebene Mindestzahl erfüllt.[[4]](#footnote-4)

Persönlichkeitsstörungen sind im DSM IV definiert als tief verwurzelte, anhaltende Verhaltensmuster, die sich in starren Reaktionen auf unterschiedliche persönliche und soziale Lebenslagen zeigen. Sie verkörpern gegenüber der Mehrheit der betreffenden Bevölkerung deutliche Abweichungen im Wahrnehmen, Denken, Fühlen und in den Beziehungen zu anderen. Solche Verhaltensmuster sind meistens stabil und beziehen sich auf vielfältige Bereiche des Verhaltens. Häufig gehen sie mit einem unterschiedlichen Ausmaß persönlichen Leidens und gestörter sozialer Funktionsfähigkeit einher. Die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung ist bei gleichzeitigem Vorliegen von klinisch relevanten psychiatrischen Erkrankungen nur bedingt zu stellen und sollte möglichst im klinisch freien Intervall der psychiatrischen Erkrankung erfolgen.[[5]](#footnote-5)

Es ist an dieser Stelle darauf hinzuweisen, dass zur Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen eigentlich eine Längsschnittbeurteilung bestimmter Verhaltensmuster erforderlich ist: Obwohl sicherlich bei manchen Probanden ein einmaliges Interview zur Diagnosestellung ausreichen kann, sollte daher die Stabilität von Persönlichkeitszügen idealerweise über eine längere Zeit hinweg und in verschiedenen Situationen beurteilt werden. Dies ist im Rahmen der Begutachtungssituation in der Regel nicht möglich. Daher kann die hier vorgestellte Persönlichkeitsdiagnostik nur als additiver Baustein im Rahmen einer umfassenden Gesamtbeurteilung dienen. Besonders schwierig ist es, im Rahmen einer zeitlich begrenzten Begutachtungssituation, eine Persönlichkeitsstörung (gemäß DSM IV und ICD 10 Kriterien) von einer *Persönlichkeitsakzentuierung* in bestimmten Bereichen abzugrenzen. Auch Persönlichkeitszüge (im Sinne einer Persönlichkeitsakzentuierung) stellen überdauernde Formen des Wahrnehmens, der Beziehungsgestaltung und des Denkens über die Umwelt und über sich selbst dar. Sie kommen ebenfalls in einem breiten Spektrum sozialer und persönlicher Situationen zum Ausdruck. Es ist aber zu betonen, dass erst dann, wenn die jeweiligen Persönlichkeitszüge in bedeutsamer Weise zu einer Funktionsbeeinträchtigung im alltäglichen Leben oder zu subjektivem Leiden führen, von einer Persönlichkeitsstörung im eigentlichen Sinne auszugehen ist.[[6]](#footnote-6)

Im DSM IV werden 10 spezifische Formen von Persönlichkeitsstörungen unterschieden: Paranoide Persönlichkeitsstörung, Schizoide Persönlichkeitsstörung, Schizotypische Persönlichkeitsstörung, Antisoziale Persönlichkeitsstörung, Borderline Persönlichkeitsstörung, Histrionische Persönlichkeitsstörung, Narzißtische Persönlichkeitsstörung, Vermeidend / Selbstunsichere Persönlichkeitsstörung, Dependente Persönlichkeitsstörung, Zwanghafte Persönlichkeitsstörung.

Dabei kann man die definierten Typen von Persönlichkeitsstörungen in drei große Gruppen einteilen:

|  |  |
| --- | --- |
| Gruppe A | Paranoide und schizoide Persönlichkeitsstörungen, „Sonderbare und exzentrische Personen“; |
| Gruppe B | Histrionische, narzisstische, dissoziale und emotional-instabile Persönlichkeitsstörungen mit „dramatischen, emotionalen oder launischen“ Verhaltensweisen; |
| Gruppe C | Ängstlich- vermeidende, selbstunsichere, abhängige, zwanghafte oder passiv- aggressive Persönlichkeitsstörungen. |

Das **SKID-II Interview** wurde im Rahmen des Begutachtungstermins am 18. 01.2017 durchgeführt und ergab anhand der Angaben des Probanden folgendes Ergebnis:

Mit „Ja“ wurden beantwortet:

- auf der Domäne der selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung: X Items

- auf der Domäne der dependenten Persönlichkeitsstörung: X Items

- auf der Domäne der zwanghaften Persönlichkeitsstörung: X Items

- auf der Domäne der negativistischen Persönlichkeitsstörung: X Items

- auf der Domäne der depressiven Persönlichkeitsstörung: X Item

- auf der Domäne der paranoiden Persönlichkeitsstörung: X Item

- auf der Domäne der schizotypen Persönlichkeitsstörung: X Item

- auf der Domäne der schizoiden Persönlichkeitsstörung: X Item

- auf der Domäne der histrionischen Persönlichkeitsstörung: X Items

- auf der Domäne der narzisstischen Persönlichkeitsstörung: X Items

- auf der Domäne der Borderline Persönlichkeitsstörung: X Item

- auf der Domäne der antisozialen Persönlichkeitsstörung: X Items

**Zusammenfassung und Beurteilung der Ergebnisse der neuropsychologischen Zusatzuntersuchung durch Herrn PD Dr. Dipl.-Psych. Thomas Bengner vom XX.XX.XXXX**

**XVI. DIAGNOSTISCHE ERÖRTERUNGEN**

**XVII. ZUR GUTACHTERLICHEN FRAGESTELLUNG**

Die gutachterliche Fragestellung lautet: „XY“

Zur Beantwortung dieser Fragestellung sind zunächst die relevanten Symptome und Beschwerden des Probanden im entsprechenden Zeitraum sowie deren diagnostische Einordnung zu würdigen.

Einverstanden aufgrund eigener Urteilsbildung und Untersuchung:

Prof. Dr. med. R. Hellweg Dr. med. Weilnhammer

Geschäftsführender Oberarzt der Klinik Assistenzarzt der Klinik

Ärztlicher Leiter der Gutachtenstelle

**Anlage:**

* Ergebnisse der ausführlichen neuropsychologischen Zusatz-untersuchung des Probanden durch Hr. PD Dr. Dipl.-Psych. Thomas Bengner am XX.XX.XXXX

1. Hamilton, M. (1960). A Rating Scale for Depression. Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry; 23: 56-62. [↑](#footnote-ref-1)
2. Montgomery SA, Asberg M: A new depression scale designed to be sensitive to change. Br J Psychiatry 1979; 134: 382–9. [↑](#footnote-ref-2)
3. Beck, A.T. et al. (1961). An Inventory for Measuring Depression. Archives of General Psychiatry; 4: 53-63. [↑](#footnote-ref-3)
4. Verweis auf das in „Zitierte Literatur“ angeführte Interviewheft „Strukturiertes Klinisches Interview für DSM IV. Achse II. Persönlichkeitsstörung.“ [↑](#footnote-ref-4)
5. Vgl. ebd. [↑](#footnote-ref-5)
6. Zit. nach M. Berger: „Psychiatrie und Psychotherapie“, S. 771 ff. [↑](#footnote-ref-6)