

Versorgungsrechtliche Begutachtung jugendlicher Hirngeschädigter*

Von

WALTHER NEUGEBAUER

(Eingegangen am 25. Dezember 1955)

Auf Grund Sichtung eines großen versorgungsneurologischen Krankengutes sind mir die Mängel in der Beurteilung jugendlicher Hirngeschädigter besonders aufgefallen. Die Erfahrungen des zweiten Krieges sind durchaus geeignet, unsere Kenntnisse auf diesem Gebiet zu erweitern und zu ergänzen.

Nach dem ersten Krieg hat man jugendliche Hirnverletzungen nicht gekannt, selbst KLEIST¹ hat keine einschlägigen Beobachtungen mitgeteilt; erst die Grippe-epidemie 1918/19 hat uns auf die Sonderstellung im Krankheitsbilde der jugendlichen Encephalitis aufmerksam gemacht. Aus Gründen der Raumbeschränkung will ich hier nur über hirnverletzte Jugendliche berichten, um so mehr, als das Schrifttum über diese Frage noch verhältnismäßig gering ist und vielfach auch Widersprüche enthält, auf die aber hier nicht weiter eingegangen zu werden braucht. Da das akute Hirntrauma von Kindern tatsächlich oft besser und leichter überstanden wird, hat man den Spätschäden nicht die gebührende Beachtung geschenkt, wobei gewohnheitsmäßiges Denken dann Formulierungen, wie „Kindliche Hirngeschädigungen heilen leicht ab, sie hinterlassen keine wesentlichen Ausfälle, es tritt Gewöhnung an diese ein, u. a.“ gefunden hat, die dann immer wieder in den Gutachten erscheinen. Auch von den Angehörigen wird die Verletzung, nachdem man darüber glücklich ist, daß der Vorfall so gut abgelaufen sei, häufig unterbewertet, die nun erfolgende abnorme Persönlichkeitsentwicklung nicht mehr mit dem Trauma in Zusammenhang gebracht und das Trauma schließlich fast ganz vergessen. Es ist keine Seltenheit, daß man nach Aufnahme einer belanglosen und inhaltsarmen Anamnese bei der Untersuchung auf typisch organische Wesensveränderungen stößt und dann erst auf die gezielte Frage von einem Trauma erfährt, dem aber keine wesentliche Bedeutung mehr beigemessen wird. Ähnliche Beobachtungen habe ich übrigens auch bei dystrophischen Hirngeschädigungen gemacht.

Die Kardinalsymptome chronischer Zustände nach organischer Hirngeschädigung sind: Abbau, Entdifferenzierung der Persönlichkeit, Niveauverlust, intellektueller Abbau und schließlich Demenz. Diese treten dann in Erscheinung, wenn das Trauma eine erwachsene, als bereits einigermaßen differenzierte Persönlichkeit getroffen hat. Dann tritt der Knick in der Lebenslinie auffällig in Erscheinung. Beim kindlichen Hirntrauma läuft aber dann der aufbauenden Entwicklung

* Vorgetragen auf der Tagung der Deutschen Gesellschaft für gerichtliche und soziale Medizin Juli 1955 in Düsseldorf

¹ Erfahrungen aus dem Weltkrieg, Bd. X

der Prozeß der Entdifferenzierung entgegen, so daß die ansteigende Lebenslinie durch den gegenläufigen Prozeß zu einer sehr variablen Interferenzlinie verbildet wird. Die so gestaltete Persönlichkeit weicht dann im Leben erheblich von der Durchschnittsnorm ab, sie verhält sich auch der Umwelt gegenüber in ihrer Reaktionsweise erheblich abnorm, so daß solche Kinder dann sehr häufig als „Psychopathen mit abnormen Erlebnisreaktionen“ bezeichnet werden. Wird nun, wie dies vielfach geschieht, der Erlebnisreaktion überwertige Bedeutung beigemessen, so ergeben sich Deutungsversuche, die dem Beobachter die wahre Ursache des Leidens völlig verschleiern. Da Psychologen und Pädagogen heute vielfach dieser Deutungsrichtung folgen, werden die betroffenen Kinder zwangsläufig in pädagogische und psychotherapeutische Behandlungen hineingedrängt, die von vornherein zum Scheitern verurteilt sind. Auch bei der forensisch psychiatrischen Begutachtung müssen wir erst die Fragen klären, liegt eine organische Hirnkrankheit vor, besteht oder hat eine Psychose bestanden. Erst nach exakter Verneinung dieser Fragen ist zur abnormen Persönlichkeit oder abnormen Erlebnisreaktion Stellung zu nehmen.

