

Anlage 2

**DR. MED. JOHANNA LECLERC-SPRINGER**  
Ärztin für Psychiatrie/Psychotherapie  
Ärztin für Psychosomatische Medizin  
Verkehrsmedizin Suchtmedizin

---

Versorgungswerk der Rechtsanwälte  
im Lande NRW, Frau Ludwig  
Postfach 105161  
40042 Düsseldorf

Praxisgemeinschaft Psychotherapie  
und Psychosomatik am Heumarkt  
Am Malzbüchel 6 - 8  
50667 Köln  
Tel. 0221 29209402  
Fax 0221 29209401

leclerc-springer@netcologne.de

09.02.2015

<b>Eingang am:</b> <b>R</b>
<b>11. Feb. 2015</b>
Versorgungswerk der Rechtsanwälte in NW

**Antrag Berufsunfähigkeitsrente**

**Herrn Peter Kreß, Frechen, Mitglieds-Nr. 30368/01**

Sehr geehrte Frau Ludwig,

mit einem Brief vom 16.12.2014 baten Sie um ein

## **Gutachten**

zu den gesundheitlichen Voraussetzungen einer möglichen Berufsunfähigkeit des Mitglieds.

Meinem Gutachten zugrunde liegen

1. eine psychiatrisch-psychosomatische Untersuchung des Mitglieds am 16. Januar und am 30. Januar 2015 in der Praxis Am Heumarkt in Köln;
2. ein Telefonat mit dem gesetzlichen Betreuer Herrn Heidemann am 9.2.2015;
3. die vom Versorgungswerk übersandten Unterlagen.

### **Aus den Unterlagen**

Fachärztliche Stellungnahme des Sozialpsychiatrischen Dienstes der Stadt Köln, Dr. Le-  
ger, vom 25.11.2014, zum Rentenantrag: Herr Kreß sei dem Sozialpsychiatrischen  
Dienst aufgrund eines BTM-Urteils im Jahr 1988 und eines PsychKG's im Jahr 1990 be-  
kannt. Im August 2013 habe der Notarzt der Berufsfeuerwehr nach einem Einsatz um  
Kontaktaufnahme und Hilfestellung gebeten, aus dem sozialen Umfeld und von der Poli-  
zei seien weitere sorgenvolle Meldungen beim Sozialpsychiatrischen Dienst eingegan-  
gen. Anlässlich einer bevorstehenden Räumung am 07.11.2014 habe dann erst am  
24.10.2014 ein erstes Beratungsgespräch stattgefunden. Vorherige Kontaktaufnahmen  
seitens des Dienstes seien an der ablehnenden Haltung des Betroffenen gescheitert. Am  
24.10.2014 wurde ein etwas verwahrlost und ungepflegt wirkender Mann vorgefunden,  
verzweifelt, zittrig. Für den 25.11.2014 wurde vermerkt, dass er beim Vater untergekom-  
men sei, seine Kinder lebten bei seiner Mutter, seit August 2014 nicht mehr krankenver-  
sichert, Alkohol- und Drogenmissbrauch. Über den SKM sei eine Betreuung angeregt  
worden. Aufgrund der psychischen Erkrankung sehe die Stadtärztin eine deutlich einge-  
schränkte Arbeitsfähigkeit auf maximal 3 Stunden pro Tag.

### **Eigene Untersuchungen**

Am 16.01.2015 fand eine psychiatrische Untersuchung in der Praxis Am Heumarkt in  
Köln statt. Der Proband erschien 10 Minuten verspätet zum Termin und konnte sich mit  
einem Ausweis ausweisen. Er hat den vorab zugesandten Fragebogen nicht ausgefüllt  
wieder mitgebracht, auf meine Nachfrage gibt er an, dass er nicht bemerkt habe, dass  
bei der Einladung ein auszufüllender Fragebogen dabei gewesen sei.

