

1 Einführung

In diesem Kapitel werden zunächst das neuropsychologische Fachgebiet und die grundlegenden Qualifikationen und Tätigkeitsmerkmale klinischer Neuropsychologinnen und Neuropsychologen¹ dargestellt. Danach werden Grundlagen und Zielsetzung neuropsychologischer Gutachten beschrieben.

Dieses Kapitel ist als Einstieg in das Thema der neuropsychologischen Begutachtung nicht nur für Psychologen, sondern vornehmlich auch für Leser gedacht, die in ihrer Tätigkeit z. B. als Ärzte, Richter, Rechtsanwälte, Versicherungsmitarbeiter, Sachbearbeiter oder Berufshelfer von Berufsgenossenschaften mit neuropsychologischen Störungen konfrontiert sind. Das Kapitel wendet sich somit an jenen Personenkreis, dem die Auftragsvergabe oder die Veranlassung eines neuropsychologischen Gutachtens obliegt und der die Ergebnisse dieser Begutachtung in seine Entscheidungen einzubeziehen hat.

1.1 Was ist Neuropsychologie? Welche Aufgaben haben klinische Neuropsychologen?

Das Gehirn ist das zentrale Steuerungsorgan unseres Körpers, das alle grundlegenden lebenswichtigen Funktionen regelt und überwacht, unsere Bewegungen koordiniert und es uns ermöglicht, Informationen von der Umwelt aufzunehmen, zu verarbeiten und auszusenden. Durch die Funktionsweise unseres Gehirns sind wir in der Lage, wahrzunehmen, zu lernen, zu denken, zu sprechen, zu fühlen, ganz spezifische Fähigkeiten zu erwerben und auszuüben. Die Wissenschaft, die sich mit dem Zusammenwirken des Gehirns und seiner Strukturen, mit dem menschlichen Erleben und Verhalten beschäftigt, ist die Neuropsychologie. Neuropsychologie ist eine Teildisziplin der Psychologie mit einer stark interdisziplinären Ausrichtung und engen Verflechtungen

1 Zur besseren Lesbarkeit des Textes verzichten wir im Folgenden auf die jeweilige Verwendung der weiblichen und männlichen Form und beziehen die verwendete männliche Form auf Frauen und Männer gleichermaßen.

1 Einführung

zu anderen Gebieten wie z. B. Physiologie, Neurologie, Neuroanatomie, Psychopathologie und Kognitionswissenschaften. Die klinische Neuropsychologie ist der Anwendungsbereich, in dem die in der neuropsychologischen Forschung gewonnenen Erkenntnisse und entwickelten Verfahren auf die Diagnose und Therapie von Patienten mit Erkrankungen oder Verletzungen des Gehirns angewendet werden.

In Deutschland erleiden etwa 550 000 Menschen pro Jahr eine Hirnschädigung (Kasten, 2002). Bei etwa 200 000 Menschen hiervon ist die Hirnschädigung auf eine unfallbedingte Verletzung des Gehirns – ein Schädel-Hirntrauma – zurückzuführen, bei ebenfalls etwa 200 000 Menschen liegt ein Schlaganfall – eine Hirngefäßerkrankung – vor (Wallesch & Herrmann, 2000). In der Textbox sind die wichtigsten Ursachen oder Ätiologien für erworbene Hirnschädigungen aufgeführt.

Wichtigste Ursachen für eine erworbene Hirnschädigung (Ätiologien):

- Schädel-Hirntrauma
- Hirngefäßerkrankung in Form von Minderdurchblutung (Ischämie) oder Gehirnbloodung
- Sauerstoffminderversorgung (Hypoxie)
- Tumorerkrankung des Gehirns
- entzündliche Gehirnerkrankung
- Stoffwechselerkrankung
- Vergiftung (Intoxikation)
- Abbauprozess des Gehirns (z. B. Alzheimer-Demenz)

