Beschwerdenvalidierung in der sozialmedizinischen Begutachtung

Axel Kobelt-Pönicke^{1,2} und Franziska Walter³

¹Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover

²Abteilung Klinische Psychologie und Psychotherapie, Universität Hildesheim

³Zentrum für Klinische Psychologie und Rehabilitation, Universität Bremen

Zusammenfassung: Die Validierung von Diagnosen und ihrer Krankheitsfolgen sind vor dem Hintergrund eines hohen Anteils von Antwortverzerrungen bei Begutachtungen von Menschen mit psychischen Erkrankungen, die eine Rente wegen voller Erwerbsminderung beantragen, notwendig. Gleichzeitig ist der Nachweis von verzerrtem Antwortverhalten diagnostisch vor allem für Gutachter_innen in der fachärztlichen Praxis schwer zu führen.

Schlüsselwörter: Beschwerdenvalidierung, sozialmedizinische Begutachtung, Erwerbsminderungsrente

Symptom validity in socio-medical assessment

Abstract: It is necessary to critically review diagnoses and health outcomes when assessing people with mental illnesses, who applied for full incapacity benefit, given a high share of response bias in these assessments. Moreover, it is a demanding task, particularly for the clinical consultants involved, to provide the diagnostic evidence for such response bias.

Keywords: Symptom validity, socio-medical assessment, incapacity benefit

Im Gegensatz zu anderen Ursachen haben psychische Störungen bei den bewilligten Anträgen auf Rente wegen voller Erwerbsminderung deutlich zugenommen (DRV, 2016). Während Neuzugänge zur Erwerbsminderungsrente aufgrund psychischer Störungen im Jahre 1996 etwa ein Fünftel (20.1%) der Neuzugänge ausgemacht haben, hat sich dieser Anteil für das Jahr 2018 mehr als verdoppelt (42.7%). Im Vergleich dazu hat sich der Anteil der einstigen Hauptfaktoren für frühe Verrentungen, wie etwa Erkrankungen des Skelettes, der Muskeln oder des Bindegewebes, von über einem Viertel (27.5%) aller Erwerbsminderungsrentenzugänge im Jahre 1996 bis zum Jahr 2018 mehr als halbiert (12.9%).

Für die gesetzliche Rentenversicherung ist der zunehmende Anteil psychischer Erkrankungen unter den Erwerbsminderungsrenten besonders vor dem Hintergrund des demografischen Wandels mit einer fallenden Zahl an Beitragszahler_innen und einer steigenden Anzahl an Leistungsempfänger_innen eine Herausforderung (Kühn-
topf & Tivig, 2008). Hinzu kommen eine Reihe gesellschaftlicher Faktoren, wie die insgesamt verlängerte Lebensarbeitszeit und die Abschaffung von Möglichkeiten des vorzeitigen Zugangs zur regulären Rente in den letzten Jahrzehnten, welche die gesundheitliche Fähigkeit des

Ausübens einer Erwerbstätigkeit bis 67 Jahren voraussetzt (Grundke et al., 2013).

Rentenversicherungen haben in diesem Zusammenhang nicht nur die Aufgabe, die nachgewiesenen Ansprüche des Einzelnen zu erfüllen, sondern auch dafür zu sorgen, dass die Stabilität und die Gesundheit der gesamten Versichertengemeinschaft gewährleistet bleibt.

Gerade bei Gutachten von Personen mit psychischen Erkrankungen herrscht zunehmende Unsicherheit hinsichtlich der Validität der Diagnosestellung und der Einschätzung des Leistungsvermögens, da tatsächliche Krankheitssymptome von willentlich gezeigten oder geschilderten Beschwerden, um finanzielle oder soziale Vorteile zu erreichen, auf der Basis klinischer Interviews kaum voneinander zu differenzieren sind. Betrugsfälle wie in Nordrhein-Westfalen (<https://www.wn.de/Muensterland/3019125-DRV-Westfalen-verhindert-Millionenschaden-Haftstrafen-fuer-dreiste-Rentenbetrueger>) führen dazu, dass die Standards, mit denen die berufliche Funktions- und Leistungsfähigkeit geprüft werden, von den Leistungsträger_innen hinterfragt werden.