Hier 2 Beispiele eigener Beobachtung: Ein 19jähriger Täter wegen erheblicher Sachbeschädigungen und Mißhandlungen von Kindern, ein 21jähriger wegen Brandstiftungen unter Anklage. Ein analytisch eingestellter Vorgutachter findet für seine Deutungsversuche, die flüssig und dem Laien durchaus einleuchtend geschildert werden, in Kriegs- und Nachkriegserlebnissen zahlreiche Quellen. Ich selbst habe bei beiden einwandfrei ein postencephalitisches Krankheitsbild festgestellt, das in einem Fall sogar durch eine Krankengeschichte, im anderen Fall durch Arztbericht und Encephalographie zweifelsfrei gesichert werden konnte.

Meiner Mitteilung will ich 34 Einzelbeobachtungen zugrunde legen, die im Alter zwischen 8 Monaten und 14 Jahren eine traumatische Hirnschädigung erlitten haben. 13 davon standen im vorschulpflichtigen, 21 im schulpflichtigen Alter. Bei diesen Beschädigten ist heute die Hirnverletzung gesichert.

Auf kasuistische Mitteilung der Einzelbeobachtungen muß verzichtet werden, doch glaube ich, daß tabellarische Zusammenstellungen vieles eindrucksvoller darstellen können, als wortreiche Ausführungen.

In 10 Fällen hat Krankenhausbehandlung der frischen Hirnverletzung nicht stattgefunden.

Keine Krankenhausbehandlung,

weil der Verletzung keine Bedeutung beigemessen wurde	4 Fälle
weil in Ostgebieten bei Kriegsende kein Krankenhaus vorhanden war	1 Fall
weil wegen Zerstörung in der Heimat kein Krankenhaus vorhanden war	2 Fälle
Kurzbehandlung im improvisierten Notkrankenhaus	1 Fall
nur wegen anderer Verletzungen im Krankenhaus, Hirnverletzung übersehen	2 Fälle

Nur in 9 Fällen der 34 Beobachtungen wurde der Antrag auf Versorgung unmittelbar nach der Verletzung gestellt.

Dagegen wurde der Antrag

nach 11 Jahren in 1 Fall
 nach 10 Jahren in 5 Fällen
 nach 9 Jahren in 2 Fällen
 nach 8 Jahren in 4 Fällen
 nach 7 Jahren in 1 Fall
 nach 6 Jahren in 3 Fällen
 nach 5 Jahren in 5 Fällen
 nach 4 Jahren in 2 Fällen und
 nach 3 Jahren in 2 Fällen gestellt.

Mehr als Worte zeigt diese Zusammenstellung, daß in überwiegender Überzahl der Hirnverletzung anfangs keine Beachtung geschenkt worden ist. Erst Komplikationen im weiteren Verlauf haben wieder die Aufmerksamkeit auf die vermeintlich abgeklungene traumatische Hirnschädigung gelenkt.

Am eindrucksvollsten ist wohl das Ereignis des epileptischen Anfallen. In unserem Beobachtungsgut ist die Anzahl der traumatischen Epilepsien auffallend hoch. Bisher sind bei 13 der mitgeteilten Beobachtungen epileptische Anfälle aufgetreten. Das Intervall zwischen Verletzung und Auftreten der Anfälle wird in folgender Zusammenstellung wiedergegeben:

erster Anfall nach 10 Jahren in 2 Fällen
 erster Anfall nach 9 Jahren in 2 Fällen
 erster Anfall nach 8 Jahren in 1 Fall
 erster Anfall nach 5 Jahren in 1 Fall
 erster Anfall nach 3 Jahren in 1 Fall
 erster Anfall nach 2 Jahren in 1 Fall
 erster Anfall nach 1 Jahr in 1 Fall

Das Auftreten von Anfällen war sowohl in beiden Beobachtungen von 10jährigen als auch 9jährigen Intervalls, wie in dem einen Fall von 5jährigem Intervall Anstoß zur Antragstellung auf Versorgung gewesen.

Bei fünf traumatischen Epileptikern waren noch Hirnsplitter und Hirnnarben einwandfrei zu beobachten, eine Feststellung, die die Notwendigkeit exakter Frühversorgung Hirnverletzter nur unterstreicht. Auch die Pubertät bedeutet für den hirnverletzten Jugendlichen eine Gefahrenzone, wie folgende Zusammenstellung zeigt:

Erster Anfall im Alter von 18 Jahren 1 Fall
 erster Anfall im Alter von 17 Jahren 1 Fall
 erster Anfall im Alter von 16 Jahren 2 Fällen
 erster Anfall im Alter von 15 Jahren 2 Fällen
 erster Anfall im Alter von 10 Jahren 1 Fall
 erster Anfall im Alter von 5 Jahren 1 Fall
 erster Anfall im Alter von 4 Jahren 1 Fall aufgetreten.