Der Großteil dieser Patienten muss neurologisch oder neurochirurgisch behandelt werden und bedarf einer oft langfristigen Rehabilitation. Als Folge der erworbenen Hirnschädigung treten bei einem erheblichen Prozentsatz der Betroffenen neuropsychologische Störungen auf. Neuropsychologische Störungen umfassen Beeinträchtigungen kognitiver Funktionen wie Orientierung, Wahrnehmung, Aufmerksamkeit, Lernen und Gedächtnis, sprachliche Kommunikationsfähigkeit, Rechenfähigkeit, Planen und problemlösendes Denken sowie Intelligenz. Zu den neuropsychologischen Störungen gehören auch durch die Hirnschädigung bedingte Veränderungen des Erlebens wie z. B. depressive Stimmung, verminderter Antrieb, erhöhte Reizbarkeit und des Verhaltens wie z. B. Distanzlosigkeit, Enthemmung oder sozialer Rückzug. Als Reaktion auf die Hirnschädigung, die eine grundlegende Veränderung der Lebenssituation und der Zukunftsperspektiven bedeutet, kommt es bei dem Erkrankten und seinen Angehörigen auch regelmäßig zu einer erheblichen emotionalen Belastung, die sich in Form von bedrückter Stimmung, Angst, Trauer, Wut etc. äußern kann.

Die Diagnostik und Therapie der neuropsychologischen Störungen ist eine wichtige Aufgabe im Rahmen der stationären und ambulanten Behandlung von Patienten mit Hirnschädigungen. Die neuropsychologische Behandlung sollte im Akutkrankenhaus beginnen, während der stationären Rehabilitationsbehandlung in Fachkliniken intensiviert und als ambulante Behandlung

1.1 Was ist Neuropsychologie?

fortgesetzt werden. Eine wichtige Grundlage für die neuropsychologische Rehabilitation ist die Tatsache, dass auch das Gehirn des Erwachsenen nach Verletzungen die Fähigkeit zur Regeneration und Reorganisation besitzt. Diese sogenannte läSIONSINDUZIERTE synaptische Plastizität kann zur Funktionsrestitution nach Gehirnverletzungen führen und durch gezielte Stimulation verstärkt werden (Schoen, 2000). Neben der Restitution sind die Kompensation – d. h. der Einsatz noch intakter Fähigkeiten und das Erlernen neuer Strategien – und die Integration anderer psychotherapeutischer Verfahren die Säulen der neuropsychologischen Therapie (Gauggel, 2003).

Die qualifizierte neuropsychologische Behandlung ist Aufgabe speziell ausgebildeter klinischer Neuropsychologen. Die Gesellschaft für Neuropsychologie GNP hat in Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Psychologie DGfP, dem Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen BDP und der Deutschen Gesellschaft für Neurologie DGN ein spezielles Weiterbildungscurriculum in klinischer Neuropsychologie entwickelt, das mit einer Zertifizierung abschließt. Die Weiterbildung, die das Diplom im Studiengang Psychologie voraussetzt, kann im Rahmen einer mindestens dreijährigen angeleiteten Tätigkeit in dafür akkreditierten Kliniken und Praxen mit der Vermittlung spezifischer curricularer Inhalte und einer abschließenden Prüfung absolviert werden. Die Erstellung neuropsychologischer Gutachten ist hierbei ein wichtiger Inhalt dieser praxisorientierten Weiterbildung. In Deutschland haben derzeit über 600 Personen das Zertifikat »Klinischer Neuropsychologe GNP« erworben und stehen als qualifizierte neuropsychologische Behandler und Gutachter zur Verfügung. Die meisten zertifizierten klinischen Neuropsychologen sind zusätzlich auch approbierte psychologische Psychotherapeuten. Die neuropsychologische Therapie wurde aufgrund zahlreicher Wirksamkeitsnachweise vom wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie – einem im Psychotherapeutengesetz (PsychThG) vorgesehenen Expertengremium – als Behandlungsverfahren für den Anwendungsbereich »Hirnorganische Störungen« ausdrücklich wissenschaftlich anerkannt (vgl. Gauggel, 2003). Dennoch bestehen im ambulanten Bereich noch häufig Probleme bei der Kostenübernahme durch die Krankenkassen.