Der Feststellung verzerrten Antwortverhaltens bzw. dass eine Person in einer Begutachtungssituation die Schwere der beklagten gesundheitlichen Einschränkungen

gen deutlich verstärkt, muss daher eine sehr differenzierte Diagnostik vorausgehen, um die individuelle Bedürftigkeit des Probanden, die stets auch Einfluss auf die Beschwerdenschilderung nimmt, von dem Wunsch nach möglicherweise zu erreichenden Transferleistungen abzugrenzen (Dohrenbusch et al., 2011; Keppler et al., 2017). Eine besondere Schwierigkeit besteht darin, nicht voreilig von verzerrtem Antwortverhalten auszugehen, was möglicherweise zu negativen Folgen für den Probanden führen kann.

Es ist daher eine sehr anspruchsvolle Aufgabe, die Ressourcen der Versichertengemeinschaft vor nicht gerechtfertigten Forderungen zu schützen. Chafetz (2011) geht für die USA von einem jährlichen Schaden von 180 Mrd. Dollar aus, der durch nicht-authentisches Antwortverhalten in Begutachtungssituationen entsteht.

Die aktuelle Leitlinie der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF; Stand: 15.12.2019) zur Begutachtung psychischer und psychosomatischer Funktionsstörungen listet folgende Hinweise auf nicht oder nicht in dem Umfang vorhandene Funktionsstörungen auf:

1. Diskrepanzen zwischen der subjektiv geschilderten Intensität der Beschwerden und der Vagheit der Beschwerden.
2. Diskrepanzen zwischen massiven subjektiven Beschwerden (einschließlich Selbsteinschätzung in den Fragebögen) und der erkennbaren körperlich-psychischen Beeinträchtigung in der Untersuchungssituation.
3. Diskrepanzen zwischen eigenen Angaben und fremdanamnestischen Informationen (einschließlich der Aktenlage).
4. Diskrepanzen zwischen schwerer subjektiver Beeinträchtigung und einem weitgehend intakten psychosozialen Funktionsniveau bei der Alltagsbewältigung.
5. Diskrepanzen zwischen dem Ausmaß der geschilderten Beschwerden und der Intensität der bisherigen Inanspruchnahme therapeutischer Hilfe.
6. Diskrepanzen zwischen dem erkennbaren klinischen Bild und Ergebnissen in Selbstbeurteilungsskalen und / oder psychometrischen Tests (einschließlich spezieller Beschwerdenvvalidierungstests).
7. Diskrepanzen zwischen den zeitnah zur Untersuchung als eingenommen angegebenen Medikamenten und einem fehlenden Nachweis im Blutserum (zitiert nach AWMF-Leitlinie 051-029).

Anders als in den USA ist die Beschwerdenvvalidierung in Deutschland für die Begutachtung von Personen, die einen Antrag auf Rente wegen voller Erwerbsminderung aufgrund einer psychischen Erkrankung stellen, nicht selbstverständlich, auch wenn in der AWMF-Leitlinie eine

Konsistenz- und Plausibilitätsanalyse empfohlen wird. Bei dieser sollten entweder multiple Tests, beispielsweise zur Absicherung psychischer Beschwerdenschilderungen, oder multimethodale Testreihen, die nicht nur psychische Beschwerden abfragen, sondern auch kognitive Leistungseinschränkungen wie Merk- und Konzentrationsfähigkeit als Korrelat psychischer Erkrankungen testen, eingesetzt werden (Kirchhoff & Steinert, 2019).

Begutachtungen von Personen, die einen Antrag auf volle Erwerbsminderung wegen einer psychischen Erkrankung stellen, werden zu einem überwiegenden Anteil von niedergelassenen Fachärzt_innen durchgeführt. Neben dem klinischen Interview erfolgt die sozialmedizinische Entscheidung über das Leistungsvermögen für den allgemeinen Arbeitsmarkt hauptsächlich auf Aktenlage. Kognitive Beschwerdenvvalidierung oder neuropsychologische Tests zur Überprüfung der Anstrengungsbereitschaft und kognitiven Leistungsfähigkeit werden häufig nicht durchgeführt. Gerade die neuropsychologischen Tests, die von Slick (1999) als ein Kriterium für die sichere Einschätzung der Aussagenvalidität gefordert werden, erfordern einen höheren technischen und personellen Aufwand, der in den Praxen häufig nicht aufgebracht werden kann.