Mitglieds-Nr.: 30368/01, Gutachten Herrn Peter Kreß vom 09.02.2015

Zu Beginn der Untersuchung wurde der Proband aufgeklärt über den Auftraggeber, die Gutachterin, die Fragestellung des Gutachtens und die beabsichtigte Vorgehensweise sowie über die eingeschränkte ärztliche Schweigepflicht im Rahmen des Gutachtenverfahrens, die Freiwilligkeit der Mitarbeit wurde betont, auf Nachfrage erklärte der Proband, dass er auch unter diesen Voraussetzungen zur Mitarbeit bei der Begutachtung bereit sei.

Da er nach 4 Stunden Untersuchung angab, erschöpft zu sein und den Fragebogen nicht weiter ausfüllen zu können, wurde telefonisch ein zweiter Begutachtungstermin am 23.1.2015 vereinbart, was der Proband anfänglich mit Hinweis auf seine Ängste und seine geringe Belastbarkeit ablehnte.

Befragt zu den Beschwerden gibt der Proband an, dass er depressiv sei, er spüre „Frust und Frustration“, fühle sich hilflos, könne die Situation nicht mehr kontrollieren, sei überanstrengt.

(Auf Nachfrage) Sein Schlaf sei schlecht. Er gehe ca. um Mitternacht, manchmal auch erst 2 Uhr zu Bett, habe angeblich keine Einschlafstörung, wache nachts auf, stehe morgens zwischen 6 und 9 Uhr auf; über vermehrte Tagesmüdigkeit wird nicht berichtet.

(Suchtmittelkonsum?) 10 Zigaretten pro Tag, Alkoholkonsum 1 Flasche Bier pro Tag, ab und zu Amphetamine, gelegentlich Cannabis.

Keine Opiate, keine Beruhigungsmittel.

Zur Entwicklung der Störung verweist er auf seine Anlage zum Antrag auf Gewährung der Berufsunfähigkeit mit einer Beschreibung des Krankheitsverlaufs, wo ausgeführt ist, dass er „mit den Nerven bereits restlos am Ende“ 2013 gewesen sei im Rahmen einer

Mitglieds-Nr.: 30368/01, Gutachten Herrn Peter Krefß vom 09.02.2015

seit 2006 schwierigen beruflichen und finanziellen Situation, nach dem Tod der Ehefrau 2011 und bei Partnerschaft mit einer Borderlinerin.

(Im August 2013 ist es zu einem Notarzteinsatz gekommen, der Notarzt ging von einer schweren psychischen Erkrankung aus?) Dazu könne er nichts sagen, da „jemand anders“ die Feuerwehr gerufen habe.

Zur allgemeinen Anamnese:

Der Proband gibt an, dass laborchemisch eine HIV-Infektion sowie eine Hepatitis A oder B festgestellt worden sei.

1988 sei er wegen Cannabis-Besitzes in Konflikt mit dem Gesetz geraten.

1990 sei er wegen einer einmaligen Psychose mit PsychKG untergebracht worden und stationär behandelt worden, die Psychose habe sich schleichend entwickelt.

Von 1992 bis 2004 250 Stunden Psychoanalyse.

2008 oder 2009 habe er zwei Termine bei einer Psychologin im Alexianer-Krankenhaus Rodenkirchen wahrgenommen, damals sei der V.a. ein ADHS geäußert worden; zusätzlich habe er an Schlafstörungen gelitten.

Befragt zum Alltag gibt er an, dass er beim pflegebedürftigen Vater wohne. Er esse gemeinsam mit dem Vater zu Mittag, das Essen werde geliefert. Sein Vater habe einen Pflegedienst dreimal täglich, zusätzlich komme eine Haushälterin an 4 Tagen für 3-4 Stunden. Er selbst helfe nur ansatzweise beim Hausputz. Er gehe mit dem Hund spazieren, höre viel Radio, versuche zu lesen. Er schaue abends 1-2 Stunden Fernsehen mit seinem Vater.

