

Praxisempfehlungen  
für psychologische Interventionen in der Rehabilitation

Schlaganfall



**Erarbeitet von:**

Dipl.-Psych. Hanna Kampling, Dr. Christina Reese, Prof. Dr. Oskar Mittag  
Universitätsklinikum Freiburg, Institut für Qualitätsmanagement und Sozialmedizin (AQMS)

**Beteiligte Expertinnen und Experten:**

Lisa Barucchieri Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V. (DVE)	Prof. Dr. Ursula Immenschuh Katholische Hochschule Freiburg
Prof. Dr. Dr. Jürgen Bengel Abteilung für Rehabilitationspsychologie und Psychotherapie, Institut für Psychologie, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg	Dr. Jutta Küst MEDIAN Klinik Burg Landshut
Dr. Dolores Claros-Salinas Klinik Schmieder – Neurologisches Fach- und Rehabilitationskrankenhaus	Dr. Markus Leisse MEDIAN Klinik Burg Landshut
Dipl.-Log. Robert Darkow Klinik für Neurologie mit Experimenteller Neurologie, Charité – Universitätsmedizin Berlin	Dipl.-Psych. Andigoni Mariolakou Klinik Königsfeld
Prof. Dr. Siegfried Gauggel Institut für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie, Universitätsklinikum der RWTH Aachen	Dipl.-Psych. Patrick Noll BDH-Klinik Elzach
Dr. Thomas Guthke Tagesklinik für kognitive Neurologie, Universitätsklinikum Leipzig	Claudia Pott Deutscher Verband für Physiotherapie (ZVK) e.V.
Sibylle Hör-Berg Schlaganfall Selbsthilfegruppe Freiburg	Dr. Wilfried Schupp m&i-Fachklinik Herzogenaurach
	Prof. Dr. Claus-W. Wallesch BDH-Klinik Elzach
	Dr. Ulrike Worringen Abteilung Rehabilitation, Deutsche Rentenversicherung Bund

Die Praxisempfehlungen wurden im Rahmen des Projekts „Psychologische Interventionen in der Rehabilitation von PatientInnen mit onkologischen Erkrankungen (Mamma-, Prostata- oder Kolonkarzinom), Typ-2-Diabetes oder Schlaganfall: Systematische Entwicklung von Praxisempfehlungen“ erstellt. Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund; FKZ 0423-40-64-50-18

Die Verantwortung für den Inhalt der Praxisempfehlungen liegt bei den Autoren.

**Bitte wie folgt zitieren:**

Kampling, H., Reese, C., Mittag, O., Barucchieri, L., Bengel, J., Claros-Salinas, D., Darkow, R., Gauggel, S., Guthke, T., Hör-Berg, S., Immenschuh, U., Küst, J., Leisse, M., Mariolakou, A., Noll, P., Pott, C., Schupp, W., Wallesch, C.-W., Worringen, U., (2016). Praxisempfehlungen für psychologische Interventionen in der Rehabilitation nach Schlaganfall. Verfügbar unter [www.aqms.de](http://www.aqms.de)

# Inhalt

<b>Inhalt</b> .....	<b>4</b>
<b>Übersicht über die Inhalte</b> .....	<b>7</b>
<b>Allgemeine Vorbemerkungen</b> .....	<b>8</b>
Hintergrund und Ziele .....	8
Entwicklung der Praxisempfehlungen.....	8
Anwendung der Praxisempfehlungen.....	9
Strukturelle Rahmenbedingungen.....	10
Geltungsbereich .....	10
Strukturvoraussetzungen .....	10
Rolle des interdisziplinären Teams.....	11
Prozessanforderungen .....	12
Rehabilitations-Planung .....	12
Formulierung von Rehabilitations-, Therapie- und Patienten-Zielen .....	13
Zuweisungskriterien für die neuropsychologische Untersuchung.....	17
<b>Teil A: Partizipation</b> .....	<b>18</b>
– <b>Übergeordnete Ziele der Rehabilitation</b> .....	<b>18</b>
A 1) Soziale Integration.....	19
A 1.1 Soziale Integration – Bezugspersonen.....	19
A 1.2 Soziale Integration – Familie, Partnerschaft & Sexualität .....	20
A 1.3 Soziale Integration – Aktivitäten.....	21
A 2) Erwerbstätigkeit .....	22
<b>Teil B: Kognition</b> .....	<b>25</b>
B 1) Aufmerksamkeit .....	27
B 2) Gedächtnis.....	29
B 3) Exekutive Funktionen .....	31
B 4) Visuelle Wahrnehmung & Raumkognition .....	34
B 5) Kommunikation .....	37
B 6) Weitere Teilleistungsstörungen.....	40
<b>Teil C: Affektivität &amp; Verhalten</b> .....	<b>41</b>
C 1) Depression & Angst .....	42
C 2) Störungsbewusstsein .....	45
C 3) Krankheitsbewältigung & Anpassungsreaktionen.....	46
C 4) Affektiv-motivationale Veränderungen, Verhalten & Persönlichkeit.....	48
C 5) Adhärenz.....	51
<b>Teil D: Risikofaktoren</b> .....	<b>53</b>

D 1) Rauchen.....	54
D 2) Alkohol .....	55
D 3) Ernährung.....	56
D 4) Bewegung.....	57
D 5) Somatische Risikofaktoren .....	59
<b>Teil E: Spezifische Problemlagen &amp; Spezielle Aspekte.....</b>	<b>60</b>
E 1) Schlaf.....	61
E 2) Fatigue .....	62
E 3) Schmerz .....	64
E 4) Chronischer Stress durch lang andauernde psychosoziale Belastungen .....	66
E 5) Weitere psychische Komorbidität.....	67
E 6) Kraftfahreignung.....	68
<b>Literatur .....</b>	<b>71</b>
<b>Danksagung .....</b>	<b>74</b>
<b>Interessenskonflikte.....</b>	<b>74</b>

Anmerkung

Aus Gründen der Lesbarkeit wird im gesamten Text die männliche Form in ihrer generischen Bedeutung für beide Geschlechter gebraucht. Mit Psychologen sind also auch immer Psychologinnen gemeint, mit Therapeuten immer auch Therapeutinnen.

## Übersicht über die Inhalte

Problemlagen in der Rehabilitation von Patienten mit Schlaganfall – Phase D, die durch psychologische Interventionen adressiert werden können:

Teil A: Partizipation – Übergeordnete Ziele der Rehabilitation	Teil B: Kognition	Teil C: Affektivität & Verhalten	Teil D: Risikofaktoren	Teil E: Spezifische Problemlagen & Spezielle Aspekte
1.1) Soziale Integration – Bezugspersonen 1.2) Soziale Integration – Familie, Partnerschaft & Sexualität 1.3) Soziale Integration – Aktivitäten 2) Erwerbstätigkeit	1) Aufmerksamkeit 2) Gedächtnis 3) Exekutive Funktionen 4) Visuelle Wahrnehmung 5) Kommunikation 6) Weitere Teilleistungsstörungen 6.1 Alexie & Agraphie 6.2 Apraxie 6.3 Akalkulie	1) Depression & Angst 2) Störungsbewusstsein 3) Krankheitsbewältigung & Anpassungsreaktionen 4) Affektiv-motivationale Veränderungen, Verhalten & Persönlichkeit 5) Adhärenz	1) Rauchen 2) Alkohol 3) Ernährung 4) Bewegung 5) Somatische Risikofaktoren	1) Schlaf 2) Fatigue 3) Schmerz 4) Chronischer Stress durch lang andau- ernde psychosoziale Belastungen 5) Weitere psychische Komorbidität 6) Kraftfahreignung