Eine interne Auswertung der Deutschen Rentenversicherung (DRV) Braunschweig-Hannover von insgesamt 6591 psychiatrischen Gutachten, die von niedergelassenen Fachärzt_innen angefertigt wurden, die mindestens 50 Gutachten im Untersuchungszeitraum abgeschlossen hatten ($n = 53$), ergab eine hohe Variabilität in der Einschätzung des Leistungsvermögens zwischen den einzelnen Gutachter_innen. So fielen einzelne Gutachter_innen, die einen hohen Anteil von Begutachtungen mit der Einschätzung eines vollschichtigen Leistungsvermögens abschlossen, ebenso auf wie Gutachter_innen, die einen hohen Anteil ihrer angefertigten Gutachten mit der Einschätzung eines aufgehobenen Leistungsvermögens abgaben. Auch wenn es sich nicht um eine randomisierte Zuweisung der Gutachtaufträge handelte, kann das Ergebnis aufgrund der insgesamt hohen Anzahl und der individuellen Mindestvoraussetzung durchgeführter Begutachtungen im Untersuchungszeitraum als Hinweis auf den großen Ermessensspielraum und die Kriterienunschärfe gewertet werden, die der Einschätzung des Leistungsvermögens bei der Begutachtung psychischer Erkrankungen zugrunde liegen (Faust, 1995).

In der Literatur finden sich bisher nur wenige Publikationen, die sich mit der Beschwerdenvvalidierung bei der Begutachtung von Personen beschäftigen, die einen Antrag auf Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit (SGB VI) gestellt haben. So gibt es zwar einige wenige Arbeiten zur Prävalenz negativer Antwortverzerrungen in der medizinisch-psychosomatischen Rehabilitation (Kobelt et al., 2012), es fehlen aber nach wie vor methodisch sorgfältige,

an den Begutachtungsleitlinien orientierte Arbeiten zur Prävalenz eindeutig nicht-authentischer Beschwerdenschilderungen von Rentenantragsteller_innen, die psychische bzw. psychosomatische wie auch Schmerzerkrankungen geltend machen.

Inhalte des Themenschwerpunktes

Der *Strukturierte Fragebogen Simulierter Symptome* (SFSS; Cima et al., 2003) wird aufgrund seiner hohen Sensitivität als Screeninginstrument empfohlen, wobei mit einer Falsch-Positiv-Rate von über 30 % gerechnet werden muss. Je klinisch belasteter getestete Personen sind, desto geringer fällt die diagnostische Güte des SFSS aus (van Impelen et al., 2014). Es ist daher in der Begutachtungspraxis dringend notwendig, das Ergebnis des SFSS durch weitere Verfahren zu spezifizieren, da eine Erhöhung des Grenzwertes gleichzeitig die Sensitivität des Instruments entscheidend verändert (Merten et al., 2016). Walter, Döhring und Kobelt-Pönicke (2020) untersuchen in einem Analogstudiendesign die Gruppenunterschiede im Gesamtwert des SFSS zwischen Patient_innen mit einer Depression, einer gesunden Kontrollgruppe und instruierten Simulant_innen. Dabei wurden die Sensitivität und Spezifität des SFSS hinsichtlich unterschiedlicher Grenzwerte überprüft. Es zeigte sich, dass die höchste Sensitivität mit dem Grenzwert von 18 erreicht wird. Die höchste Spezifität ergibt sich jedoch erst mit einem Grenzwert von 24. Die Autoren empfehlen, den Grenzwert des SFSS für den klinischen Kontext anzupassen. Gleichzeitig sollte der SFSS durch ein weiteres spezifischeres Verfahren ergänzt werden.