Die wissenschaftliche Fachgesellschaft der deutschsprachigen Neuropsychologen ist die Gesellschaft für Neuropsychologie GNP, die 1986 gegründet wurde und derzeit etwa 1 400 Mitglieder aus Deutschland, Österreich und der Schweiz hat (Stand Juni 2006). Die GNP hat die Förderung der Neuropsychologie in Forschung und Praxis zum Ziel. Sie vertritt die Interessen der Neuropsychologen im gesundheitspolitischen Bereich, entwickelt Weiter- und Fortbildungsangebote, erarbeitet Qualitätskriterien und Leitlinien und veröffentlicht Informationsmaterial über neuropsychologische Fragestellungen für Ärzte, Therapeuten, Patienten und Angehörige.

Eine Einführung in die klinische Neuropsychologie vermitteln z. B. Prosiegel (1991), Goldenberg (1997), Bodenbug (2001) und Hartje & Poeck (2002). Eingehende Darstellungen neuropsychologischer Störungen und der in der klinischen Neuropsychologie verwendeten Diagnose- und Therapieverfahren finden sich bei Sturm, Herrmann & Wallesch (2000), Kasten, Schmid

& Eder (2002) und Karnath & Thier (2006). Leitlinien für die neuropsychologische Diagnostik und Therapie wurden von der Gesellschaft für Neuropsychologie GNP (2006) veröffentlicht. Einen Überblick über die einzelnen Abschnitte der neuropsychologischen Versorgung von der Akutbehandlung bis zur Begutachtung geben Roschmann et al. (2006).

1.2 Grundlagen und Zielsetzung neuropsychologischer Gutachten

Ein neuropsychologisches Gutachten, das häufig Teil einer sozialrechtlichen Begutachtung ist, markiert oft den Endpunkt einer jahrelangen medizinischen Behandlung nach einer verletzungs- oder erkrankungsbedingten Schädigung des Gehirns. Die Gehirnschädigung kann als neurologische Erkrankung in Form einer ICD-10 Diagnose beschrieben werden, z. B. Schädel-Hirntrauma mit umschriebenen frontalen Kontusionen als S06.3 nach ICD-10. Zur Feststellung und genauen Beschreibung der zerebralen Schädigung und ihrer Veränderung im Verlauf sind bildgebende Verfahren von großer Bedeutung. Die Ergebnisse dieser Untersuchungen erlauben jedoch keine detaillierten Aussagen über die Folgen der Hirnschädigung für die Funktionsfähigkeit des betroffenen Menschen sowohl im körperlichen als auch im psychischen Bereich.

Zur Erfassung der Komponenten von Gesundheit hat die Weltgesundheitsorganisation (WHO) die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit ICF entwickelt (Deutsches Institut für Medizinische Information und Dokumentation DIMDI, 2004), der ein biopsycho-soziales Modell der Gesundheit zugrunde liegt. Wichtige Aspekte der funktionalen Gesundheit und die Grundlagen der Klassifikation nach ICF sind in der folgenden Textbox aufgeführt.

Textbox 1: Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit ICF

»Eine Person ist funktional gesund, wenn – vor dem Hintergrund ihrer Kontextfaktoren –

1. ihre körperlichen Funktionen (einschließlich des mentalen Bereichs) und Körperstrukturen denen eines gesunden Menschen entsprechen (Konzepte der Körperfunktionen und -strukturen),
2. sie all das tut oder tun kann, was von einem Menschen ohne Gesundheitsproblem (ICD) erwartet wird (Konzept der Aktivitäten),
3. sie ihr Dasein in allen Lebensbereichen, die ihr wichtig sind, in der Weise und dem Umfang entfalten kann, wie es von einem Menschen ohne gesundheitsbedingte Beeinträchtigung der Körperfunktionen oder -strukturen oder der Aktivitäten erwartet wird (Konzept der Partizipation (Teilhabe) an Lebensbereichen).«

(DIMDI 2004, S. 4)

1.2 Grundlagen und Zielsetzung neuropsychologischer Gutachten

»Definitionen

In Zusammenhang mit Gesundheit gelten folgende Definitionen:

Körperfunktionen sind die physiologischen Funktionen von Körpersystemen (einschließlich psychologische Funktionen).