# Allgemeine Vorbemerkungen

## Hintergrund und Ziele

Vorliegende Leitlinien der Fachgesellschaften oder die Reha-Therapiestandards der Deutschen Rentenversicherung Bund schließen psychologische Interventionen explizit ein, sie sind aber nicht differenziert genug, um praktisches psychologisches Handeln in der Rehabilitation im Einzelfall leiten zu können. Ziel des Projektes „Psychologische Interventionen in der Rehabilitation von PatientInnen mit *Schlaganfall*, Typ-2-Diabetes oder onkologischen Erkrankungen (Mamma-, Prostata- oder Kolonkarzinom): Systematische Entwicklung von Praxisempfehlungen“ (Förderer: Deutsche Rentenversicherung Bund) ist die Formulierung von möglichst konkreten, auf einzelne Problemlagen bezogenen Empfehlungen für psychologisches Handeln. Das Vorgehen richtet sich nach folgenden selbstgewählten Voraussetzungen:

- Psychologische Interventionen sind alle diagnostischen, therapeutischen oder edukativen Maßnahmen, die psychologisch fundiert sind; sie sind nicht an die Berufsgruppe der Psychologen gebunden.
- Die Praxisempfehlungen sollen an der jeweils besten verfügbaren Evidenz orientiert sein und einen hohen Konkretisierungsgrad aufweisen.
- Die Praxisempfehlungen sollen unter den gegebenen personellen und organisatorischen Voraussetzungen der rehabilitativen Versorgung realisierbar sein. Dieser strukturkonservative Ansatz soll als Anker für eine Implementierung in die Praxis dienen.
- Die Umsetzbarkeit und die Akzeptanz der Praxisempfehlungen sollen durch eine möglichst breite Konsentierung gefördert werden.

## Entwicklung der Praxisempfehlungen

Die vorliegenden Praxisempfehlungen für psychologische Interventionen in der Rehabilitation von Patienten nach Schlaganfall – Phase D ist das Ergebnis verschiedener Arbeitsschritte. Zunächst wurde eine umfassende Recherche zu vorliegenden Leitlinien und bestmöglicher Evidenz durchgeführt. Auf Grundlage dieser wurde ein Fragebogen entwickelt, der die bestehenden Strukturen und das praktische Vorgehen innerhalb der psychologischen Abteilungen neurologischer Rehabilitations-Einrichtungen erheben sollte. Die Ergebnisse dieser Befragung (Kampling et al., 2015) sowie die Inhalte der Recherche dienten als Voraussetzung für die Entwicklung der Praxisempfehlungen. Dieser erste Entwurf der Praxisempfehlungen wurde im Rahmen eines Expertenworkshops sowie in mehreren



sich anschließenden schriftlichen Diskussionsrunden diskutiert und konsentiert. Auf Basis dieser Ergebnisse wurde eine Konsultationsfassung der Praxisempfehlungen formuliert. Diese Konsultationsfassung wurde mit der Bitte um Kommentierung an die leitenden Psychologen und Chefärzte aller stationären und ambulanten neurologischen Einrichtungen verschickt. Parallel wurden im Rahmen einer Fokusgruppe mit Rehabilitanden zentrale Aspekte der Praxisempfehlungen mit Betroffenen diskutiert. Nach einer Auswertung dieser Rückmeldungen wurden auch diese bei der finalen Konsentierung der Praxisempfehlungen durch die Experten berücksichtigt (Kamplung et al., in preparation).

## Anwendung der Praxisempfehlungen

Die praktische Anwendung von Empfehlungen muss immer unter Berücksichtigung der klinischen Expertise des Behandlers und der individuellen Situation des einzelnen Rehabilitanden erfolgen. David Sackett, einer der Pioniere der evidenzbasierten Medizin (EBM), formulierte diese Grundvoraussetzung in Bezug auf die Anwendung der EBM wie folgt:

“Evidence-based medicine (EBM) is the integration of best research evidence with clinical expertise and patient values. [...] By patient values we mean the unique preferences, concerns and expectations each patient brings to a clinical encounter and which must be integrated into clinical decisions if they are to serve the patient.” (Sackett et al., 2000, S. 1).

Praxisempfehlungen und Leitlinien sollen den damit verbundenen Prozess des vernünftigen Abwägens unterstützen. Die vorliegenden Empfehlungen wurden systematisch anhand der besten vorliegenden Evidenz formuliert und in einem aufwendigen Prozess von Wissenschaftlern und Klinikern konsentiert. Sie bilden eine praxisorientierte Entscheidungshilfe für psychologische Interventionen bei bestimmten Problemlagen.

## Strukturelle Rahmenbedingungen

### Geltungsbereich

Die Praxisempfehlungen sollen primär bei Rehabilitanden mit der Hauptdiagnose Schlaganfall – Phase D Anwendung finden. Der Geltungsbereich der Empfehlungen kann auf die Phasen C und E ausgeweitet werden. Die Phase C ist besonders als Übergangsphase relevant, wobei die Rehabilitanden der Phase C ein viel heterogeneres klinisches Bild als die Rehabilitanden der Phase D aufweisen. Falls sich die in den Empfehlungen aufgeführten Problemlagen auch bei anderen Schädigungen des Gehirns finden, können die Empfehlungen auf diese ausgeweitet werden, wobei zu beachten ist, dass spezifische Krankheitsaspekte dieser anderen Schädigungen unberücksichtigt bleiben.

### Strukturvoraussetzungen

Die Umsetzbarkeit der Praxisempfehlungen in den gegebenen Strukturen neurologischer Rehabilitations-Einrichtungen ist ein wichtiges Ziel, das bei der Entwicklung der Empfehlungen verfolgt wurde. Eine eigens durchgeführte Befragung zu Strukturen und Praxis in der neurologischen Rehabilitation von Patienten nach Schlaganfall findet ein Stellenverhältnis von 3,27 Psychologen pro 100 Rehabilitanden (phasenübergreifend) (Kamplung et al., 2015). Das von der DRV geforderte Stellenverhältnis beträgt in der Aktualisierung von 2014 vier Psychologen pro 100 Rehabilitanden nach Schlaganfall – Phase D (vgl. Deutsche Rentenversicherung Bund, 2014).

Die Praxisempfehlungen für Rehabilitanden nach Schlaganfall richten sich an das gesamte interdisziplinäre Behandler-Team. Um eine optimale Versorgung zu erreichen, bedarf es dringend spezifischer Qualifikationen. Besonders den Psychologen kommt hier eine tragende Rolle zu. So soll in jeder Einrichtung mindestens ein Psychologe mit Weiterbildung zum Klinischen Neuropsychologen (= Zertifikat einer Fachgesellschaft) arbeiten. Eine solche Weiterbildung zum Klinischen Neuropsychologen muss von allen Psychologen angestrebt werden. Gibt es in einer Einrichtung mehrere Psychologen, die bereits über eine solche Weiterbildung bereits verfügen oder sich in Weiterbildung befinden, soll das Stellenverhältnis von Weiterbildungskandidaten zu ausgebildeten Klinischen Neuropsychologen zu Gunsten ausgebildeter Klinischer Neuropsychologen ausfallen oder zumindest ausgeglichen sein. [CAVE: Aktuell ist ein Großteil der Kliniken im oben genannten Sinne nicht weiterbildend, trotzdem muss eine Weiterbildung seitens der Psychologen angestrebt werden. Deshalb sollten alle Kliniken eine Weiterbildungsermächtigung erwerben, wobei eine Supervision dann ggf. extern ermöglicht werden muss.] Weiter soll es in jeder Einrichtung mindestens einen Psychologischen Psychothera-

peuten (Approbation) geben. Über eine Fort- oder Weiterbildung zu „Kommunikativer Kompetenz“ (z. B. Motivational Interviewing) sollte das ganze Team verfügen.

### Rolle des interdisziplinären Teams

Das interdisziplinäre Kern-Team, bestehend aus den Berufsgruppen Arzt, Neuropsychologe, Physio-, Ergo- und Sprachtherapeut, Pflege und Sozialarbeiter, soll unter der Leitung bzw. Supervision eines entsprechend qualifizierten Arztes stehen. Hierbei soll es sich um einen Arzt für Neurologie oder Neurochirurgie mit Zusatzqualifikation Rehabilitationswesen bzw. Sozialmedizin oder aber einen Arzt für physikalische und rehabilitative Medizin mit mehrjähriger Erfahrung im Bereich der neurologischen Rehabilitation handeln.