Mitglieds-Nr.: 30368/01, Gutachten Herrn Peter Kreß vom 09.02.2015

Seine Kinder sehe er selten, zuletzt habe er sie an Weihnachten gesehen. Er gibt an: „Wir verstehen uns gut.“ Auf Nachfrage gibt er an, dass er keine Geschenke gemacht habe, da er kein Geld gehabt habe. Die Mutter habe ihm Weihnachtsgeld gegeben, er habe jeweils 33 Euro an seine Kinder weitergegeben. Befragt zur Angelegenheit Inobhutnahme der Kinder und Sorgerecht: Dass es wohl vorgekommen sei, dass seine jüngste Tochter, damals ein Grundschulkind, nachmittags vor der verschlossenen Haustüre gestanden habe, da er noch im Büro gewesen sei und die älteren Kinder sich nicht präzise mit der Jüngeren verabredet hätten. Die Inobhutnahme der beiden jüngeren Kinder sei allerdings „total verfehlt“, im Vorfeld habe das Jugendamt einen Hausbesuch gemacht bei ihm und keine Beschwerden gehabt, nach einem anonymen Anruf seien die Kinder dann in der Schule abgeholt und in Obhut genommen worden. Bei der gerichtlichen Verhandlung bezüglich des Sorgerechts habe er zuerst seiner Mutter eine befristete Vollmacht für ein halbes Jahr erteilt, er selbst scheint die dringende Empfehlung vom Gericht bekommen zu haben, in diesem halben Jahr ggf. auch mittels stationärer Behandlung seinen Gesundheitszustand zu bessern. Nun ist das Sorgerecht auf die Mutter übertragen worden.

Er sei nicht partnerschaftlich gebunden. Habe keine sozialen Kontakte mehr.

Er selbst habe ca. 50.000,- bis 70.000,- € Schulden. Eine Privatinsolvenz sei geplant.

Da er seit Monaten die private Post nicht mehr geöffnet habe, keine Krankenversicherung mehr habe, kein Einkommen und keine Wohnung, habe er im November Betreuung beantragt, die Betreuung ist am 22.12.14 für die Wirkkreise Vermögenssorge und Behördenangelegenheiten ausgesprochen worden sein, Betreuer ist Herr Heidemann vom SKM (Kopie der Bestallungsurkunde wurde übersandt.).

Mitglieds-Nr.: 30368/01, Gutachten Herrn Peter Kreß vom 09.02.2015

Befund: 45-jähriger Mann, in diskret reduziertem Allgemein- und gutem Ernährungszustand. Schnieft gelegentlich.

Ordentlich geschnittene Haare, rasiert, saubere Kleidung. Er trägt eine schlecht sitzende Jeans, ein quergestreiftes etwas unmodisches langärmeliges Shirt, einen Schal, darüber eine orangefarbene ältlich wirkende Jacke. An der Lesebrille fehlen beide Bügel, er klemmt sich die Brille auf die Nase und befestigt sie mit einer Schirmmütze.

Linkshänder.

Bewusstseinsklar und allseits orientiert.

Stimmung eher indifferent, flach. Selten auch Scham und aggressive Impulse undeutlich spürbar.

Antrieb und Psychomotorik unauffällig.

Wirkt im Gespräch etwas schwerbesinnlich, dann aber auch fassadenhaft, floskelhafte Wendungen; bei der Frage nach den Vorkommnissen 1988 und den Gesetzeskonflikten gibt er an, dass er da überlegen müsse. Denken etwas assoziativ gelockert.

Ist kritikgemindert:

- Nicht in der Lage, die Position des Jugendamtes oder des Gerichts bezüglich der Inobhutnahme der Kinder nachzuvollziehen.
- Auf die Frage nach dem Gewinn der 250 Stunden Psychoanalyse gibt er an: „Das hat mich etwas stabilisiert.“
- Den Suchtmittelkonsum räumt er relativ offenherzig ein, ohne eine Verbindung zu den sorgenvollen Meldungen ans Jugendamt zu ziehen. Gibt an, dass das Sorgerecht „wegen eines anonymen Anrufs“ auf die Mutter übergegangen sei.