Körperstrukturen sind anatomische Teile des Körpers wie Organe, Gliedmaßen und ihre Bestandteile.

Schädigungen sind Beeinträchtigungen einer Körperfunktion oder -struktur wie z. B. eine wesentliche Abweichung oder ein Verlust.

Eine **Aktivität** ist die Durchführung einer Aufgabe oder einer Handlung (Aktion) durch einen Menschen.

Partizipation (Teilhabe) ist das Einbezogenensein in eine Lebenssituation.

Beeinträchtigungen der Aktivität sind Schwierigkeiten, die ein Mensch bei der Durchführung einer Aktivität haben kann.

Beeinträchtigungen der Partizipation (Teilhabe) sind Probleme, die ein Mensch beim Einbezogenensein in eine Lebenssituation erlebt.

Umweltfaktoren bilden die materielle, soziale und einstellungsbezogene Umwelt, in der Menschen leben und ihr Dasein entfalten.«

(DIMDI 2004, S. 16)

Das Ausmaß eines Problems in allen drei Komponenten (Körperfunktionen und -strukturen, Aktivitäten und Partizipation (Teilhabe) sowie Umweltfaktoren) wird mit demselben allgemeinen Beurteilungsmerkmal beschrieben:

xxx.0	Problem nicht vorhanden	(ohne, kein, unerheblich ...)	0–4 %
xxx.1	Problem leicht ausgeprägt	(schwach, gering ...)	5–24 %
xxx.2	Problem mäßig ausgeprägt	(mittel, ziemlich ...)	25–49 %
xxx.3	Problem erheblich ausgeprägt	(hoch, äußerst ...)	50–95 %
xxx.4	Problem voll ausgeprägt	(komplett, total ...)	96–100 %
xxx.8	nicht spezifiziert		
xxx.9	nicht anwendbar		

ICF Klassifikation der ersten Ebene**Liste der Kapitelüberschriften der Klassifikation****Klassifikation der Körperfunktionen**

Kapitel 1: Mentale Funktionen

Kapitel 2: Sinnesfunktionen und Schmerz

Kapitel 3: Stimm- und Sprechfunktionen

Kapitel 4: Funktionen des kardiovaskulären, hämatologischen, Immun- und Atmungssystems

Kapitel 5: Funktionen des Verdauungs-, des Stoffwechsel- und des endokrinen Systems

Kapitel 6: Funktionen des Urogenital- und reproduktiven Systems

Kapitel 7: Neuromuskuloskeletale und bewegungsbezogene Funktionen

Kapitel 8: Funktionen der Haut und der Hautanhangsgebilde

Klassifikation der Körperstrukturen

Kapitel 1: Strukturen des Nervensystems

Kapitel 2: Das Auge, das Ohr und mit diesen in Zusammenhang stehende Strukturen

1 Einführung

- Kapitel 3: Strukturen, die an der Stimme und dem Sprechen beteiligt sind
- Kapitel 4: Strukturen des kardiovaskulären, des Immun- und des Atmungssystems
- Kapitel 5: Mit dem Verdauungs-, Stoffwechsel und endokrinen System in Zusammenhang stehende Strukturen
- Kapitel 6: Mit dem Urogenital- und dem Reproduktionssystem in Zusammenhang stehende Strukturen
- Kapitel 7: Mit der Bewegung in Zusammenhang stehende Strukturen
- Kapitel 8: Strukturen der Haut und Hautanhangsgebilde

Klassifikation der Aktivitäten und Partizipation (Teilhabe)

- Kapitel 1: Lernen und Wissensanwendung
- Kapitel 2: Allgemeine Aufgaben und Anforderungen
- Kapitel 3: Kommunikation
- Kapitel 4: Mobilität
- Kapitel 5: Selbstversorgung
- Kapitel 6: Häusliches Leben
- Kapitel 7: Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen
- Kapitel 8: Bedeutende Lebensbereiche
- Kapitel 9: Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben

Klassifikation der Umweltfaktoren

- Kapitel 1: Produkte und Technologien
- Kapitel 2: Natürliche und vom Menschen veränderte Umwelt
- Kapitel 3: Unterstützung und Beziehungen
- Kapitel 4: Einstellungen
- Kapitel 5: Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze

Bei der Begutachtung einer Person mit einer erworbenen Hirnschädigung sind die Folgen der Erkrankung unter dem Gesichtspunkt der Fragestellung des Auftraggebers zu beurteilen. Auftraggeber für ein Gutachten können z. B. Gerichte, Versicherungen, Krankenkassen oder Berufsgenossenschaften sein. Für die Beurteilung der körperlichen Funktionsbeeinträchtigungen als Folge der Erkrankung ist ein entsprechender Facharzt z. B. ein Neurologe oder Neurochirurg zuständig. Die Begutachtung der psychischen Folgen einer Hirnschädigung sollte durch einen spezialisierten Neuropsychologen mit dem Zertifikat »Klinischer Neuropsychologe GNP« erfolgen. Das neuropsychologische Gutachten hat hierbei das Ziel, festzustellen, welche kognitiven und emotionalen Funktionsbeeinträchtigungen und Einschränkungen von Aktivitäten bei der Person aufgrund der erworbenen zerebralen Schädigung vorliegen und welche Auswirkungen diese auf die in der Fragestellung spezifizierten rechtlichen Aspekte haben. Grundlage für diese Beurteilung ist eine nach wissenschaftlichen Kriterien durchgeführte neuropsychologische Untersuchung des Betroffenen unter Verwendung spezifischer neuropsychologischer Test- und Untersuchungsverfahren.

1.2 Grundlagen und Zielsetzung neuropsychologischer Gutachten

Von den Rehabilitationsträgern, dies sind u. a. die gesetzlichen Krankenkassen, die Bundesagentur für Arbeit, die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung, die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung, wurden gemeinsame Empfehlungen für die Durchführung sozialmedizinischer und bei Bedarf auch psychologischer Begutachtungen nach einheitlichen, vorrangig trägerübergreifenden Grundsätzen vereinbart (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation BAR, 2004). Diese basieren auf der ICF, sehen eine einheitliche Gliederung vor und beschreiben trägerübergreifende Aspekte eines Gutachtens. Die Rehabilitationsträger sind nach § 12 Abs. 1 Nr. 4 SGB IX dafür verantwortlich, »dass Begutachtungen möglichst nach einheitlichen Grundsätzen durchgeführt werden«. Dies macht deutlich, dass im Bereich der Begutachtung die ICF eine zunehmend bedeutendere Rolle spielen wird. Die Feststellung von kognitiven und emotionalen Funktionsbeeinträchtigungen durch neuropsychologische Untersuchungs- und Testverfahren bleibt jedoch weiterhin unverzichtbar. Die Ergebnisse dieser Verfahren sollten dann allerdings in die Begriffe der ICF überführt werden. Hierfür bestehen bisher noch keine festen und anerkannten Regeln.

Da der neuropsychologische Gutachter die psychischen Folgen der Hirnschädigung, also ihre Auswirkungen auf die kognitiven Funktionen, das emotionale Erleben und das Verhalten beurteilt, besteht ein enger inhaltlicher Bezug zur neurologischen Begutachtung und in der Regel eine gute Kooperation mit dem neurologischen Gutachter, der spezifische Erwartungen an den Neuropsychologen hat, wie diese als Beispiel in **Kapitel 9** dieses Buches von einem neurologischen Kollegen formuliert werden. Grundlegende Darstellungen der Aspekte neurologischer Begutachtungen finden sich insbesondere bei Rauschelbach, Jochheim & Widder (2000) und Suchenwirth, Kunze & Krasney (2000). Die Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Neurologie zur »Begutachtung nach gedecktem Schädel-Hirntrauma« von Wallesch et al. (2005) stellt die eigenständige Bedeutung der neuropsychologischen Begutachtung durch einen qualifizierten Neuropsychologen dar und konstatiert: »Eine neuropsychologische Untersuchung zur Beschreibung, Differenzierung und Quantifizierung von Aufmerksamkeitsstörungen, Gedächtnisdefiziten und exekutiven Störungen wird für die Schadensbewertung und Rehabilitationsplanung nachdrücklich empfohlen« (S. 128).