Die Aufgabe des Arztes als Teamleiter besteht darin, die Empfehlungen der einzelnen Therapeuten aufeinander abzustimmen und in einem kohärenten Behandlungsplan zusammenzustellen. Als Alternative dazu kann auch ein Neuropsychologe als Teamleiter eingesetzt werden, wenn z. B. kognitive Defizite im Vordergrund stehen.

Bei der Zuweisung kommt den Ärzten und / oder dem interdisziplinären Team eine **zentrale Steuerungsfunktion** zu. Grundsätzlich ist eine enge fachliche Zusammenarbeit im interdisziplinären Team zwingend notwendig. Diese erfordert regelmäßige, mindestens einmal wöchentlich stattfindende Teambesprechungen, wobei jedem Patienten durchschnittlich fünf bis zehn Minuten pro Woche zukommen sollen. Wenn indiziert, sollen zusätzliche Fallkonferenzen angesetzt werden. Besondere Beachtung sollen allgemein die folgenden Aspekte finden:

- Eine kritische Reflektion des Störungs- / Behandlungsmodells sowie des therapeutischen Fortschritts;
- Konkrete Schritte der Entlassungsplanung;
- Leistungsbeurteilung.

## Prozessanforderungen

Folgende Grundprinzipien für das praktische Vorgehen in der neurologischen Rehabilitation nach Schlaganfall – Phase D sollen umgesetzt werden:

- (a) Die Durchführung diagnostischer und therapeutischer Interventionen obliegt der jeweiligen, spezialisierten Berufsgruppe (u. a. Ärzte, (Klinische Neuro-)Psychologen, Ergotherapeuten, Pflege, Physio-, Bewegungs- oder Sporttherapeuten, Sprachtherapeuten, Sozialarbeiter). Die Ergebnisse der fachspezifischen Untersuchungen müssen dem gesamten interdisziplinären Team zugänglich gemacht werden.
- (b) Für das interdisziplinäre Team steht ein transdisziplinäres, immer jedoch ein interdisziplinäres therapeutisches Vorgehen im Vordergrund. Ein transdisziplinäres Vorgehen betont die Professionalisierung einzelner Berufsgruppen und ihre jeweilige Expertise in einem bestimmten Arbeitsfeld; gleichzeitig ist ein transdisziplinäres Vorgehen durch einen interdisziplinären, offenen Dialog und Austausch geprägt. Somit soll das jeweilige, spezifische Fachwissen vereint werden, um eine optimale, individuelle und teilhabeorientierte Behandlung zu erreichen.
- (c) Psychosoziale Interventionen sollen vom Bedarf abhängig gemacht werden.
- (d) Bei Bedarf und nach Rücksprache (wenn möglich) mit dem Rehabilitanden können Bezugspersonen der Rehabilitanden in den Beratungs- oder Therapieprozess einbezogen werden.
- (e) Die fachspezifischen Beiträge der Therapeuten zur sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung werden in die ärztliche sozialmedizinische Leistungsbeurteilung einbezogen. Die Therapeuten des Reha-Teams sollen daher über eine entsprechende fachbezogene Kompetenz verfügen.
- (f) Künstlerische Therapieverfahren (z. B. Musiktherapie) können empfohlen werden.
- (g) Die Teilnahme an Informationsveranstaltungen kann allgemein für Rehabilitanden und Bezugspersonen empfohlen werden. Edukative Informationsveranstaltungen sollen dabei in Abhängigkeit vom Funktionsniveau der Rehabilitanden angeboten werden und ggf. auf eine Erweiterung der Handlungskapazität fokussieren.

## Rehabilitations-Planung

In Abhängigkeit von der Fragestellung (z. B. Beitrag zur sozialmedizinischen Beurteilung), den Rehabilitations- und Therapiezielen und / oder dem Anliegen des Rehabilitanden soll eine gestufte Diagnostik durchgeführt werden. Das interdisziplinäre Team muss in enger Zusammenarbeit für jeden Rehabilitanden einen individuellen Gesamtrehabilitationsplan (Teilhabeplan nach SGB IX) erstellen. Dieser kann folgende Aspekte beinhalten:

- Medizinische Faktoren; ein Profil neurologischer / neuropsychologischer Defizite;
- Vorhandene Alltagsfähigkeiten („activities of daily life“ (ADL)); Beschreibung der Teilhabemöglichkeiten (= Assessment); fortlaufende Evaluation der Ressourcen eines Patienten;
- Rehabilitationsfähigkeit und –motivation;
- Festlegung über- und nachgeordneter Rehabilitationsziele;
- Festsetzung der Therapiedauer anhand realistischer, fähigkeits- und teilhabeorientierte Ziele;
- Abstimmung erforderlicher Behandlungsschritte;
- Verlaufsdiagnostik anhand des klinischen Eindrucks und / oder standardisierter Instrumente;
- Gegebenenfalls Anpassung der Rehabilitationsprognose und –ziele.

Die Diagnostik und Therapie soll sich an aktuellen, evidenzbasierten Standards (Leitlinien) orientieren. Es wird in den folgenden Kapiteln ggf. auf die entsprechenden Leitlinien verwiesen.

Abbildung 9 zeigt einen möglichen Ansatz zur individuellen Fallstrukturierung nach dem Modell der ICF, in den alle relevanten, routinemäßig erhobenen Informationen einfließen (dem *ICF - Praxisleitfaden 2* der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) – Seite 18 entnommen).

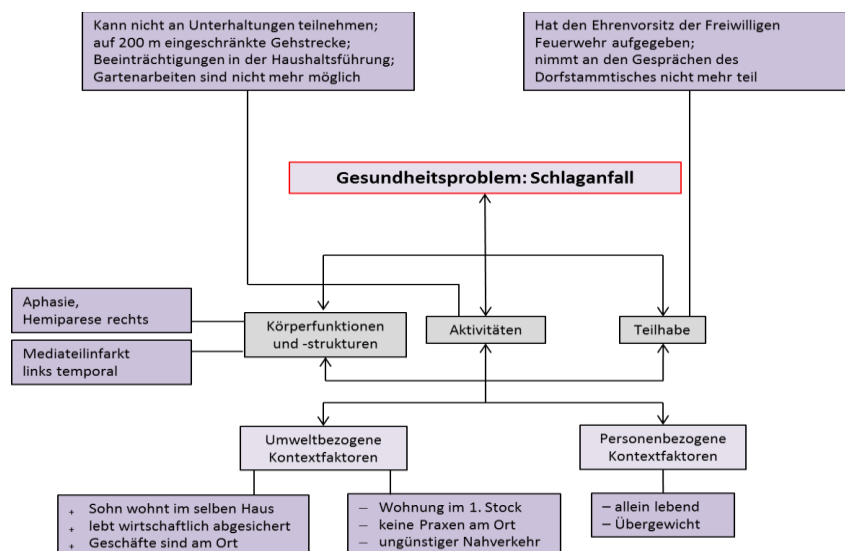


Abb. 1. Fallstrukturierung ICF-orientiert (+ Förderfaktoren / – Barrieren) (S. 18; BAR, 2008)

## Formulierung von Rehabilitations-, Therapie- und Patienten-Zielen

Durch die Formulierung von Rehabilitations- und Therapie-Zielen soll eine teilhabeorientierte Zielsetzung erfolgen, bei der Zielvorstellungen der Patienten Berücksichtigung finden. Die Rehabilitations- und Therapieziele müssen demnach möglichst in Interaktion mit dem Rehabilitanden festgelegt werden, seine individuellen Bedürfnisse berücksichtigen und sich an vorhandenen individuellen und sozialen Ressourcen orientieren. Die Zielvereinbarungen sollen dabei Rehabilitations-, Therapie- und Patientenziele umfassen:

- Rehabilitations-Ziele: In Anlehnung an die ICF sollen sich Rehabilitations-Ziele an individuellen Teilhabe-Aspekten des Rehabilitanden orientieren (u. a. Teilhabe am Erwerbsleben oder am gesellschaftlichen Leben, Ermöglichung der Selbstversorgung, Verbesserung des Krankheitszustandes). Bei der Formulierung eines angemessenen Rehabilitations-Ziels sollen folgende Aspekte Beachtung finden (vgl. Glattacker et al., 2015):
- Rehabilitations-Ziele sollen Verbindlichkeit erzeugen (z. B. „Ich erreiche...“), eine positive Orientierung bieten (z. B. „Auch wenn..., möchte ich...“) und aktives Handeln auslösen (damit sollen sie sich von Wünschen und Erwartungen der Rehabilitanden abgrenzen und konkrete Handlungsziele ableiten).
  - Beschreibung des angestrebten Zustandes und nicht der Maßnahme.
  - Berücksichtigung der Lebenswelt des Rehabilitanden (u. a. Umfeld), individueller Vorerfahrungen und Vorlieben, subjektiver Krankheitsvorstellungen sowie Problemwahrnehmungen.
  - Begrenzung der Anzahl der Rehabilitations-Ziele: maximal drei bis fünf.
  - Realistische Erreichbarkeit eines Zieles. Die Formulierung abgestufter Zielerreichungsgrade kann eine Anpassung des Schwierigkeitsgrades ermöglichen.  
[Hier ist das interdisziplinäre Team besonders Rehabilitand und Therapeut (mitunter auch der Bezugspersonen) ist es Bestandteil der Therapie, gemeinsam zu realistischen Therapiezielen (Teilhabeziele, Aktivitätsziele, Funktionsziele) zu finden. Bei Awareness-Störungen (also Beeinträchtigungen des Störungsbewusstseins) steht die Erarbeitung der Awareness zu Beginn im Vordergrund. Auch hier gilt es, sich mit den Rehabilitanden auf ein gemeinsames Ziel zu einigen.]
  - Anstreben eines mittleren Schwierigkeitsgrades, um Über- und Unterforderungen des Rehabilitanden zu vermeiden. Die Bestimmung des Schwierigkeitsgrades ergibt sich aus dem Verhältnis von Anforderung und Zeit (z. B. anstelle vollkommener Selbstständigkeit bei der Alltagsplanung sollte das Ziel lauten „Die Planung meines Alltages kann ich mit Hilfsmitteln und der Unterstützung meiner Frau bewerkstelligen.“)
  - Priorisierung der Rehabilitations-Ziele nach ihrer Bedeutsamkeit für den Rehabilitanden.
  - Unterscheidung lang- und kurzfristiger Ziele für die Zeit während der Rehabilitation und der nachfolgenden Zeit. So kann es ein langfristiges Ziel sein „Ich erreiche meine Berufstätigkeit als Bürokauffrau wieder“ und ein kurzfristiges Rehabilitations-Ziel „Ich kann mich wieder längere Zeit konzentrieren.“

- Therapie-Ziele (vgl. auch Glattacker et al., 2015): Therapie-Ziele stellen eine Ausdifferenzierung der Rehabilitations-Ziele dar. Sie umfassen fachspezifische Ziele, die auf Körperstrukturen und –funktionen (in Anlehnung an die ICF) ausgerichtet sind und sich auf die Therapiemodule der einzelnen therapeutischen Berufsgruppen beziehen.
- Therapie-Ziele sollen aufeinander abgestimmt und bei Bedarf modifiziert werden, um so Synergieeffekte einer integrativen, transdisziplinären Behandlung zu erreichen. Weiter sollten sie möglichst spezifisch und objektiv messbar sein, um einen Therapiefortschritt, -rückschritt oder -erfolg nachvollziehbar (auch für den Rehabilitanden) zu machen.
  - Die angestrebten Therapieziele und Therapieschwerpunkte sollen sich stets in Abhängigkeit vom Funktionsniveau des Rehabilitanden an folgendem methodischem Vorgehen orientieren. Grundsätzlich lassen sich vier Behandlungsziele neurologischer Rehabilitation voneinander abgrenzen (vgl. DGN, 2012)<sup>1</sup>:
    - 1) Restitution: Vollständige oder partielle Wiederherstellung des Funktionsniveaus.
    - 2) Kompensation: Erwerb oder Anwendung von Ersatzstrategien unter Berücksichtigung des vorhandenen Funktionsniveaus.
    - 3) Adaption: Anpassung der Umwelt an das Funktionsniveau des Patienten (z. B. durch den Gebrauch von Hilfsmitteln wie einem Gedächtnistagebuch).
    - 4) Akzeptanz: Rationale und emotionale Akzeptanz der Beeinträchtigung.
  - Dabei sind unangemessene Erwartungen bei der Zielsetzung entsprechend aufzugreifen und zusammen mit dem Rehabilitanden zu bearbeiten. Im Verlauf muss eine kontinuierliche Überprüfung der Zielsetzung und ggf. eine Anpassung dieser erfolgen.
  - Therapieziele könnten beispielsweise sein: „schmerzfreies Sitzen für 20 Minuten“ oder „zwei Mal die Woche Teilnahme an gemeinsamen Mittagessen mit andern Rehabilitanden im Speisesaal“.

---

<sup>1</sup> „Zunächst sollte in der Akut- bzw. Postakutphase versucht werden, diese Restitutionsvorgänge durch spezifische therapeutische Maßnahmen zu unterstützen. Wenn sich eine Besserung der Funktionsdefizite nicht einstellt bzw. nicht erwartet werden kann, beispielsweise aufgrund der Ausdehnung und Lokalisation einer Läsion, ist eine Kompensation der Auswirkungen neurologischer Defizite auf Alltagsverrichtungen oder die Teilhabe (Partizipation) am beruflichen bzw. gesellschaftlichen Leben durch den Erwerb von „Ersatzstrategien“ anzustreben. Kommt es nicht zur Rückbildung sensomotorischer, sprachlicher oder kognitiver Defizite und lassen sich die daraus folgenden Fähigkeitsstörungen auch nicht durch den Einsatz von Hilfsmitteln kompensieren, sollte versucht werden, Umweltgegebenheiten wie z. B. Wohnung oder Arbeitsplatz umzugestalten oder behindertengerecht anzupassen -(Adaptation). Durch die Aneignung von Kompensationsstrategien und eine angemessene Gestaltung des häuslichen Umfeldes kann u.U. eine signifikante Verbesserung der Selbstständigkeit des Patienten in den Verrichtungen des alltäglichen Lebens wie auch seiner sozialen Partizipation erreicht werden, z. B. die Wiedereingliederung in das familiäre Milieu oder die Vermeidung von Pflegebedürftigkeit, obwohl sich der neurologische Befund nicht verbessert hat. Um diese Ziele zu erreichen, müssen die rationale und emotionale Akzeptanz der Behinderung gefördert und entsprechende Bewältigungsstrategien („coping“) – den Patienten und Angehörigen – vermittelt werden.“ DGN (2012). S1-Leitlinie Multiprofessionelle neurologische Rehabilitation, Seite 4.

## Allgemeine Vorbemerkungen

- Patienten-Ziele umfassen die individuellen Ziele und Bestrebungen des Rehabilitanden (beispielsweise „Ich möchte selbstständig meinen Hund versorgen“). Hier gilt es zu prüfen, welcher Fertigkeiten es bedarf. Patienten-Ziele und Rehabilitations-Ziele können, müssen aber nicht dieselben sein. Ein Kriterium der Rehabilitations-Ziele ist ihre potenzielle, realistische Erreichbarkeit. Patienten-Ziele können von diesem Kriterium durchaus abweichen. Für einen z. B. körperlich schwer beeinträchtigten Patienten ist es mitunter nicht möglich, seinen Hund (u. a. Gassi gehen) angemessen zu versorgen. Dennoch sollte dieser Wunsch / diese Zielvorstellung Beachtung und Eingang in die Zielformulierung finden, da diese die Motivation der Rehabilitanden, sich auf die Therapie einzulassen und selbst aktiv zu werden, sehr steigern können. (CAVE: Es gilt, unrealistische Erwartungen zu thematisieren).

