

Der neuropsychologische Bericht

Manfred E. Laufer & Anne Simone Glodowski

Die Erstellung neuropsychologischer Berichte ist fester Bestandteil der Tätigkeit Klinischer Neuropsychologen/innen. Der Bericht hat intern, d. h. innerhalb einer klinischen Einrichtung, und extern, d. h. im Außenverhältnis der klinischen Einrichtung, eine Reihe von inhaltlichen, organisatorischen und steuernden Funktionen.

- Die fachliche Dokumentation der Maßnahmen mit dem Rehabilitanden
- Die Steuerung der (weiteren) Patientenbehandlung
- Die Dokumentation einer Dienstleistung im ökonomischen Sinn – insbesondere hinsichtlich Kosten-Nutzen-Aspekten für die Kostenträger
- Die Außendarstellung qualifizierter neuropsychologischer Tätigkeit
- Als Bezugssystem zur Arbeitsorganisation

Die Inhalte des neuropsychologischen Berichts können nicht allgemeingültig vorgegeben werden, sondern sind ziel- und kontextorientiert in Abhängigkeit von verschiedenen Faktoren auszuwählen. Solche Faktoren sind z. B.:

- Die zugrunde liegende Fragestellung
- Das jeweilige klinische Setting
- Die Art der Maßnahmen
- Die Rezipienten des Berichtes
- Die Funktion für die weitere Behandlungssteuerung
- Formale und institutionelle Vorgaben der Einrichtung oder des Kostenträgers.

Ein Vorschlag für die inhaltliche Gliederung neuropsychologischer Berichte und eine „Checkliste“ möglicher Inhalte, aus der zielgerichtet ausgewählt werden kann, ist in der folgenden Tabelle wiedergegeben.

1. Vorbefunde	
Aktenlage	Krankenakte, Vorbehandlungen, Vorausgehende Behandlungsempfehlungen
Diagnose, Nebendiagnosen	Beispiel für Nebendiagnosen: Diabetes mellitus, Mikroangiopathie, etc.
Neuroanatomische Daten	Angaben z. Lokalisation v. Läsionen, Befunden bildgebender Verfahren etc.
Pharmakologische Informationen Psychische/psychiatrische Vorerkrankung	Angaben zu zentralwirksamer Medikation Psychose, Depression, Suizidgefährdung, Angststörung, etc.

2. Untersuchungsplanung und Befund

Untersuchungsplanung	Zielorientierung. Indikation, Auftrag, Fragestellung, testbehindernde Faktoren, Bezug zum prämorbidem Niveau
Gegenstand der Befunderhebung	
- Kognitive Funktion	
Orientiertheit (zu Person, Ort, Zeit, Situation)	
Basare u. höhere Wahrnehmungsleistungen	
Aufmerksamkeitsfunktion	
Neglect	
Lernen und Gedächtnis	
Intelligenzprofil	
Sprache	
Visuell-räumliche und räumlich-konstruktive Leistungen	
Exekutive Funktionen	
Berufsabhängige Fertigkeiten und domänen-spezifisches Wissen	
- Emotional-affektive Funktionen, psychische Situation	
- Persönlichkeit	
Infoquellen zur Befunderhebung	
- Anamnesen-Exploration	Subjektives Erleben der Schädigungsfolgen; Erwartungen, Ziele Einstellung zur Reha; Motivation
- Selbstschätzung, Selbstratings	Selbstwahrnehmung und Beurteilung in spezifischen Funktions-, Berufs- und Lebensbereichen; offene und/oder (halb-)standardisierte Verfahren; ggf. Hinweise auf Anosodiaphorie, Anosognosie
- Fremdanamnese, Fremdratings	Wahrnehmungen und Bewertungen von Familienmitgliedern/Partnern, Freunden, Arbeitskollegen, offene und/oder (halb-)standardisierte Verfahren
- Verhaltensbeobachtung	Mimik, Gestik- Prosodie, Blickkontakt, Körperhaltung, spezifische Verhaltensaspekte; ggf. Hinweise auf Simulations- Aggravationstendenzen
- Exploration u. Verhaltensbeobachtung von Affektivität und Antrieb	Depression, Ängste, Antrieb (sowohl als direkte Folge als auch als Reaktion auf die Hirnschädigung); Kausal- und Kontrollüberzeugungen; Krankheitsverarbeitungsstil
- Testdiagnostik	Psychometrische Tests und qualitative/experimentelle Verfahren

- Arbeitsplatzanalyse/Analyse der häuslichen Anforderungen	Erstellen eines mit dem „Fähigkeits“-Profil korrespondierenden „Anforderungs-Profiles“
- Reale Erprobung, Simulation	z. B. berufs- u./o. alltagsbezogene Belastungserprobung, real oder simuliert

3. Rehabilitationsziel und Therapieplanung

Lang- und mittelfristige Ziele	Theorieorientiert aus Befunden hergeleitet; patientendefiniert, „angehörigen“-definiert, kostenträgerdefiniert, experten-definiert
Kurzfristige Ziele, Zwischenziele	Aus langfristigen Ziele operational abgeleitet, konkret auf den Ebenen Disability und Handicap, überprüfbar
Planung der Maßnahmen	Aus Zielen abgeleitete Interventionen

4. Therapie und Verlauf

Durchgeführte Maßnahmen	Beschreibung der durchgeführten standardisierten und nichtstandardisierten Maßnahmen
Behandlungsverlauf	Darstellung des Behandlungsverlaufs, ggf. der Adaption von Behandlung und/oder Zielen

5. Evaluation der Maßnahmen

Nutzung aller Informationsquellen aus der Befunderhebung	Bewertung der Effektivität und Effizienz der Maßnahmen, Retests mit inferenzstatistischer Auswertung
--	--

6. Beiträge zur sozialmedizinischen Beurteilung aus neuropsychologischer Sicht

Einschätzung von Disabilities und Handicaps bezogen auf alle relevanten Lebensbereiche Positives Leistungsbild und negatives Leistungsbild	Orientierung am prämorbidem Niveau und Bezug zu den mittel- und langfristigen Rehazeiten Darstellung und Bewertung erhaltener und beeinträchtigter Funktionen, Fähigkeiten
Beurteilung der Berufs- und Erwerbstätigkeit Beurteilung der Fahreignung und Straßenverkehrstauglichkeit Beurteilung der Selbständigkeit	

Kausale Zusammenhänge zwischen
pathologischem Geschehen und
Befunden/Verlauf
Prognose
Behandlungsempfehlung

7. Zusammenfassung

Die hier kurz zusammengefassten Informationen zum neuropsychologischen Bericht werden ausführlich behandelt im „Lehrbuch der Klinischen Neuropsychologie“ (2. Aufl.), herausgegeben von Sturm, W., Herrmann, M. & Münte, T.F. (2009).
(Spektrum Akademischer Verlag, Heidelberg, ISBN 978-3-8274-1612-4)
<http://www.springer.com/springer+vs/psychologie/klinische+psychologie/book/978-3-8274-1612-4>

Aus Datenschutzgründen ist es dringend erforderlich, die Kasuistiken sorgfältig zu anonymisieren.