Telefonat mit dem Betreuer Herrn Heidemann: Der Vater berichte von psychotischen Erlebnisweisen des Sohnes, er würde sich den ganzen Tag lang mit mehreren imaginären Personen lauthals auseinandersetzen. Die 82-jährige Mutter berichte von Wahrnehmungen von Bildern und Stimmenhören des Sohnes.

### Neuropsychologische Testung

Die Auswertung des TMT und des MMPI-2 wurde von der Neuropsychologin Dr. rer. med. R. Brockhaus, Duisburg, unterstützt.

#### **MMPI-II (Minnesota Multiphasic Personality Inventory II):**

Mit Hilfe des MMPI-II kann man ein relativ vollständiges Bild von Persönlichkeit und Beschwerden eines Klienten erhalten. 567 Items sind zu beantworten. Neben 10 Basisskalen werden Gültigkeitsskalen und weitere Plausibilitätsskalen konstruiert.

Der Proband bearbeitete den Test vollständig. Er benötigte an zwei Terminen insgesamt 140 Minuten. Die übliche Testbearbeitungszeit beträgt 60-90/120 Minuten.

Die unauffälligen VRIN- und TRIN-Werte lassen auf überlegtes und konsistentes Antwortverhalten schließen. Der Proband versuchte, die Instruktionen zu befolgen und die Fragen sorgfältig zu lesen. Es liegt ein auswertbares Profil vor.

Der T-Wert der Lügen-Skala (T= 44) liegt knapp unterhalb des Normbereichs, der T-Wert der Kontroll-Skala (T= 53) und der T-Werte der Seltenheitsskala (T= 45) liegen im Normbereich.

Der F- minus K-Index wird gebildet anhand der Rohwertdifferenz zwischen den Skalen F und K. Bei Werten über 5 wird nach Theis Simulation wahrscheinlich.

In diesem Fall liegt der Wert bei -12, was unauffällig ist.

#### **Die Skala HHI**

Die Henry-Heilbronner-Skala HHI entstand durch Bemühungen, eine Skala zu entwickeln, die bei psychologischen Untersuchungen im Rahmen von Rentenbegehren oder Verletzungsentschädigungen Pseudosomatisierungstendenzen erfasst (Henry, Heilbronner, Mittenberg & Enders, 2005). Das heißt, Aggravationen, Übertreibungen bzw. die Simulation von somatischen Beschwerden werden je nach Ausprägung der HHI-Skala mehr oder weniger wahrscheinlich.

Rohwert = 11 (T-Wert = 82). Cut off nach Henry 8; nach Theis 12.

Hier findet sich ein möglicher Hinweis für Aggravation somatischer Beschwerden.

## Die FBS-Skala

Die FBS-Skala ist international sehr gut untersucht und markiert in der Beschwerdevalidierung auffällige psychiatrische und somatische Ergebnisse bei Probanden in der Gerichtsbarkeit: Sie wurde von LEES-HALEY (1991, auch beschrieben in LARRABEE, 2003) als Maß für Übertreibung bei Klägern mit Somatisierungstendenzen vor Gericht entwickelt. Man kann Gruppen mit verschiedenen Erkrankungen wie chronische Schmerzen, Schädel-Hirn-Trauma oder Depressivität, die bis auf die Tatsache sich ähneln, dass sie entweder im Gerichtsverfahren oder nicht im Gerichtsverfahren als Kläger involviert sind, trennen (BENPORATH, GREVE, BIANCHINI, & KAUFMANN, 2009). Die Skala erfasst gänzlich andere Validierungsbereiche als die traditionellen Validitätsskalen F, L und K, denn sie trennt klinische Gruppen hinsichtlich des Zustandes „Anstreben eines Gerichtsverfahrens“. Eine beachtliche Anzahl neuer Veröffentlichungen belegt die Sensitivität der FBS-Skala für die Übertreibung von neurokognitiven und somatischen Beschwerden im MMPI im Rahmen von Gerichtsverfahren (z.B. BOYD, MCLEAREN, MEYER & DENNEY, 2007, BENPORATH, GREVE, BIANCHINI & KAUFMANN, 2009 (CRAWFROD, GREENE, DUPART, BONGAR, & CHILDS; 2006)