In 4 Beobachtungen war das genaue Lebensalter zur Zeit des Erstanfalles nicht zu ermitteln. Diese Mitteilung kann nur als vorläufiges Zwischenresultat gelten, da noch nicht alle das kritische Alter

erreicht haben. Der 17- und 18jährige sind etwas in der Entwicklung zurückgeblieben, so daß diese auch mehr somatisch dem Alter von 15—16 Jahren entsprechen.

Der geringe organneurologische Befund erschwert oft das Erkennen traumatischer kindlicher Hirnschädigungen. Das zeigt folgende Zusammenstellung:

Neurologische Mikrobefunde	6 Fälle
Neurologisch geringe Befunde	14 Fälle
Leichte Halbseitenerscheinungen	9 Fälle
Deutliche Halbseitenerscheinungen	4 Fälle

Organische Sprach-Schreib- und Lesestörungen erschweren die Schulausbildung beträchtlich, dies zeigen auch unsere Beobachtungen.

Aphasie und Alexie	4 Fälle	2 davon in Schule mitgeschleppt 2 davon heute versandet.
Aphasie Restaphasie)	5 Fälle	3 in Schule sehr schlecht 1 in Schule mittelmäßig 1 in Schule noch recht gut
Apraxie mit Agraphie	1 Fall	in Schule große Schwierigkeiten
Alexie	1 Fall	kein Schulerfolg

Der psychische Befund läßt sich nur schwer tabellarisch wiedergeben, doch will ich durch Kombination markanter Komponenten eine Darstellung versuchen:

Intelligenz gut, nur etwas verlangsamt	5 Kranke
Intelligenz gut, aber stark verlangsamt	5 Kranke
Intelligenz noch gut aber starke Einbuße der Spontanität	3 Kranke
Modulationsfähigkeit erheblich herabgesetzt, initiativearm	7 Kranke
Initiativeverarmung, aber auf Fremdreize anprechbar, reizbar bis aggressiv	7 Kranke
Initiativeverarmung auf Fremdreize schwer anprechbar	3 Kranke
Stumpf und versandet	4 Kranke

Eine Ergänzung erfährt diese Zusammenstellung durch eine Übersicht über die Schulleistungen der Beschädigten.

Schulerfolg der 13 im vorschulpflichtigen Alter Verletzten:

Mittelmäßig	2
schlecht	9
ab 3. Schuljahr in Hilfsschule aber geringer	
Erfolg	1
nicht schulfähig	1

Sechs Kinder haben heute bereits das 14. Lebensjahr erreicht und überschritten, doch hat keiner noch in einer Lehre fußfassen können. Einer voll erwerbs- und bildungsunfähig.

Die 21 im schulpflichtigen Alter Verletzten zeigen folgende Berufsentwicklung:

Im Beruf gut	1 Versehrter
recht gut eingelebt, aber im Status epilepticus verstorben	1 Versehrter

noch im Studium (gut)	1 Versehrter
noch in Berufsausbildung (gut)	1 Versehrter
Im Beruf stark gehemmt	4 Versehrte
Hilfsarbeiter	2 Versehrte
Berufswechsel weil in Ausbildung den Anforderungen	
nicht gewachsen	2 Versehrte
berufsunfähig	7 Versehrte
im väterlichen Betrieb unter Schonung verwendet	1 Versehrter
im elterlichen Haushalt	1 Versehrte (weiblich)

Kriminell gefährdet sind nur 4 der hier mitgeteilten Beschädigten. Zwei stehen im Alter von 16, zwei im Alter von 18 Jahren, davon zwei Orbital- bzw. Frontoorbitalhirnverletzte (einer mit Augenverlust), ein diffus Hirngeschädigter und ein Scheitelhirngeschädigter. Zu Gesetzeskonflikten ist es bisher aber noch nicht gekommen.

Der Zwang gedrängter Darstellung unter Verzicht auf jede Kasuistik und jede neurologische Problemstellung gibt trotz aller anhaftender Mängel dem Leser doch genug Anhaltspunkte, sich selbst ein Bild von diesem schwierigen Nachkriegsproblem zu entwerfen.

