Sozialversicherungsbetrug als forensisch-psychiatrisches Problem

Andreas Frei
Forensischer Dienst, Luzerner Psychiatrie, Luzern

Hintergrund

Die der IV (Invalidenversicherung) durch Betrug entstandenen Kosten betragen laut einer Umfrage [1] rund 400 Millionen Franken, konservativere Schätzungen gehen von einem wesentlich geringeren, aber immer noch dreistelligen Millionenbetrag aus [2].

Fallbeschreibung

Vorgeschichte

Die 55-jährige, eingebürgerte Frau C. kollidierte im Herbst 1999 als Fahrradfahrerin mit der Wagentür eines Automobilisten, der sie beim Aussteigen übersehen hatte. Beim Sturz zog sie sich eine leichte Rissquetschwunde am Knie sowie eine Prellung der linken Hüfte zu. Der Schaden an der Tür des PKW betrug 200 CHF, derjenige am Fahrrad 150 CHF. Frau C. wurde per Krankenwagen ins Spital transportiert; bei der Untersuchung wurde ein GCS (Glasgow Coma Scale) von 15 festgestellt. Frau C. wurde gleichentags entlassen und zunächst krankgeschrieben. Den Februar und März 2000 verbrachte sie in einer Rehaklinik, wo sie neurologisch und psychosomatisch abgeklärt wurde. Die Austrittsdiagnosen waren: Anpassungsstörung mit Angst und Depression, appellatives Krankheitsverhalten und chronifiziertes Zervikobrachialsyndrom. Der Unfallrapport stand den Ärzten nicht zur Verfügung. Frau C. wurde einer niedergelassenen Psychiaterin überwiesen.
Im November 2001 wurde Frau C. für einen Monat stationär psychiatrisch behandelt; nach ihrem Rehaaufenthalt sei es ihr noch wesentlich schlechter gegangen. Beim Eintritt habe sich die Patientin in reduziertem Allgemeinzustand gezeigt. Die Mimik sei angstvoll gehetzt gewesen, die Gestik fahrig, nestelnd. Die Orientierung habe kaum geprüft werden können. Die bestehende antidepressive Therapie mit Amitriptylin wurde auf 150 mg pro Tag erhöht. Frau C. wurde auf eigenen Wunsch in die vorhergehenden Verhältnisse entlassen. Die Austrittsdiagnose lautete:
- Agitierte Depression (F32.2 nach IDC-10);
- Dissoziative Störung mit Krampfanfällen und Bewegungsstörung (F44.4 und 44.5 nach ICD-10).

Im Mai 2002 stellte die SUVA (Schweizerische Unfallversicherungsanstalt) fest, dass Frau C. unter einem schweren pseudodementen Zustand bei agitierter Depression, dissoziativer Störung mit Krampfanfällen und Bewegungsstörungen sowie einem Zustand nach möglicher milder traumatischer Hirnverletzung leide.

Laut IV-Gutachten vom September 2005 sei Frau C. auf die Pflege ihres Ehemannes angewiesen und vegetiere praktisch nur noch dahin; sie erhielt eine monatliche IV-Rente von 1250 CHF zugesprochen.
Im Oktober 2007 stellte ein Psychiater der SUVA fest, dass Frau C. sich praktisch im Zustand eines Kleinkindes befinde. Es bestehe eine schwere, chronifizierte Form eines Ganser-Syndroms. Eine Abklärung des Gehirns mittels MRI sei aufgrund einer zu erwartenden inaktivitätsbedingten Atrophie wenig sinnvoll (sic!). Die SUVA verfügte eine monatliche Komplementärrente von 3672 CHF und eine Integritätsentschädigung in Höhe von 9720 CHF hinzu.
Mit Verfügung der IV vom Juli 2008 wurde der Frau eine monatliche Hilflosenentschädigung mittleren Grades zugesprochen; sie erhielt rückwirkend rund 25 300 CHF an Hilflosenentschädigung. Die SUVA sprach ihr auf das neun Jahre zurückliegende Unfallereignis eine Hilflosenentschädigung mittleren Grades zu und stellte ihr Sofortzahlungen in Höhe von 102 253.40 bzw. 27 445 CHF aus.
Mit Schreiben vom Januar 2009 forderte der Rechtsvertreter der Versicherten von der Lebensversicherungsgesellschaft einen Betrag von 999 264 CHF, zusätzlich 5% Zins von 60 208 CHF seit dem Unfall.

Klage

Die betreffende Lebensversicherungsgesellschaft hatte bereits am 20. August 2007 eine private Firma mit der Überwachung der Versicherten beauftragt. Die Ermittlungen ergaben, dass Frau C. in der Lage war, ihren Wohnort zu verlassen und zu verreisen. Zwischen September 2007 und November 2008 wurde sie in ihrer ursprünglichen Heimat, wo die Familie C. mittlerweile ein Haus errichtet hatte, beobachtet und mit Video überwacht. Tatsächlich sieht man sie, zwei Tage, nachdem von ihrem Mann der Antrag auf Hilflosenentschädigung unterzeichnet worden war, ein Auto lenken und rückwärts parkieren, Einkäufe tätigen, den Haushalt besorgen und ohne Einschränkung kommunizieren. Im März 2009 stellte die Lebensversicherungsgesellschaft Strafklage wegen Betrugs.
Im Juni 2009 wurde Frau C. von der Luzerner Polizei festgenommen. Sie gestand schliesslich, ihre Beschwerden vorgetäuscht zu haben.