Mit der Thematik neuropsychologischer Gutachten setzt sich der Arbeitskreis Gutachten der GNP, dem die beiden Autoren dieses Buches seit seiner Gründung angehören, seit vielen Jahren auseinander. Die Mitglieder dieses Arbeitskreises haben Darstellungen zu verschiedenen inhaltlichen Aspekten wie Rahmenbedingungen neuropsychologischer Gutachten (Romero et al., 1994), Leitfaden zur Erstellung neuropsychologischer Gutachten (Wilhelm et al., 1998) und Kriterien zur Beurteilung im Rahmen der Weiterbildung (Wilhelm et al., 1995) sowie zu Fragen der Liquidation (Neumann-Zielke et al., 1999; Neumann-Zielke et al., 2005) publiziert. Weitere Darstellungen zur Thematik der neuropsychologischen Begutachtung finden sich z. B. bei Herrmann & Wilhelm (2000) und Hartje (2004a). Die Gesellschaft für Neuropsychologie hat eine von ihrem Arbeitskreis Gutachten erarbeitete Kurz-

1 Einführung

information zur Bedeutung und Relevanz neuropsychologischer Gutachten veröffentlicht, die sich vorzugsweise an potentielle Auftraggeber wendet (GNP-Arbeitskreis Gutachten, 2005).

Die neuropsychologische Begutachtung ist ein spezieller Bereich der Sachverständigentätigkeit von Diplom-Psychologen. Allgemeine Darstellungen und Hinweise für die Erstellung psychologischer Gutachten in unterschiedlichen Anwendungsbereichen finden sich z. B. bei Zuschlag (2002, 2006) und Westhoff & Kluck (2003).

2 Relevanz und Komplexität neuropsychologischer Gutachten

In diesem Kapitel wird zunächst die Relevanz der neuropsychologischen Begutachtung im Kontext des sozialen Sicherungssystems der Bundesrepublik Deutschland dargestellt und ihr Stellenwert im Vergleich zu neurologischen und neurochirurgischen Gutachten beschrieben.

Im Anschluss wird anhand verschiedener Aspekte der Urteilsbildung die Komplexität der neuropsychologischen Begutachtung verdeutlicht.

2.1 Relevanz der neuropsychologischen Begutachtung

In der Bundesrepublik Deutschland gibt es ein soziales Sicherungssystem, das zur Aufgabe hat, die materielle Existenz der hier lebenden Menschen zu gewährleisten. Dieses Sicherungssystem baut auf drei Säulen auf:

- Versicherungen
- Versorgung
- Arbeitslosengeld II (seit dem 01. Januar 2005)

Beantragt eine Person, das soziale Sicherungssystem in Anspruch zu nehmen, müssen Entscheidungsträger bei den jeweiligen Einrichtungen darüber befinden, ob der betreffenden Person aufgrund der gegebenen gesetzlichen oder vertraglichen Voraussetzungen Leistungen (z. B. Rente, Pension oder Entschädigungen) zustehen. Kommt es dabei zum Rechtsstreit zwischen den Behörden oder Versicherungen auf der einen und dem Antragsteller auf der anderen Seite, obliegt es Gerichten, eine Entscheidung zu fällen.

Setzt eine Entscheidung über die Gewährung von Leistungen oder deren Höhe spezifisches Sachwissen voraus, über das der Entscheidungsträger selbst nicht oder nur unzureichend verfügt, kann er einen Sachverständigen beauftragen, ihm die für die Entscheidung erforderliche Kompetenz zu vermitteln. Ein Sachverständiger ist ein Experte, der auf einem bestimmten Wissensgebiet über besondere Kenntnisse verfügt und in der Lage ist, die Erkenntnisse und Erfahrungen dieses Wissensgebietes auf konkrete Fälle anzuwenden und unter Einbeziehung seines Wissens die vorliegende Sachlage zu beurteilen.