Die Festlegung von Rehabilitations-, Therapie- und Patientenzielen muss ein fester Bestandteil aller Rehabilitations-Maßnahmen sein. An diesen orientieren sich die interdisziplinären Teambesprechungen, das diagnostische Vorgehen sowie die Planung und Durchführung von Interventionen.

Eine Hilfestellung für eine realistische Ziel-Formulierung kann z. B. die SMART-Regel sein (dem *ICF - Praxisleitfaden 2* der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) entnommen):

Die SMART-Regel		
Regel	Bedeutung	Erläuterung
Specific	Passend	Welche spezielle Leistung soll verbessert werden? Ist das Ziel für alle Beteiligten verständlich formuliert?
Measurable	Messbar	Wie kann das Ausmaß der verbesserten Leistung festgestellt werden?
Achievable	Erreichbar	Ist das Ziel erreichbar?
Relevant	Bedeutsam	Stimmt das formulierte Ziel mit den Zielen und Wünschen des Patienten überein? Ist es auch für ihn wichtig?
Timed	Zeitlich bestimmt	In welchem Zeitraum kann das Ziel erreicht werden?

**Anmerkung:** Häufige Fehler: Maßnahmen als Ziele gesetzt, Ziele zu vage, zu hoch gesteckt, unabhängig vom Lebenskontext.



## Zuweisungskriterien für die neuropsychologische Untersuchung

Eine neuropsychologische Untersuchung ist bei Hinweisen auf relevante neurokognitive und / oder psychische Störungen (z. B. Aufmerksamkeitsstörungen) indiziert.

Auch bei einer Gefährdung des Rehabilitationserfolges, z. B. in Form einer deutlich erschwerten Krankheitsverarbeitung, aber auch bei psychischer Komorbidität oder akuter (psychosozialer) Belastungsreaktionen, für die psychotherapeutische Maßnahmen indiziert sind, soll eine neuropsychologische Untersuchung veranlasst werden. Voraussetzungen für psychotherapeutische Maßnahmen sind dabei ausreichende kognitive und sprachliche Leistungen sowie Motivation. Für bereits bestehende psychische Störungen oder Auffälligkeiten, die den Rehabilitations-Erfolg nicht unmittelbar gefährden, soll die Empfehlung einer ambulanten Weiterbehandlung erfolgen.

Des Weiteren sind neuropsychologische Befunde für die sozialmedizinische Beurteilung sowie die Prüfung neuropsychologischer Aspekte der Kraftfahreignung erforderlich.

## Teil A: Partizipation

### – Übergeordnete Ziele der Rehabilitation

Die „Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit“ (ICF) definiert die Komponente *Partizipation* [Teilhabe] als das „Einbezogenheit in eine Lebenssituation“ (DIMDI, 2005). Das Vorliegen von (neuro-)psychologischen Beeinträchtigungen führt hier zu einer Benachteiligung der Patienten. Es muss Ziel der neurologischen Rehabilitation sein, in allen Bereichen mittels Restitution, Kompensation und Adaption eine allgemeine Verbesserung der Symptomatik sowie eine Teilhabe am Alltagsleben zu erreichen. Daher soll neben einer allgemeinen Verbesserung von Beeinträchtigungen und Defiziten zu allen Zeitpunkten eine Orientierung der Zielsetzung, der Diagnostik und der Durchführung von Interventionen an Aspekten der Teilhabe erfolgen.

Teil A umfasst Empfehlungen für folgende Bereiche der Partizipation:

- Kapitel A 1) – Soziale Integration
  - Kapitel A 1.1 – Bezugspersonen
  - Kapitel A 1.2 – Familie, Partnerschaft & Sexualität
  - Kapitel A 1.3 – Aktivitäten
- Kapitel A 2) – Erwerbstätigkeit

Weiterhin beschreibt Teil A die übergeordneten Ziele der Rehabilitation, denen für die Partizipation eine besondere Bedeutung zukommen soll. Die Teile B bis F sind stets unter dem Gesichtspunkt einer teilhabeorientierten Zielsetzung und dem Trainieren alltagsrelevanter Fertigkeiten zu betrachten:

- Teil B – Kognition
- Teil C – Affektivität & Verhalten
- Teil D – Risikofaktoren
- Teil E – Spezifische Problemlagen & Spezielle Aspekte

## A 1) Soziale Integration

### A 1.1 Soziale Integration – Bezugspersonen

1

Bei Bedarf und nach Rücksprache (wenn möglich) mit dem Rehabilitanden sollen Bezugspersonen der Rehabilitanden in den Beratungs- oder Therapieprozess miteinbezogen werden. Ein Einbezug von Bezugspersonen soll nach Absprache mit dem Rehabilitanden erfolgen, da diese sowohl einen Förder- als auch Barriere-Faktor darstellen können. Letzteres sollte beim Einbezug der Bezugspersonen immer beachtet werden. Bezugspersonen kommt eine zentrale Rolle bei der Fremdanamnese zu. Wenn diagnostisch relevant, soll nach Möglichkeit immer ein Einbezug der Bezugspersonen erfolgen. Bei Bedarf und Abstimmung mit dem Rehabilitanden können Gespräche mit Bezugspersonen durch alle Berufsgruppen des interdisziplinären Teams eingeleitet werden. Gespräche mit Bezugspersonen sollen problemorientierte, festgelegte Ziele verfolgen und ein offenes Ansprechen von Fragen ermöglichen.

Ein Angebot, das sich direkt an die Bezugspersonen richtet, kann folgende Aspekte umfassen (vgl. auch Irle, 2007):

- (Psycho)edukative Maßnahmen (mögliche Themen: Umgang mit der Erkrankung und den zu erwartenden psychischen und gesundheitlichen Belastungen, Krankheitsbewältigung und -verlauf, Auswirkungen auf den Alltag);
- Vorbereitung und Unterstützung in Bezug auf die zu übernehmende Hilfe; Training spezifischer Fertigkeiten;
- Schulungsangebote für Bezugspersonen.

Da auch Bezugspersonen mitunter großen – auch emotionalen – Belastungen ausgesetzt sind, sollen sie auf ambulante Unterstützungsangebote (z. B. Selbsthilfegruppen) hingewiesen werden.

## A 1.2 Soziale Integration – Familie, Partnerschaft & Sexualität

2

Familien und Partnerschaften sehen sich neben körperlichen Einschränkungen besonders mit psychosozialen Veränderungen und Beeinträchtigungen konfrontiert, u. a.:

- Ängste (u. a. vor einem erneuten Schlaganfall);
- Depression;
- Rollenveränderungen (z. B. eine Umkehr der Eltern-Kind-Beziehung, der „Starke“ muss Schwäche zeigen, die „Versorgende“ bedarf Unterstützung);
- Überforderung auf Seiten der Familie / des Partners;
- Verlust / Minderung des Selbstwertgefühls auf Seiten des Rehabilitanden.

Bei Bedarf sollen unter Einbezug der Familie / des Partners diese Aspekte thematisiert und mögliche Folgen besprochen werden. Mitunter können Unterstützungsangebote vorgeschlagen werden.

3

Intimität und Sexualität soll bei allen Rehabilitanden (d. h. Männern und Frauen) aktiv angesprochen werden. Dies kann durch den Arzt oder den (Klinischen Neuro-) Psychologen geschehen. Als Zeitpunkt bieten sich z. B. das Arztgespräch, Informationsveranstaltungen oder Vorträge für Rehabilitanden an.