Geständnis

Es sei ihr nach dem Unfallereignis 1999 tatsächlich ein paar Monate nicht gut gegangen, ein Kollege habe ihr dann dazu geraten zu simulieren. Sie solle zu 200% simulieren, dann würden die Ärzte denken, sie sei tat-

Der Autor hat keine finanziellen oder persönlichen Verbindungen im Zusammenhang mit diesem Beitrag deklariert.

sächlich 100% krank. Ihr allgemeiner Gesundheitszustand sei manchmal gut und manchmal schlecht. Das sei normal, sie sei nicht mehr 20 Jahre alt. Sie führe auch, wie vom Ehemann verlangt, den Haushalt. Während der letzten Jahre sei sie stets in der Lage gewesen, zu putzen, zu verreisen oder das Reisegepäck zu tragen. Sie sei in den letzten vier Jahren sicher einmal im Monat alleine mit dem Auto gefahren. Bei der Untersuchung durch den SUVA-Psychiater im Jahre 2007 habe sie simuliert. Beim Hausarzt habe sie immer ganz normal gesprochen, bei ihrer Psychiaterin manchmal simuliert, aber teilweise auch normal gesprochen.
Nach der Entlassung aus der Untersuchungshaft widerrief Frau C. ihre Aussagen. Mit Entscheid vom September 2010 wurde Anklage wegen gewerbsmässigen Betrugs erhoben. Frau C. habe innerhalb eines Zeitraums von rund neun Jahren von verschiedenen Institutionen unrechtmässig einen Gesamtbetrag von 900 000 CHF an Versicherungsleistungen ausbezahlt erhalten. Der Rechtsvertreter von Frau C. verlangte schliesslich eine forensisch-psychiatrische Begutachtung der Schuldfähigkeit.

Forensisch-psychiatrisches Gutachten vom Frühjahr 2012

Die forensisch-psychiatrische Untersuchung fand unter Beihilfe eines Übersetzers statt. Frau C. nahm mit dem Untersucher keinen Kontakt auf. Sie nestelte an ihrem Pullover. Bei plötzlichem Lärm zuckte sie schreckhaft zusammen. Sie zeigte eine deutliche Tendenz zum «Danebenreden»; die Frage nach dem aktuellen Tag beantwortete sie zögernd: «Vielleicht Sonntag?» Der Ehemann erklärte, die heutige Präsentation entspreche einem mittelschlechten Tag.
Eine geordnete neurologische Untersuchung drei Wochen später war mangels Kooperation ebenfalls nicht möglich. Immerhin zeigten sich weder Lähmungen noch Atrophien, Pyramidenbahnzeichen, Steifigkeit oder Zittern: Die Muskeleigenreflexe waren seitengleich und mittellebhaft. In der am selben Tag durchgeführten Untersuchung des Gehirns mittels Computertomogramm waren die hirnversorgenden Gefässe sowie die Strukturen der weichen Hirnhaut unauffällig.

Diskussion

Die fachliche Herausforderung im vorliegenden Fall ist nicht wie üblich die im Grenzgebiet zwischen Medizin und normativer Wertung liegende Abklärung der «zumutbaren Willensanspannung» [3], sondern die Frage nach dem bewussten Vortäuschen einer neuropsychiatrischen Störung, mit anderen Worten nach Simulation, deren Beantwortung eine strafrechtliche Verurteilung wegen Betrugs impliziert.
Die ICD-10 klassifiziert «Simulation» als Z-Diagnose, also ein Verhalten, das zu Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führt (Z76.5). Merten [4] definiert Simulation nicht als psychische Störung, sondern ein Verhalten, das in bestimmten Kontexten (z.B. Waffendienst) sogar moralisch als hochwertig beurteilt werden mag. Die Urteilsfähigkeit des Experten bezüglich der Erkennung von Simulation oder andern Formen unaufrichtiger Kommunikation würde in aller Regel überschätzt.
In seiner Übersichtsarbeit führt Turner [5] aus, reine Simulation sei selten, es bestehe ein Kontinuum von reiner Simulation zu dissoziativen und/oder Persönlichkeitsstörungen. Drob [6] stellt fest, dass mit der nicht zu operationalisierenden Diagnose «Simulation» den Probanden «Lügen» unterstellt werden, was angesichts der bekannten ungenügenden Fähigkeit von Fachleuten, «Lügen» feststellen zu können [7], den Juristen überlassen werden sollte. Selbst offensichtlich mangelnde Kooperation könne nicht immer als bewusste Täuschung interpretiert werden, häufig werde die Möglichkeit einer dissoziativen Störung, wie beim «Ganser-Syndrom», nicht in Erwägung gezogen.
Dissoziative oder Konversionsstörungen sollen im Zusammenhang mit traumatisierenden Ereignissen, unlösbaren oder unerträglichen Konflikten oder gestörten Beziehungen entstehen. Konversionsstörungen wie psychogene bzw. «hysterische» Lähmungen von Extremitäten werden entsprechend der Vorstellung der Betroffenen dargeboten und lassen sich oft nicht mit den anatomischen Realitäten in Einklang bringen. Beim Ganser-Syndrom z.B. handelt es sich um das unbewusste Zurschaustellen einer schweren psychischen Störung bzw. «Verrücktseins», so wie es sich der Laie eben vorstellt. Allerdings beschrieben sowohl Gansers Monographie aus dem Jahre 1897 [8] als auch neuere Arbeiten [9] das Störungsbild im akut belastenden Kontext von Haft, nicht aber im chronischen Kontext eines Rentenbegehrens.
Merten [4] vertritt die Ansicht, als einziges wirklich zuverlässiges Kriterium für eine Simulation müsse das Eingeständnis des Betreffenden, in der Tat zu simulieren oder simuliert zu haben, gelten.