Im Bereich medizinischer Sachverhalte bedienen sich die Entscheidungsträger bei Behörden, Versicherungen und Gerichten in der Regel medizinischer

2 Relevanz und Komplexität

Sachverständiger. Zur Begutachtung von Verletzungen oder Erkrankungen des Zentralnervensystems werden Neurologen oder Neurochirurgen als Sachverständige herangezogen. Da Erkrankungen oder Verletzungen des Gehirns immer auch zu Störungen kognitiver Leistungsfunktionen und zu Veränderungen im Erleben und Verhalten führen können, bedeutet dies, dass im Gutachtenfall in der Regel nicht nur nach der medizinischen Erkrankung und ihren körperlichen Folgen gefragt ist, sondern auch nach psychischen Folgen, wie sie in der ICF in den Bereichen Körperfunktionen sowie Aktivitäten und Partizipation (Teilhabe) beschrieben werden. Sind kognitive Funktionsbeeinträchtigungen oder emotional-affektive Veränderungen nach einer Schädigung des Zentralnervensystems zu erwarten, insbesondere auch, wenn neurologische Symptome nicht mehr nachweisbar sind, ist neuropsychologisches Expertenwissen von hoher Relevanz und für eine adäquate Beurteilung unverzichtbar (vgl. Herrmann & Wilhelm, 2000).

Dass einer neuropsychologischen Diagnostik in der Begutachtung nach Verletzung oder Erkrankung des Gehirns ein hoher Stellenwert zukommt, sei am Beispiel des Schädel-Hirntraumas (SHT) verdeutlicht. Schädel-Hirntraumen nach Verkehrs- und Arbeitsunfällen sind die häufigsten Anlässe für Begutachtungen im neurologischen und neurochirurgischen Fachgebiet (Wallesch, 2000). Ein Trauma ist Folge einer mechanischen Gewalteinwirkung. Werden durch auftretende Kräfte auf den Schädel die äußeren Weichteile und die Hirnhäute zerrissen und damit Eintrittsmöglichkeiten für Infektionen geschaffen, liegt eine offene Hirnverletzung vor. Im Gegensatz dazu ist beim gedeckten Schädel-Hirntrauma die Dura nicht eröffnet. Je nach Auftreten der äußeren Kräfte auf den Schädel kann es zu lokalen Kontusionen mit fokalen Schäden kommen. Eine durch das Gehirn laufende Druckwelle kann darüber hinaus zu Gewebeerreißen und zu Einblutungen in anderen Bereichen des Gehirns führen. Ödeme, Hirndruck und Hypoxien können sich ausbilden und Sekundärschäden nach sich ziehen (Bartels & Wallesch, 2000). Die Schädigung kann je nach Winkel der Krafteinwirkung und nach Schwere des Traumas alle Strukturen des Gehirns betreffen. Durch solche Schädigungen können die von den jeweils betroffenen Hirnstrukturen generierten psychischen Funktionen aufgehoben, gestört oder beeinträchtigt sein. Die zunehmend verfeinerten Methoden der Bildgebung (Computertomographie, Kernspintomographie, Positronenemissionstomographie) erlauben sehr präzise Aussagen über die durch die Schädigung veränderte Morphologie. Sie gestatten jedoch nach wie vor keine Aussagen über das Vorhandensein und das Ausmaß von Funktionsstörungen und die Auswirkungen auf die psychosoziale Situation. Auf die mangelnde Übereinstimmung zwischen den Befunden bildgebender Routinediagnostik und neuropsychologischen Defiziten vieler Patienten nach Schädel-Hirntrauma weist die schon in **Kapitel 1** erwähnte Leitlinie »Begutachtung nach gedecktem Schädel-Hirntrauma« (Wallesch et al., 2005) hin. Diese Leitlinie wurde im Auftrag der Kommission »Leitlinien« der Deutschen Gesellschaft für Neurologie von der Arbeitsgemeinschaft für Neurologische Gutachten in Zusammenarbeit mit Vertretern der Deutschen Gesellschaft für Neurochirurgie, der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie

2.1 Relevanz der neuropsychologischen Begutachtung

und Nervenheilkunde sowie dem Berufsverband Deutscher Neurologen erarbeitet und von der Kommission »Leitlinien« der Deutschen Gesellschaft für Neurologie verabschiedet. Der Text der Leitlinie wurde auch von der Gesellschaft für Neuropsychologie gebilligt.