Falls ein Rehabilitand in Bezug auf Sexualität weiteren Gesprächsbedarf hat, soll ein Einzelgespräch mit dem Arzt oder dem (Klinischen Neuro-)Psychologen anberaumt werden. Hier kann bei Bedarf der Partner miteinbezogen werden.

4

Besonders bei Rehabilitanden mit aphasischen Störungen soll auf eine adäquate Gesprächsführung und sprachliche Umsetzung geachtet werden. Dies kann z. B. durch unterstützendes Gesprächsverhalten und / oder durch ein Angebot der Inhalte auf anderen sprachlichen Modalitäten erreicht werden, um so auch die Thematisierung u. a. Scham besetzter Themen zu erleichtern und zu unterstützen. Es können Sprachtherapeuten hier unterstützen.

### A 1.3 Soziale Integration – Aktivitäten

#### Allgemeines

- 5** Die Alltagsanforderungen und –fähigkeiten sowie die Teilhabemöglichkeiten sollen umfassend evaluiert werden. Es sollen sich grundsätzlich alle zu trainierenden Fertigkeiten an Aktivitäten des täglichen Lebens oder an teilhaberelevanten Aktivitäten / Aspekten orientieren.

#### Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL)

- 6** Bei Einschränkungen im Bereich Aktivitäten des täglichen Lebens soll das interdisziplinäre Team den Patienten dabei unterstützen, basale (Körperpflege, Nahrungsaufnahme, Mobilität) und instrumentelle (Haushaltsführung, Nahrungszubereitung) Aktivitäten des täglichen Lebens (vgl. Rothgang, 2009; §14 SGB XI) wiederherzustellen, zu kompensieren oder adaptive Lösungen zu erarbeiten.

#### (Freizeit-)Aktivitäten

- 7** Die Rehabilitanden sollen nach ihren Interessen und Aktivitäten vor dem Schlaganfall befragt werden, um so Therapieziele abzuleiten. Es soll versucht werden, erforderliche Fähigkeiten wieder aufzubauen und zu trainieren, um so eine Wiederaufnahme der Aktivitäten zu ermöglichen. Rehabilitanden, denen es schwer fällt (Freizeit-)Aktivitäten wahrzunehmen, sollen emotional und motivierend unterstützt werden. Rehabilitanden und Bezugspersonen können bei Bedarf mit Aktivitäten-Listen unterstützt werden, die die Teilnahme an Aktivitäten anregen sollen. Es sollen Problemlösefähigkeiten eingeübt werden, um mögliche Hindernisse für eine Teilhabe zu überwinden.
- Bei Bedarf: Psychologisches Einzelgespräch.

## A 2) Erwerbstätigkeit

### Diagnostik

8

Der Arzt / der (Klinische Neuro-)Psychologe soll bei allen dafür in Frage kommenden Rehabilitanden die subjektive Erwerbsprognose erfassen. Hierzu kann als Screening-Instrument der SIMBO-C (Streibelt et al., 2016) Anwendung finden.

Ergänzung: siehe auch [http://www.medizinisch-berufliche-orientierung.de/bausteine/diagnostische\\_instrumente/](http://www.medizinisch-berufliche-orientierung.de/bausteine/diagnostische_instrumente/); Zugriff: Februar 2015).

9

Bei einem auffälligen Screening-Befund soll eine Exploration der beruflichen Problemlagen durch den Arzt, den (Klinischen Neuro-)Psychologen oder den Sozialarbeiter stattfinden. Bei Bedarf kann eine weiterführende Diagnostik durch einen Fragebogen wie z. B. den AVEM (Schaarschmidt, 2006) oder den WAI (Hasselhorn & Freude 2007) oder mit Einverständnis des Patienten durch Vorbefunde / Vorbeobachtungen vom Betriebsarzt unterstützt werden.

10

Es soll bei erwerbstätigen Rehabilitanden, für die eine Rückkehr in den Beruf – insbesondere an den bisherigen Arbeitsplatz – in Frage kommt, eine Status- und ggf. auch eine Prozessdiagnostik erhoben / durchgeführt werden:

- Statusdiagnostik: Erstellung eines individuellen Fähigkeits- und Anforderungsprofils.
- Prozessdiagnostik: Erstellung einer Verlaufsdiagnostik (meist im Rahmen einer therapeutisch unterstützten beruflichen Wiedereingliederungsmaßnahme), bei der quantitative und qualitative Arbeitsleistungen, das Arbeitsverhalten und die sog. Schlüsselqualifikationen unter Einbeziehung spezifisch neuropsychologischer Befunde und systemischer Faktoren am Arbeitsplatz beurteilt werden.

## Therapie

11

Bei besonderen beruflichen Problemlagen **nach Möglichkeit**

- berufsbezogenes Beratungsangebot,
- Einbezug des Sozialdienstes,
- gegebenenfalls kann eine erneute Rehabilitation erwogen werden sowie
- medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR)<sup>2, 3</sup> / medizinisch-berufliche Rehabilitation – Phase II<sup>4</sup>.

12

Falls psychologisch relevante Problemlagen in Bezug auf die Erwerbstätigkeit vorliegen, sollen folgende Maßnahmen eingeleitet werden:

- Frühzeitige Einbeziehung der Psychologischen Abteilung. Bei Bedarf: Psychologisches Einzelgespräch.
- Evtl. fachspezifischer Beitrag zur sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung.  
Als mögliche Priorisierungskriterien können die folgenden Aspekte angeführt werden: Alter, Verfügbarkeit des Arbeitsplatzes, Passung (u. a. Größe des Betriebes) und Grad der beruflichen Einbindung.

Es sollen Maßnahmen erwogen werden, die die berufliche Reintegration noch während der neurologischen Rehabilitation individuell vorbereiten:

- Übende Verfahren in basalen oder berufsbezogenen Leistungsbereichen;
- Erarbeitung und vorbereitende Erprobung spezifischer Kompensationsstrategien;
- Förderung sozialer Kompetenzen;
- Förderung der erforderlichen psychischen Adaptation;
- Therapie psychoreaktiver Störungen wie Angst und Depression.

<sup>2</sup> Informationen zur MBOR sind erhältlich unter <http://www.medizinisch-berufliche-orientierung.de/>; Zugriff: Februar 2015

<sup>3</sup> Das Anforderungsprofil der Deutschen Rentenversicherung zur Durchführung der MBOR kann unter folgendem Link eingesehen werden: [www.deutsche-rentenversicherung-bund.de](http://www.deutsche-rentenversicherung-bund.de) → Infos für Experten → Sozialmedizin & Forschung → Reha-Wissenschaften → Reha-Konzepte → Konzepte → Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR); Zugriff: Februar 2015

<sup>4</sup> Informationen zu medizinisch-beruflicher Rehabilitation – Phase II sind erhältlich unter [www.mbreha.de](http://www.mbreha.de); Zugriff: Februar 2015

Darüber hinaus, sollen Maßnahmen erwogen werden, die den Prozess einer Rückkehr an den Arbeitsplatz arbeitsplatzbezogen begleiten und unterstützen:

- Erarbeitung und Vermittlung (störungs-)spezifischer Arbeitsstrategien;
- Beratung und Unterstützung des kollegialen Umfelds (Schwerpunkt Kommunikation);
- Beratung und Unterstützung der Arbeitgeber (Schwerpunkt Organisation);
- Längerfristige Begleitung als Case-Management;
- Prüfungen von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben.