Ich muß noch besonders darauf hinweisen, daß diese Mitteilung nur einen willkürlich gezogenen zeitlichen Querschnitt durch den Verlauf der mitgeteilten Beobachtungen vorstellt, die Kranken bedürfen weiterer Beobachtung und sicher wird auch die Zeit durch das prozeßhafte Weiterschreiten der Schädigungsleiden eine neuerliche Ergänzung meiner Mitteilung erforderlich machen.

Selbst wenn der Schaden in seinem Wesen und in seinen Folgen geklärt ist, tritt nun an den Gutachter die noch schwierigere Frage heran, wie wird man der *Erwerbsminderung* gerecht, zu der man in diesem Alter der Beschädigten schweren Herzens, aber schließlich doch Stellung nehmen muß. Beim erwachsenen Hirnverletzten gibt uns der Knick in der Lebenslinie doch immerhin gewisse Anhaltspunkte. Das hirnverletzte Kind, der hirnverletzte Jugendliche wächst mit seinem prozeßhaft weiterschreitenden Schaden, der die Persönlichkeit des Geschädigten mitgestaltet, heran. Einigermaßen großzügige Bewertung der Erwerbsminderung ist durchaus angebracht, ein Streit um 10—20% ist bei dieser schwierigen und ohnehin unbefriedigenden Einstufung grotesk und unsinnig.

Unser Augenmerk ist aber in erster Linie der *Rehabilitation* zuzuwenden. Mit Berentung allein wird man die Geschädigten dieses Lebensabschnittes vielfach über die Hilfsschule zum Hilfsarbeiter erziehen, soweit nicht vorzeitige Versandung völlige Erwerbsunfähigkeit bedingt. Gesunden Kindern gegenüber muß das geschädigte Kind in der Schule durch seine Verlangsamung, leichtere Ermüdbarkeit, geringe Modulationsfähigkeit und vorzeitigen Leistungsabfall auffallen. Versuchen Lehrer und Eltern durch Nachhilfeunterricht dem Kinde zu helfen,

wird die für das Kind unbedingt erforderliche Frei- und Erholungszeit abgekürzt, der das leicht ermüdbare hirnverletzte Kind dringender als das gesunde bedarf, und auch kein Erfolg erzielt. Alexie, Agraphie oder Aphasie vermag die Hilfsschule nicht zu beheben, auch wird, da bei den hirngeschädigten Kindern kein primärer Intelligenzmangel vorliegt, der Intelligenzunterschied gegenüber anderen Hilfsschülern schmerzlich empfunden.

Die Rehabilitation hat unter ärztlicher Leitung durch erfahrene Pädagogen zu erfolgen und hat sich schließlich auch auf Berufswahl und Berufsausbildung zu erstrecken. Die Versorgung dieser Kinder liegt bei uns noch im Argen, doch gilt es, den angloamerikanischen Vorsprung auf dem Gebiete der Rehabilitation ehestens einzuholen. Weiteres Eingehen auf diese Fragen liegt aber nicht im Rahmen dieser Darstellung.

Auch bei der forensisch-psychiatrischen *Begutachtung* Jugendlicher müssen wir uns immer die Tatsache vor Augen halten, daß die Zahl fröhkindlicher und kindlicher organischer Hirnschädigungen sicher weit größer ist, als man bisher angenommen hat. Neben dem Trauma, spielen hier noch Encephalitis, Meningitis, dystrophische Hirnschädigungen u. a. eine erhebliche Rolle. Dieser Hirnschaden hat dann auch die Persönlichkeit des Kindes mitgebildet. Von der Norm abweichende Persönlichkeiten oder abnorme Reaktionen sind dann nicht Ausdruck einer kindlichen Psychopathie, sondern organische Wesensänderungen und Reaktionen auf den Hintergrund organischer Hirnschädigungen. Wenn auch exakte Diagnose eines organischen Hirnschadens schwieriger ist als deutendes Psychologisieren, müssen wir erst mit der notwendigen Wahrscheinlichkeit einen organischen Kern ausschließen, bevor wir uns psychologischen Deutungen zuwenden. Die forensische Beurteilung ist bei organischer Hirnschädigung anders, als bei abnormen Persönlichkeiten. Die Maßnahmen bei kriminell gewordenen jugendlichen Hirngeschädigten haben sich auch nur im Rahmen ärztlich geleiteter Rehabilitation zu bewegen, wenn man sie erfolgversprechend gestalten will.

Wenn auch hier nur ein kleiner Einblick in ein umfassendes Arbeitsgebiet gegeben wird, ohne die schwierigen Problemstellungen auch nur zu streifen, möge diese Mitteilung dazu anregen, jugendlichen Hirngeschädigungen erhöhtes Interesse zuzuwenden.