Die Leitlinie bezieht sich u. a. auf eine Veröffentlichung von Dombovy & Olek (1996) wonach Patienten nach einem Schädel-Hirntrauma, die länger als zwei Tage stationär behandelt wurden, nach sechs Monaten noch kognitive Beeinträchtigungen aufwiesen und 60 % dieser Patienten zu diesem Zeitpunkt noch nicht wieder in einem Beschäftigungsverhältnis standen. Nach Mazaux et al. (1997) dominieren Störungen des Gedächtnisses, der Aufmerksamkeitsfunktionen, des Antriebs, der psychomotorischen Geschwindigkeit und der Exekutivfunktionen noch Monate und Jahre nach einem Schädel-Hirntrauma. Die Autoren der Leitlinie stellen fest, dass die verbalen und nonverbalen Modalitäten des Gedächtnisses, die Prozesse der Enkodierung, Konsolidierung und des Abrufs sowie das Arbeitsgedächtnis verschieden schwer beeinträchtigt sein können und dass sich selbst bei Patienten mit insgesamt geringen Defiziten noch Aufmerksamkeitsstörungen finden können. Sie empfehlen deshalb nachdrücklich für die Schadensbewertung und Rehabilitationsplanung eine neuropsychologische Untersuchung. »Da für die gutachterliche Beurteilung das Ausmaß der kognitiven Funktionsstörungen hinreichend reliabel und valide quantifiziert sein muss, ist zur Beurteilung der Wahrscheinlichkeit des Zusammenhangs hinsichtlich des Defizitprofils und zur Quantifizierung der Defizite eine neuropsychologische Untersuchung, in der Regel als neuropsychologisches Zusatzgutachten, notwendig« (Wallesch et al., 2005, S.125).

Es kann damit allgemein als Konsens gelten, dass klinischer Eindruck oder bildgebende Verfahren nicht geeignet sind, kognitive Funktionsstörungen und deren Auswirkungen auf die soziale Situation und Teilhabe eines Hirnverletzten zu erfassen. Störungen der Aufmerksamkeitsfunktionen, Defizite im Bereich der Lernfähigkeit und des Gedächtnisses, Beeinträchtigungen der exekutiven Funktionen und Verhaltensauffälligkeiten lassen sich in ihrer Bedeutung und ihren Auswirkungen auf den Alltag eines Hirnverletzten nur dann gültig einschätzen, wenn die Beurteilung auf einer exakten mit neuropsychologischen Methoden erhobenen Diagnostik basiert. Die verwendeten Methoden müssen dabei die testpsychologischen Anforderungen und Kriterien an Objektivität, Validität und Reliabilität erfüllen. Gutachten, die hinsichtlich ihrer Aussagen über neuropsychologische Folgen eines Schädel-Hirntraumas das subjektive Gefühl des Gutachters wiedergeben oder auf wenig validen Kurztests basieren, werden weder dem Hirnverletzten noch dem Auftraggeber des Gutachtens gerecht. Diese Aussagen treffen nicht nur in Bezug auf Hirntraumata zu, sie gelten gleichermaßen für erworbene Hirnschädigungen vaskulärer, entzündlicher, neoplastischer, toxischer, metabolischer und degenerativer Ätiologien.

Zwar bestimmt die Ätiologie, das Ausmaß und die Lokalisation einer Hirnschädigung sehr maßgeblich die Auswirkungen auf das Verhalten und Erleben eines Betroffenen, darüber hinaus gibt es jedoch eine Reihe zusätzlicher Faktoren, durch die die Auswirkungen einer Hirnschädigung ebenfalls deter-