Gutachterliche Schlussfolgerungen

Im Wissen um den Kontext und den natürlichen Verlauf der üblichen psychiatrischen Störungen sowie nach Ausschluss eventuell doch vorhandener neurodegenerativer Prozesse ging der Gutachter von einer bewussten Vortäuschung, also von Simulation, aus.

Juristische Folgen

Frau C. wurde des gewerbsmässigen Betrugs für schuldig gesprochen und zu einer Freiheitsstrafe von vier Jahren verurteilt [10].

Fazit

Nebst den eindrücklichen schauspielerischen Fähigkeiten von Frau C. erstaunt angesichts der Geringfügigkeit des Unfallereignisses die relative Leichtigkeit, mit welcher ihr die jahrelange Täuschung gelungen ist. Allerdings: Der erste SUVA-Bericht vom 7. März 2000 wurde verfasst, ohne überhaupt den Unfallrapport konsultiert zu haben, zweieinhalb Jahre nach dem Ereignis wird von

einem Zustand nach möglicher milder traumatischer Hirnverletzung gesprochen, ohne dass je etwas über ein Anschlagen des Schädels berichtet worden wäre. Es fällt auch auf, dass die in der ICD-10 zur Konversionsstörung ausdrücklich genannte Differentialdiagnose Simulation (Z76.5 nach ICD-10) nie auch nur in Erwägung gezogen worden ist. Später wurde die Untersuchung des Kopfes mittels bildgebender Verfahren mit Hinweis auf eine «Inaktivitätsatrophie» des Gehirns (sic!) als nicht opportun angesehen.

Offenbar ist es möglich, mittels konsequenten Schauspielerns Ärzte so weit zu bringen, dass sie ihre Differentialdiagnosen (mildes Hirntrauma) dem klinischen Befund anpassen und nicht gemäss der Aktenlage stellen oder zu Verlegenheitsdiagnosen wie «chronifiziertes Ganser-Syndrom» greifen. Offenbar ist die Observation ein bisweilen unentbehrliches Mittel bei der Entdeckung von Versicherungsbetrug, so unerfreulich diese Erkenntnis aus ärztlicher Sicht sein mag.

Korrespondenz:
Dr. med. Andreas Frei
Luzerner Psychiatrie
Schafmattstrasse 1
CH-4915 St. Urban
andreas.frei[at]lups.ch

Literatur

1 Bachmann R, D'Angelo M. die Bekämpfung des Versicherungsmissbrauchs in der Invalidenversicherung. SZS/RSAS. 2007;(51):133–49.
2 Jeger J. Jährlich über 400 Milionen Franken Missbrauch in der Invalidenversicherung? Schweizerische Ärztezeitung. 2007;88:950–2.
3 Foerster K, Dressing H. Die «zumutbare Willensanspannung» in der sozialmedizinischen Begutachtung. Nervenarzt. 2010;81;1092–6.
4 Merten T. Fragen der neuropsychologischen Diagnostik bei Simulationsverdacht. Fortschr Neurol Psychiat. 2002;70:126–38.
5 Turner M. Malingering. BMJ. 1997;409–11.
6 Drob SL, Meehan KB, Waxman SE. Clinical and Conceptual Problems in the Attribution of Malingering in Forensic Evaluations. J Am Acad Psychiatry Law. 2009;37:98–106.
7 Aamodt MG, Custer H. Who can best catch a liar? – a metaanalysis of individual differences in detecting deceptions. Forensic Exam. 2006; 15:6–11.
8 Ganser SM. Über einen eigenartigen hysterischen Dämmerzustand. Arch Psychiat. 1893;30:633–40.
9 Butzke IF, Hofmann F, Offinger A, Stampa Z. Schweiz Med Forum. 2005;5:299–300.
10 Müller R. Die Simulation von Krankheitssymptomen: Wege zur Aufdeckung des gewerbsmässigen Versicherungs-Betrugs. Abschlussarbeit MAS Forensics, Hochschule Luzern 2013.