Eine Erhöhung der FBS-Skala geht typischerweise einher mit folgenden Selbstbeschreibungen:

- Betonung der prämorbid psychischen Normalität
- Betonung körperlicher Beschwerden
- Betonung negativer psychischer Reaktionen als Folge des (rentenspezifischen) Ereignisses

Der Rohwert = 26 (T-Wert = 79). Cut off nach Theis 27; nach Benporath 29.

Hier findet sich kein sicherer Hinweis auf Simulation oder Übertreibung.

## Die DS-Skala

Die DS-Skala (GOUGH 1954) hat über diversen Studien in den letzten 50 Jahren hinweg eine bemerkenswerte Konsistenz der Trefferrate für Beschwerdenübertreibung aufgewiesen (Metaanalyse BERRY et al. 1991). Die Skala ist selbst durch Klinische Psychologen bzw. durch Psychiater, die die Aufgabe erhalten, eine psychiatrische Erkrankung beim Ausfüllen vom MMPI-2 zu simulieren, schwer verfälschbar, und es ist wiederholt festgestellt worden, dass die Skala einen der größten Effekte bei der Trennung von übertreibenden und nicht-übertreibenden Probanden hat.

Rohwert = 13 (T-Wert = 52). Cut off nach Theis 24; nach Roger 32.

Aus gutachterlicher Sicht besteht kein Hinweis auf Aggravation von psychiatrischen Beschwerden.

## Der Md-Wert (malingering depression)

Der Md-Wert wurde entwickelt anhand von einer Depression simulierenden Studenten und echt depressiven Studenten. Die MMDS-Skala ist eine Kurzform der Md-Skala. Einschränkend ist anzumerken, dass bei der Entwicklung der Skalen kaum chronisch oder schwer depressiven Patienten als Kontrollgruppen zu Einsatz kamen.

Der Md-Rohwert = 22 (T-Wert = 78). Cut off nach Theis 20; nach Steffan 23.

Aus gutachterlicher Sicht besteht hier ein möglicher Verdacht auf Simulation einer Depression.



Der **MMDS-Wert** = 13 (T-Wert = 81). Cut off nach Theis 11; nach Henry 8.

Aus gutachterlicher Sicht besteht hier ein Verdacht auf Simulation einer Depression.

**Der F(p)-Wert**

Der F(p)-Wert wurde entwickelt für Untersuchungen in Populationen mit einer hohen Rate an ernsthafter Psychopathologie. Er ist ein nützliches Instrument, um übertreibende Angaben von Angaben von Patienten mit ernsthafter Psychopathologie zu unterscheiden.

Rohwert = 2 (T-Wert = 47). Cut off nach Theis 6.

Aus gutachterlicher Sicht besteht hier kein Hinweis auf Übertreibung von Psychopathologie.

**Back Infrequency (FB)**

FB = 70

He is acknowledging the unusual experiences represented in these scales more than the typical person is expected to. The elevation reflects the extent and severity of his psychopathology and how he has adjusted to his psychopathology (e.g., intact psychotic patients frequently obtain T scores between 58 and 80).

Die **Wiener-Harmon-Skalen** listen offen und subtil beklagte Symptome auf.

(T-Werte)	subtil	offen	
Depression	51	76	Betonung offen depressiver Beschwerden
Hysterie	66	76	noch unauffällig
Psychopathie	66	62	unauffällig
Paranoia	69	64	unauffällig
Hypomanie	54	32	unauffällig

Wiener-Harmon-Skalen

In den Wiener Harmon-Skalen finden sich keine belangvollen Differenzen zwischen offen beklagten Symptomen und subtilen Symptomen zugunsten der offen beklagten Symptome. Die Summe der Differenzen zwischen offenen und subtilen Symptomen (Summe= 66) liegt nicht über dem vorgeschlagenen Grenzwert von 104.