Auch Nübling, Henn, Kaiser, Schmidt und Bassler (2020) setzen sich in ihrem Beitrag kritisch mit der Beschwerdenvalidierung mittels des SFSS auseinander. Sie weisen darauf hin, dass in einem Routine-Assessment einer psychosomatischen Klinik ($N = 9808$) 40 % der behandelten Patient_innen und sogar 50 % der Patient_innen mit einer Depressionsdiagnose im SFSS auffällig sind. Die Autoren bezweifeln diesen hohen Wert, indem sie darauf hinweisen, dass nur lediglich 20 % der Rehabilitand_innen sich überhaupt mit dem Gedanken beschäftigen, einen Rentenantrag zu stellen und die Items des SFSS sehr nah an den Symptomen einer Depression angelehnt sind und von den Patient_innen daher nur schwer differenziert beantwortet werden können. Auch weiche der Anteil der Patient_innen mit schweren Depressionen in der vorliegenden Untersuchung nicht von dem anderer Studien ab. Widersprüchlich zum Beschwerdenvalidierungskonzept zeige sich auch, dass sich Patient_innen, die im SFSS auffällige Werte aufweisen, dennoch durch die medizinisch-psychosomatische Behandlung deutlich verbessern.

In der Studie von Kaminski, Merten und Kobelt-Pönicke (2020) wird die Konstruktvalidität des *Beschwerdenvalidierungstest* (BEVA; Walter, Petermann & Kobelt, 2016) anhand des *Self-Report Symptom Inventory – deutsche Version* (SRSI; Merten, Giger, Merckelbach & Stevens, 2019) und des SFSS überprüft. Als Stichprobe dienen 147 Rehabilitanden, die an einer medizinisch-psychosomatischen Rehabilitation teilnehmen. 34,5 % der untersuchten Rehabilitanden wiesen in den drei Verfahren ein verzerrtes Antwortverhalten auf. Alle drei Messverfahren wiesen hohe Interkorrelationen auf, was auf ein ähnliches zugrundeliegendes Konstrukt schließen lässt. Es zeigte sich, dass der BEVA konservativer klassifiziert als die beiden anderen Verfahren. Die Autoren empfehlen für die kognitive Beschwerdenvalidierung zwei Instrumente zu verwenden.

Kobelt-Pönicke, Walter und Riemann (2020) beschäftigen sich in ihrer Untersuchung mit den Gründen und Motiven, die zu unehrlichem Verhalten in einer Begutachtungssituation führen könnten. Gerade Rentenantragsteller_innen, die sehr unter den sozialen und wirtschaftlichen Folgen ihrer Erkrankung leiden und gleichzeitig befürchten, dass ihre Belastungen und Beschwerden nicht ausreichend gewürdigt werden, beantworten die ihnen gestellten Fragen nicht nur nüchtern-sachlich, sondern erhoffen sich durch eine wahrheitsverzerrende Darstellung ihrer Symptome und Beschwerden ein ihrer subjektiven Selbstwahrnehmung angemessenes Begutachtungsergebnis. Forschungsergebnisse zum unehrlichen Verhalten weisen darauf hin, dass ein durch erhoffte finanzielle oder soziale Vorteile motiviertes unehrliches Verhalten den Zugriff auf persönliche moralische Werte, wie die Verpflichtung zur Ehrlichkeit oder das Rechtsempfinden, verhindert oder deutlich erschwert. In der experimentell angelegten Studie werden die Teilnehmer_innen vor dem Bearbeiten von SFSS und BEVA gebeten, eine abgewandelte Form der zehn Gebote zu lesen. Die Kontrollgruppe erhielt keine besonderen Anweisungen. Im Ergebnis zeigte sich, dass die Bewusstmachung moralischer Werte authentisches Antwortverhalten fördern kann.

Stevens und Braun (2020) untersuchen in ihrem Beitrag, ob die oft geäußerte Rechtfertigung von Proband_innen, die auffällig schlechten Ergebnisse in Reaktionstests seien auf Schlafmangel zurückzuführen, nachvollziehbar ist. 30 gesunde männliche Probanden erledigten eine Reihe von Reaktionszeitaufgaben unter drei Bedingungen (ohne Medikation und ausgeruht, nach 24 Std. Schlafentzug und nach Einnahme von 1 mg Lorazepam). Es zeigte sich, dass sich die Probanden unter verschiedenen Versuchsbedingungen hinsichtlich der Reaktionszeit nicht unterschieden. Die Autoren schließen aus ihren Ergebnissen, dass weder die Einnahme von Benzodiazepinen noch ein Schlafdefizit das Reaktionsvermögen wesentlich beeinflussen.