### Anmerkungen

**13**

Die folgenden Bereiche sollen im Rahmen einer Überprüfung der Erwerbstätigkeit stets Beachtung finden:

- Kognitive Beeinträchtigungen  
→ siehe Teil B), insbesondere auch Kapitel B 5) Kommunikationsstörungen
- Fatigue  
→ siehe Kapitel E 2)
- Weitere Teilleistungsstörungen – Akalkulie  
→ siehe Kapitel B 6)
- Störungsbewusstsein  
→ siehe Kapitel C 2)
- Affektiv-motivationale Veränderungen, Verhalten & Persönlichkeit  
→ siehe Kapitel C4)



## Teil B: Kognition

Teil B umfasst Empfehlungen für die folgenden Bereiche kognitiver Beeinträchtigungen:

- Kapitel B 1) – Aufmerksamkeit
- Kapitel B 2) – Gedächtnis
- Kapitel B 3) – Exekutive Funktionen
- Kapitel B 4) – Visuelle Wahrnehmung und Raumkognition
- Kapitel B 5) – Kommunikation
- Kapitel B 6) – Weitere Teilleistungsstörungen (Alexie / Agraphie, Apraxie & Akalkulie)

## Diagnostik

14

Allgemeine *diagnostische* Voraussetzungen und Vorgehensweisen, die für den gesamten Teil B gelten sollen:

Der Klinische Neuropsychologe soll bei vorliegenden kognitiven Beeinträchtigungen eine weiterführende, umfassende Diagnostik der betroffenen Bereiche durchführen – dies ist eine unerlässliche Voraussetzung für eine individuelle, zielgerichtete Therapie.

Um die kognitiven Leistungen verschiedener Testergebnisse angemessen interpretieren und Therapieansätze ableiten zu können, sollen immer nachfolgende Aspekte Beachtung finden:

- Es soll die Störungswahrnehmung des Rehabilitanden (= Awareness) und seine subjektive Prioritätensetzung überprüft werden.
- Der (Klinische Neuro-)Psychologe soll Aspekte erfassen, die die Funktionsfähigkeit beeinflussen können, z. B. Schmerz (siehe Kapitel E 3), Schlaf (siehe Kapitel E 1), Fatigue (siehe Kapitel E 2), Störungsbewusstsein (siehe Kapitel C 2) oder Adhärenz (siehe Kapitel C 5).
- Der (Klinische Neuro-)Psychologe soll differentialdiagnostisch alle kognitiv relevanten Beeinträchtigungen abklären (z. B. Wahrnehmung, Sprache, Aufmerksamkeit, Gedächtnis, Exekutive Dysfunktionen).
- Der (Klinische Neuro-)Psychologe soll differentialdiagnostisch Depression, Demenz, affektiv-motivationale Störungen und / oder Verhaltensveränderungen (z. B. Antriebsminderung, perseveratorisches Verhalten) erfassen.

- Ein Mitglied des interdisziplinären Teams (i. d. R. Ergotherapie) soll Alltagsanforderungen und Alltagsleistungen erfragen, um die funktionelle Relevanz der kognitiven Beeinträchtigungen abschätzen zu können.
- Es sollen vorhandene Ressourcen und der soziale Hintergrund (u. a. berufliche Situation, sozialrechtlicher Status, familiäre Einbettung) erfragt werden.
- Es sollen bisher eingesetzte Kompensationsstrategien und die Erfahrungen damit erfragt werden.

**Cave:** Wenn eine Aphasie vorliegt, muss dies bei der Auswahl diagnostischer und therapeutischer Instrumente Berücksichtigung finden und mit den behandelnden Sprachtherapeuten abgestimmt werden.

## Therapie

15

Allgemeine *therapeutische* Voraussetzungen und Vorgehensweisen, die für den gesamten Teil B gelten sollen:

Die Methodenauswahl (Diagnostik und Therapie) orientiert sich an folgenden Kriterien:

- Alter;
- Funktionsfähigkeit;
- Komorbiden Beeinträchtigungen / Störungen;
- Kommunikationsbeeinträchtigungen;
- Krankheitseinsicht;
- Sonstige Aspekte.

Es soll immer eine Teilnahme an gruppentherapeutischen Maßnahmen erwogen werden. Der Therapiefortschritt soll überwacht und an den Patienten rückgemeldet werden. Die Durchführung der neuropsychologischen Begutachtung soll sich an den individuellen Zielsetzungen des Rehabilitanden orientieren und störungsspezifisch sein.

Nachsorge-Empfehlung im Entlassungsbericht:

Es soll eine ambulante neuropsychologische Therapie empfohlen werden, wenn die Indikationskriterien entsprechend der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung (Neuropsychologische Therapie) (Bundesministerium für Gesundheit, 2012) erfüllt sind.

## B 1) Aufmerksamkeit

## Diagnostik

16

Der (Klinische Neuro-)Psychologe soll bei allen Rehabilitanden mit Hinweisen auf Aufmerksamkeitsstörungen die folgenden Bereiche erfassen:

- Aufmerksamkeitsintensität;
- Selektivität.

Im Rahmen einer neuropsychologischen Begutachtung sollen weiterhin die folgenden Bereiche der Aufmerksamkeit erfasst werden:

- längerfristige Aufmerksamkeitszuwendung (Daueraufmerksamkeit, Vigilanz);
- Räumliche Aufteilung des Aufmerksamkeitsfokus;
- Selektive oder fokussierte Aufmerksamkeit;
- Geteilte Aufmerksamkeit / Aufmerksamkeitsflexibilität / Wechsel des Aufmerksamkeitsfokus.

17

Es muss eine differenzierte Diagnostik erfolgen, um spezifische Defizite zu erfassen, an denen sich anschließende Therapieprogramme orientieren sollen (besonders bei eingeschränkten basalen Aufmerksamkeitsfunktionen wie Vigilanz oder Alertness können zu komplexe Therapieprogramme eine Leistungsverschlechterung herbeiführen).

Der (Klinische Neuro-)Psychologe soll beim Vorliegen von Läsionen im Bereich der aufmerksamkeitsrelevanten Hirnstrukturen (rechtshemisphärische, insbesondere parietale Schädigungen) auch dann die räumliche Ausrichtung der Aufmerksamkeit abklären, wenn klinisch auffällig kein Neglect vorliegt.

Grundsätzlich soll das gesamte interdisziplinäre Team über Verhaltensbeobachtung und Exploration die Validität der psychometrischen Befunde prüfen und die Belastung in Alltagssituationen abschätzen.

## Therapie

18

### **Die Auswahl und Durchführung der Therapieprogramme soll sich in Komplexität und Schweregrad am jeweiligen Defizit der Aufmerksamkeitsfunktionen orientieren:**

In der Regel sollen PC-gestützte Therapien durchgeführt werden. Diese sollen sich u. a. an Alltagssituationen orientieren und Alltagskompetenzen trainieren. Sie können durch Hilfen bei der Organisation des Alltags, Selbstinstruktionstechniken sowie der Einbeziehung und Neuorganisation des Rehabilitanden-Umfeldes (=Kompensationsverfahren) ergänzt werden.

Der (Klinische Neuro-)Psychologe kann ausgewählte Verfahren/PC-gestützte Therapien/Strategien mit den Rehabilitanden einüben; er soll den Therapiefortschritt überwachen und Rückmeldung geben. Therapien sollen regelmäßig und zeitlich eng verbunden erfolgen und können sowohl im Einzel- als auch im Gruppensetting erfolgen.

Weiterhin sollen sowohl die Bezugspersonen, als auch das soziale Umfeld mit einbezogen werden:

- Sie sollen über Aufmerksamkeitseinschränkungen des Rehabilitanden informiert werden und aktiv Reizüberflutungen vermeiden.
- Sie können den Rehabilitanden unterstützen, indem bestimmte Regeln der Kommunikation vereinbart, Aufgaben überschaubar gestaltet, das Anforderungstempo reduziert und strikte Pausenzeiten eingehalten werden.

## Anmerkungen

19

Störungen der Aufmerksamkeit gehen mit einer Reihe weiterer Beeinträchtigungen einher. Sie betreffen besonders die folgenden Aspekte:

- Erwerbstätigkeit  
→ siehe Kapitel A 2)
- Kraftfahreignung  
→ siehe Kapitel E 6

Für weiterführende Informationen sei auf die Leitlinien *Diagnostik und Therapie von Aufmerksamkeitsstörungen bei neurologischen Erkrankungen* (DGN, 2012) und *Diagnostik und Therapie von Aufmerksamkeitsstörungen* (Sturm, 2009) verwiesen. Zudem bietet das *Handbuch neuropsychologischer Testverfahren* von Schellig et al. (2009) eine Übersicht zu verschiedenen Testverfahren.