Es fanden sich keine Hinweise auf mangelnde Anstrengung und mangelnde Mühegabe.

### **Aufmerksamkeit und Exekutivfunktion: „Trail making-Test“**

Dieses Instrument wurde konzipiert, die geistige Flexibilität/ Umstellfähigkeit zu überprüfen. Zu den kognitiven Voraussetzungen für die erfolgreiche Erledigung der exekutiven Aufgabe gehören: konzentriertes visuelles Absuchen einer Vorlage auf einem DIN-A4 Blatt; psychomotorisches Geschick dahingehend, dass man einen Bleistift über ein Blatt Papier führen kann, um eine Linie zu ziehen. Die Aufgabe besteht aus 2 Teilen.

Im ersten Teil, **TMT-A**, muss der Proband Zahlen, die pseudorandomisiert auf dem Blatt zerstreut sind, in aufsteigender Anordnung mit einem Strich mit einander verbinden. Diese Aufgabe misst Aufmerksamkeit und psychomotorische Schnelligkeit.

Im zweiten Teil, **TMT-B**, muss der Proband in ähnlicher Weise einen Strich ziehen, er soll jedoch zwischen Zahlen und Buchstaben abwechseln. Die Zahlen soll er wie im Teil I in aufsteigender Anordnung anzielen, die Buchstaben soll er in alphabetischer Ordnung anzielen. Der permanente Wechsel von Zahl zu Buchstaben und zurück stellt eine kognitive Steuerungshandlung dar und gilt als Exekutivfunktion.

Der T-Wert bei Teil A lag bei 41. Der T-Wert bei Teil B lag bei 41.

Das Ergebnis zeigt eine Leistung, die am unteren Ende des altersentsprechenden Bereichs liegt.

### **d2-Test**

Bei dieser bekannten Durchstreichaufgabe muss der Proband unter Zeitdruck (Dauer weniger als 5 Minuten) Zielreize aufsuchen und durchstreichen bzw. Ablenker nicht beachten und nicht durchstreichen. Die drei wichtigsten ausgewerteten Variablen sind: Bearbeitungstempo (GZ), Arbeitssorgfalt (F) und Konzentrationsleistung (KL).

Der Proband folgte den Anweisungen, er arbeitete langsam und machte wenig Fehler.

Die Arbeitssorgfalt (SW=110), Bearbeitungstempo (SW=92) und Konzentrationsleistung (SW=98) waren unauffällig.

### **Gutachterliche Wertung**

Der Proband hat mitgearbeitet, es fanden sich keine Hinweise auf mangelnde Mühegabe in der neuropsychologischen Testung (Gedächtnistest, RBS im MMPI-2).

Mitglieds-Nr.: 30368/01, Gutachten Herrn Peter Kreß vom 09.02.2015

Im Rahmen der neuropsychologischen Beschwerdevalidierung fanden sich Hinweise auf eine Aggravation somatischer und depressiver Beschwerden (HHI-Skala und MD/MMDS-Skala im MMPI-2).

Aus gutachterlicher Sicht ist dieser Befund zur Kenntnis zu nehmen; in der gutachterlichen Einschätzung der Erkrankung und der Beeinträchtigung (s. unten) werden die geklagten depressiven und somatischen Beschwerden keine bedeutende Rolle spielen.

In der neuropsychologischen Testung fand sich kein Hinweis auf bedeutende Simulation oder Aggravation anderer psychiatrischer Beschwerden (Skalen F, F(p), DS des MMPI-2 unauffällig).

Der psychopathologische Befund im Rahmen der psychiatrischen Untersuchung war deutlich auffällig, insbesondere bezüglich der Kritikminderung, Denken (schwerbesinnlich, fassadenhaft, assoziativ gelockert) und flacher Affektivität.