Verzerrtes Antwortverhalten in Begutachtungssituationen kann unterschiedliche Ursachen haben und ist in manchen Fällen möglicherweise auch Ausdruck oder Folge einer als aussichtslos erlebten Arbeits- oder sozialen Situation. Miteinem auffälligen Beschwerdendvalidierungsergebnis sollten daher die Diagnostik und vor allem auch die Rehabilitationsbemühungen nicht abgeschlossen sein. Vielmehr sollten in der psychotherapeutischen Behandlung Wege erarbeitet werden, mit den möglicherweise belastenden Kontextfaktoren umzugehen oder sie zu bewältigen.

Das von Beate Muschalla (2020) vorgestellte Selbst-rating *Mini-ICF-APP-S* kann dabei unterstützen, die individuellen Problemlagen, die die aktive Teilhabe am Arbeitsleben hemmen, zu identifizieren. Gerade wenn im klinischen Alltag nicht genügend Raum für ein Fremd-rating zur Verfügung steht, bietet sich ein Selbst-rating als Kompromiss an. Das zugrundeliegende Fähigkeitskonzept des *Mini-ICF-APP-S* ermöglicht es zudem, Schwerpunkte für psychologische Trainings in der medizinischen Rehabilitation zu definieren.

Der Beitrag von Kessemeier, Gündel, Wietersheim, Hölzer und Rothermund (2020) gibt einen komprimierten Überblick über die medizinisch-psychosomatische Rehabilitation. Die Autoren machen in ihrer Standortbestimmung insbesondere deutlich, dass die psychosomatische Rehabilitation nicht mehr als ausschließlich stationär erbrachte, intensivierte Psychotherapie zu verstehen ist. Um die Erwerbsfähigkeit der Patient_innen aufrechtzuerhalten oder wiederherzustellen, bedarf es in der modernen Rehabilitation aufeinander abgestimmte Komponenten aus Diagnostik, ganztags ambulanter oder stationärer Rehabilitation, Nachsorge und fallmanagementbegleitete Wiedereingliederung. Der Überblick macht auch deutlich, wie die Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung sich bemüht, den zeitgemäßen Anforderungen des Arbeitsmarktes und den beruflichen Problemlagen flexibel mit einer stetigen Weiterentwicklung ihrer Angebote zu begegnen. So wird in den nächsten Jahren die Fokussierung der Prävention sowie der internetgestützten Rehabilitation weitere Innovationen für die medizinisch-psychosomatische Rehabilitation hervorbringen.

