

Leitlinien zur Berichterstattung

Einleitung

Ein neuropsychologischer Bericht dient grundsätzlich der Dokumentation und der Kommunikation. Er dokumentiert die Resultate neuropsychologischer Diagnostik und/oder der neuropsychologischen Therapie. Er erlaubt eine einfache und dennoch präzise Kommunikation zwischen Neuropsychologen, aber auch mit anderen im medizinischen und paramedizinischen Bereich beteiligten Fachleuten (bspw. Hausärzte, Neurologen, Psychiater, Ergotherapeuten). Er ist ein für Neuropsychologen unerlässliches Arbeitsinstrument.¹

Die Leitlinien schlagen einen pragmatischen Weg zur Erreichung dieser Ziele vor.

Leitlinien

Der Bericht soll dem Zweck der Untersuchung oder dem Therapieverlauf Rechnung tragen, und in einer klar formulierten, dem Hauptadressaten angemessenen Sprache verfasst werden. Der Leser eines Berichtes soll ihn grundsätzlich unabhängig von der genauen Kenntnis von klinikinternen oder regionalen Besonderheiten verstehen können. Es soll transparent sein, auf welche Beurteilungsgrundlagen sich der Bericht abstützt.

Es wird empfohlen, folgende Elemente aufzuführen:

1. Allgemeine Angaben
 - a. An geeigneter Stelle sollen aufgeführt werden:
 - i. Übliche Angaben über den Patienten (Name, Geburtsdatum, Adresse)
 - ii. Übliche Angaben zur Institution, Klinik, Praxis
 - iii. Angabe des Untersuchungszeitpunktes
 - iv. Angabe des Zeitpunktes der Rückmeldung der Befunde
 - b. Falls notwendig: relevante Angaben zum Kostenträger
2. Zweck des Berichtes
 - a. Es soll klar ersichtlich sein, um welche Art Bericht es sich handelt (z.B. Screening, Standortbestimmung, Konsilium, Eintritts-, Verlaufs-, Austritts- und Therapiebericht).
3. Neuropsychologisch relevante medizinische Informationen und neuropsychologische Vorbefunde
 - a. medizinische Diagnosen und Vorbefunde (z.B. neurologische, psychiatrische, internistische Befunde)
 - b. Resultate medizinisch-technischer Untersuchungen (Bildgebung, EEG, Laborbefunde, usw.)
 - c. Medikamente, welche die Resultate der Untersuchung / Therapie beeinflussen könnten (Psychopharmaka, Sedativa, Antikonvulsiva und andere direkt oder indirekt zentralnervös wirkende Medikamente)
 - d. neuropsychologische Vorbefunde
 - e. weitere Vorbefunde, z.B. schulpsychologische, logopädische Befunde
4. Zuweisungsgrund, Fragestellung
5. Aktuelle Lebenssituation
 - a. Sozialer Status
 - b. Selbstständigkeit und Aktivitäten im Alltag
6. Angaben zu Bildung und Beruf
7. Händigkeit, Muttersprache, Kenntnisse der Untersuchungssprache
8. Beschwerdeangaben und, wenn möglich, Fremdanamnese

¹ Diese Leitlinie bezieht sich explizit nicht auf die besonderen Anforderungen, die an neuropsychologische Gutachten gestellt werden. Es sei auf die entsprechende Leitlinie verwiesen.

9. Klinischer Eindruck, allgemeines Verhalten
 - a. Differenzierter klinisch-neuropsychologischer Status (Orientierung, Sprache, Antrieb, Ermüdbarkeit, Psychomotorik, Arbeitstempo, autobiographischer Abruf, Perseverationstendenzen, Flexibilität, Frustrationstoleranz, sozial-kommunikative Kompetenzen, Einsichtsfähigkeit, Hör- und Sehvermögen, usf.)
 - b. Affektivität
 - c. Schmerzverhalten
 - d. Kooperation, Anstrengungsbereitschaft
10. Standardisierte Tests, qualitative Verfahren mit Angabe
 - a. aller verwendeten Instrumente,
 - b. der damit gemessenen Funktionen und
 - c. der Art der Normen (z.B. ob alters-, geschlechts-, bildungskorrigiert; Referenzpopulation)
11. Befunde
 - a. Wo sinnvoll soll dies in übersichtlicher, z.B. tabellarischer Form geschehen.
 - b. Bei den eingesetzten Tests sollen die wichtigsten Standardwerte (z-Werte, T-Werte, Prozentränge, u.a.) aufgeführt werden.
 - c. Es soll für den Leser klar ersichtlich sein, ab welchem Wert ein Standardwert als leicht, mittelgradig oder weit unterdurchschnittliches Ergebnis beurteilt wird.
12. Zusammenfassung/Beurteilung
 - a. Die Zusammenfassung und Beurteilung hängen von der Fragestellung ab. Hier stehen z.B.
 - i. defizitäre und/oder erhaltene Funktionen
 - ii. Auswirkungen auf Aktivität/Partizipation (nach ICF)
 - iii. Hypothesen zur Ätiologie.
 - b. In der Beurteilung erfolgt die Interpretation aller gesammelten Daten (Testresultate, Klinik). Dabei
 - i. ist zur Validität der erhobenen neuropsychologischen Testresultate Stellung zu nehmen, unter Berücksichtigung der eventuell die Testleistungen beeinflussenden Faktoren (bspw. somatische oder psychische Erkrankungen, Schmerzen, Müdigkeit, Medikamente, sprachlicher oder kultureller Hintergrund, Motivation und Anstrengungsbereitschaft, -vermögen)
 - ii. sind mögliche Widersprüche zu diskutieren.
 - c. Es wird empfohlen, immer Angaben
 - i. zum Schweregrad einzelner Funktionsbereiche und zum Gesamtschweregrad (z.B. nach SUVA Tab. 8 und 19, DSM V),
 - ii. zu den relevanten neuropsychologischen Diagnosen (z.B. nach ICD oder DSM) und
 - iii. zum weiteren Prozedere zu machen.
13. Rehabilitation/ Therapie
 - a. Bei durchgeführter neuropsychologischer Therapie oder Beratung sollen die Therapieziele und -planung (Methodenauswahl inkl. Begründung),
 - b. die Anzahl, die Frequenz und die Art der Therapieeinheiten,
 - c. der Verlauf und die Ergebnisse dokumentiert werden.
14. Unterschriften mit Angabe der fachlichen Qualifikation und des akademischen Grades

Diese Leitlinien wurden an der Generalversammlung vom 09.11.2013 angenommen.