Die diagnostische Einordnung der deutlich auffälligen Psychopathologie ist nicht sicher möglich: Aufgrund der Fremdanamnese des gesetzlichen Betreuers Herrn Heidemann, dem beide Eltern des Probanden von dessen psychotischen Verhaltensweisen berichtet haben, und aufgrund der anamnestischen Angabe einer stattgehabten sich schleichend entwickelnd habenden Psychose 1990, erscheint eine psychotische Störung (F2x.x) gut möglich.

Denkbar ist aber auch eine mögliche zusätzliche organische Komponente z. B. bei Suchtmittelmissbrauch oder angeblicher HIV-Infektion.

Es ist mir nicht gelungen, weitere Angaben von Vorbehandlern zu bekommen.

Mitglieds-Nr.: 30368/01, Gutachten Herrn Peter Kreß vom 09.02.2015

Das Ausmaß der Beeinträchtigung durch die Erkrankung ist erheblich: Mindestens seit Beginn 2014 ist das psychosoziale Funktionsniveau deutlich erniedrigt, u. a. kam es zur Inobhutnahme der Kinder, zum Übergang des Sorgerechts auf die 82-jährige Mutter und zur Einrichtung einer gesetzlichen Betreuung mit den Wirkkreisen Vermögenssorge und Ämtergänge. Der Proband ist seit 2014 sicher nicht mehr arbeitsfähig.

Bei unscharfer diagnostischer Einordnung ist die Prognose natürlich schwierig einzuschätzen:

Für eine ungünstige Prognose bzgl. der Wiedererlangung einer Arbeitsfähigkeit und späteren Berufsfähigkeit als Rechtsanwalt sprechen:

- ein jahrelanger chronifizierter Verlauf,
- eine mehrjährige Psychotherapie ohne langfristigen Benefit,
- die Komorbidität mit einem gelegentlichen Suchtmittelmißbrauch,
- die (krankheitsbedingte) Krankheitsuneinsichtigkeit.

Für eine noch möglicherweise offene Prognose spricht der Umstand, dass

- diagnostische und therapeutische Maßnahmen seit 2009 nicht stattgefunden haben.

Aufgrund der Schwere der Beeinträchtigung und aufgrund der Chronifizierung ist allerdings auch bei optimaler Behandlung keine Wiedererlangung der Berufsfähigkeit als Rechtsanwalt vor dem Ablauf von 2 Jahren zu erwarten.

**Zusammengefasst beantworte ich die Fragen des Versorgungswerks:**

1. Das Mitglied kann nicht in freier Rede auftreten, da das Denken etwas schwerbe-sinnlich, fassadenhaft und assoziativ gelockert erscheint.
2. Das Mitglied kann mit Dritten kommunizieren.
3. Entfällt.
4. Das Mitglied kann sich aus Unterlagen und Gehörtem kein eigenes ausreichend kritisches Urteil bilden. Es ist kritikgemindert.
5. Das Mitglied ist körperlich mobil. Das Mitglied ist geistig nicht mobil, es ist kritik-gemindert und zur Perspektivübernahme nicht fähig.
6. Das Mitglied kann nicht als Rechtsanwalt arbeiten.
7. Die Beeinträchtigungen liegen wahrscheinlich mindestens seit Anfang 2014 vor.

Aus psychiatrischer Sicht sollte eine psychiatrische Behandlung angestrebt werden. Es erscheint nicht ausgeschlossen, dass die Arbeitsfähigkeit in ein bis zwei Jahren wiedererlangt werden; ob aber die Berufsfähigkeit als Rechtsanwalt mit überwiegender Wahr-scheinlichkeit nach zwei Jahren wiedererlangt werden kann, ist ungewiß.

Ich hoffe, Ihnen mit meinen Angaben ausreichend gedient zu haben und verbleibe mit freundlichen Grüßen



Dr. med. Johanna Leclerc-Springer

Ärztin für Psychiatrie/Psychotherapie  
Ärztin für Psychosomatische Medizin  
Suchtmedizin Verkehrsmedizin