Literatur

- Chafetz, M. & Underhill, J. (2013). Estimated costs of malingered disability. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 28, 633 – 639.
- Cima, M., Hollnack, S., Kremer, K., Knauer, E., Schellbach-Matties, R., Klein, B. et al. (2003). Strukturierter Fragebogen Simulierter Symptome. *Nervenarzt*, 74, 977 – 986.
- Deutsche Rentenversicherung (2016). *Rentenversicherung in Zahlen*. Berlin: DRV Bund.
- Dohrenbusch, R., Henningsen, P. & Merten, T. (2011). Die Beurteilung von Aggravation und Dissimulation in der Begutachtung psychischer und psychosomatischer Störungen. *Versicherungsmedizin*, 63, 81 – 85.
- Faust, D. (1995). The detection of deception. *Neurological Clinics*, 13, 255 – 265.
- Grundke, S., Behrens, J., Parthier, K., Schubert, M., Fiala, K. & Mau, W. (2013). Rehabilitationszugangs- und Schnittstellenoptimierung in der ambulanten Versorgung. *Prävention und Rehabilitation*, 25, 43 – 51.
- Kaminski, A., Merten, T. & Kobelt-Pönickce, A. (2020). Der Vergleich von drei Beschwerdendvalidierungstests in der stationären psychosomatischen Rehabilitation. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 68, 96 – 105.
- Keppler, C., Plohm, A., Pflueger, M., Rabovsky, K., Langewitz, W. & Mager, R. (2007). Beschwerdendvalidierung in der versicherungsmedizinischen Begutachtung. *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie*, 85, 17 – 33.
- Kessemeier, F., Gündel, H., von Wietersheim, J., Hölzer, M. & Rothermund, E. (2020). Seelische Gesundheit und berufliche Teilhabe: Die Bedeutung psychosomatischer Rehabilitation im Versorgungssystem. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 68, 131–144.
- Kirchhoff, L. & Steinert, T. (2019). Klassifikationsgüte der Beschwerdendvalidierungstests Word Memory Test und Strukturierter Fragebogen simulierter Symptome. *Nervenarzt*, 90, 516 – 522.
- Kobelt, A., Göbber, J., Bassler, M. & Petermann, F. (2012). Beschwerdendvalidität im Rahmen stationärer psychosomatischer Rehabilitation. *Rehabilitation*, 51, 349 – 355.
- Kobelt-Pönickce, A., Walter, F. & Riemann, M. (2020). Führt das Bewusstsein moralischer Grundwerte zu einem authentischeren Antwortverhalten in Beschwerdendvalidierungstests? *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 68, 106 – 112.
- Kühntopf, S. & Tivig, T. (2008). Differentielle Sterblichkeit und Frühverrentungsabschläge in der gesetzlichen Rentenversicherung. *DRV Schriften 2008*, 55, 91 – 108.
- Merten, T., Giger, P., Merckelbach, H. & Stevens, A. (2019). *Self-Report Symptom Inventory – deutsche Version (SRSI)*. Manual. Göttingen: Hogrefe.
- Merten, T., Merckelbach, H., Giger, P. & Stevens, A. (2016). The Self-Report Symptom Inventory (SRSI): a New Instrument for the Assessment of Distorted Symptom Endorsement. *Psychological Injury and Law*, 9, 102 – 111.
- Muschalla, B. (2020). „Wie hast du's mit der Arbeitsfähigkeit?“ Fähigkeitserleben und Arbeitsplatzprobleme bei Patienten mit psychischen Erkrankungen. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 68, 120 – 130.
- Nübling, R., Henn, J., Kaiser, U., Schmidt, J. & Bassler, M. (2020). Zur Validität subjektiver Patientenangaben – Anmerkungen zur Beschwerdendvalidierung. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 68, 81 – 95.
- Slick, D., Sherman, E. & Iverson, G. (1999). Diagnostic Criteria for Malingered Neurocognitive Dysfunction: Proposed Standards for Clinical Practice and Research. *The Clinical Neuropsychologist*, 13, 545 – 561.
- Stevens, A. & Braun, L. (2020). Schlafmangel, Benzodiazepine und Reaktionsleistung. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 68, 113 – 119.
- van Impelen, A., Merckelbach, H., Jelicic, M. & Merten, T. (2014). The Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS): A systematic review and meta-analysis. *The Clinical Neuropsychologist*, 28, 1336 – 1365.
- Walter, F., Döhring, L. & Kobelt, A. (2020). Die Erfassung der Beschwerdendvalidität von psychischen Störungen – die diagnostische Güte des SFSS im Vergleich zum BEVA. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 68, 70 – 80.

Walter, F., Petermann, F. & Kobelt, A. (2016). Erfassung von negativen Antwortverzerrungen – Entwicklung und Validierung des Beschwerdvalidierungstests BEVA. *Die Rehabilitation*, 55, 182 – 190.

Danksagung

Prof. Dr. Franz Petermann hat uns vor seinem Tod gebeten, dieses Heft zu gestalten. Wir möchten die Gelegenheit nutzen, uns dafür zu bedanken, dass er uns immer als offener, konstruktiv-unterstützender und stets freundlich zugetaner Gesprächspartner, kollegialer Berater, Chef und Wegbegleiter zur Verfügung stand. In Gedenken an ihn widmen wir ihm dieses Heft.

PD Dr. Axel Kobelt-Pönicke

Universität Hildesheim
Institut für Psychologie
Abt. Klinische Psychologie und Psychotherapie
Universitätsplatz 1
31141 Hildesheim
Deutschland

kobeltponicke@uni-hildesheim.de