## B 2) Gedächtnis

### Diagnostik

**20**

Der (Klinische Neuro-)Psychologe soll bei allen Rehabilitanden mit Hinweisen auf Gedächtnisdefizite die folgenden Bereiche erfassen: Orientierung, Gedächtnisspanne und Arbeitsgedächtnis sowie die unmittelbare und verzögerte Reproduktion verbaler und figuraler Informationen sowie ein Lernparadigma.

Beim Vorliegen von Läsionen im Bereich der gedächtnisrelevanten Hirnstrukturen (medialer Temporallappen, mediales Diencephalon, basales Vorderhirn) soll er auch dann das Vorliegen von Gedächtnisstörungen abklären, wenn keine Defizite beklagt werden. Screening-Verfahren können durch den (Klinischen Neuro-)Psychologen eingesetzt werden, um gravierende Defizite auszuschließen.

Der (Klinische Neuro-)Psychologe oder der Arzt soll im Rahmen des Anamnesegesprächs das Altgedächtnis erfassen; hierzu sollen autobiografische und öffentlich semantische und episodische Informationen aus verschiedenen Lebensabschnitten sowie subjektiv relevantes, domänenspezifisches Wissen überprüft werden.

Das gesamte interdisziplinäre Team soll grundsätzlich über Verhaltensbeobachtung und Exploration die Validität der psychometrischen Befunde prüfen.

### Therapie

**21**

Der (Klinische Neuro-)Psychologe soll mit allen Rehabilitanden von der Schwere der Gedächtnisstörung abhängige, umsetzbare individuelle Therapieziele vereinbaren und in Anlehnung daran entsprechende Methoden auswählen.

Zur Verbesserung der Gedächtnisleistung sollen Lernstrategien trainiert werden. Diese sollten so ausgerichtet sein, dass sie an Alltagsrelevantes anknüpfen und über zehn Sitzungen durchgeführt werden. Sie können im Einzel- und im Gruppensetting erfolgen.

Ergänzend kann zur Reduktion der Alltagsbeeinträchtigungen durch Gedächtnisstörungen der Nutzen externer Gedächtnishilfen vermittelt werden. Dabei sollten sich diese nach den persönlichen Vorerfahrungen und Vorlieben richten. Der vermittelte Fokus sollte auf einer selbstständigen Planung des Alltags sowie von Terminen und Erledigungen liegen.

Anmerkungen

22

Gedächtnisstörungen gehen mit einer Reihe weiterer Beeinträchtigungen einher. Sie betreffen die folgenden Aspekte:

- Soziale Integration – Aktivitäten  
→ siehe Kapitel A 1.3
- Erwerbstätigkeit  
→ siehe Kapitel A 2)

Für weiterführende Informationen sei auf die *S2e-Leitlinie Diagnostik und Therapie von Gedächtnisstörungen* (DGN, 2012) verwiesen. Zudem bietet das „Handbuch neuropsychologischer Testverfahren“ von Schellig et al. (2009) eine Übersicht zu verschiedenen Testverfahren.

## B 3) Exekutive Funktionen

### Diagnostik

**23**

Der (Klinische Neuro-)Psychologe soll bei allen Rehabilitanden mit Hinweisen auf Beeinträchtigungen der exekutiven Funktionen die folgenden Bereiche erfassen:

- Arbeitsgedächtnis;
- Aufgabenkontrolle und –überwachung (Monitoring);
- Kognitive Flüssigkeit und Flexibilität;
- Interferenzabwehr;
- Planung und Durchführung mehrstufiger, komplexer Handlungen;
- Problemlösendes Denken.

**24**

Es muss eine differenzierte Diagnostik erfolgen, um spezifische Defizite zu erfassen, an denen sich anschließende Interventionen orientieren sollen:

- Es soll eine umfassende Eigen- und Fremdanamnese (i. d. R. Bezugspersonen) erfolgen.
- Das gesamte interdisziplinäre Team soll über Verhaltensbeobachtung auf Verhaltensauffälligkeiten sowie auf Anzeichen affektiver und sozialer Störungen achten. Es können verhaltenstherapeutische Maßnahmen (u. a. Verhaltensanalysen) Anwendung finden.
- Es sollen Selbst- und Fremdbeurteilungsskalen eingesetzt werden. Deren Auswahl orientiert sich an gewonnenen Informationen aus Eigen- und Fremdanamnese sowie aus Verhaltensbeobachtungen.
- Das gesamte interdisziplinäre Team soll über Verhaltensbeobachtung und Exploration die Validität der psychometrischen Befunde prüfen.

Therapie

**Die Auswahl der Interventionen orientiert sich an den spezifischen Defiziten / Beeinträchtigungen der exekutiven Funktionen:**

25

Ziel ist eine Verbesserung kognitiver Defizite → Vorgehen bei Rehabilitanden mit primär kognitiven Defiziten:

- Es können übende Verfahren Anwendung finden. Übende Verfahren können sowohl im Einzel- als auch im Gruppensetting erfolgen.
- Begleitend zu den übenden Verfahren können Handlungs- und Lösungsstrategien erarbeitet werden.
- Die Anwesenheit eines Therapeuten ermöglicht es, strukturierend und motivierend eingreifen zu können.
- Bei Hinweisen auf das Vorliegen einer Apraxie sollen besonders Ansätze zur Handlungsplanung Anwendung finden, wobei komplexe Handlungsabläufe in kleinere Sequenzen zerlegt und später schrittweise wieder zusammengefügt werden sollen.

26

Ziel ist eine Veränderung des Verhaltens → Vorgehen bei Rehabilitanden mit Verhaltensauffälligkeiten im Vordergrund.

Es können Ansätze zum Verhaltensmanagement Anwendung finden:

- Selbstinstruktions-Techniken;
- Selbstbeobachtungs-Techniken (Self-monitoring);
- Ziel-Management-Techniken.

Verhaltensmanagement-Ansätze sollen:

- aufgrund des hohen Individualisierungsgrades nur im Einzelsetting vermittelt werden;
- alltagsnah gestaltet sein;
- durch das interdisziplinäre Team intensiv und hochfrequent vermittelt und eingeübt werden.

Externe Hinweisreize können eingesetzt werden, um Verhalten zu initiieren (z. B. ein Pager).



## Anmerkungen

27

Exekutive Dysfunktionen gehen mit einer Reihe weiterer Beeinträchtigungen einher. Sie betreffen die folgenden Aspekte:

- Affektive-motivationale Veränderungen, Verhalten & Persönlichkeit  
→ siehe Kapitel C 4
- Soziale Integration – Aktivitäten  
→ siehe Kapitel A 1.3
- Erwerbstätigkeit  
→ siehe Kapitel A 2)

Für weiterführende Informationen sei auf die *S2e-Leitlinie Diagnostik und Therapie von exekutiven Dysfunktionen bei neurologischen Erkrankungen* (DGN, 2011) und *Leitlinien der Gesellschaft für Neuropsychologie (GNP) für neuropsychologische Diagnostik und Therapie* (GNP, 2005) verwiesen. Zudem bietet das *Handbuch neuropsychologischer Testverfahren* von Schellig et al. (2009) eine Übersicht zu verschiedenen Testverfahren.

## B 4) Visuelle Wahrnehmung & Raumkognition

### Diagnostik

28

Es sollen die folgenden Bereiche erfasst werden (z. B. durch Orthoptisten oder speziell geschulte Ergotherapeuten): Lokalisation, Längen- und Distanzschätzung, Visuelle Haupttraumachsen, Mentale Operationen (z. B. räumliche Rotation), Positionswahrnehmung bzw. visuell räumliche Orientierung.

Differentialdiagnostisch sollen weiterhin die folgenden Bereiche erfasst werden: Gesichtsfeld, Sehschärfe, Farbsehen, Kontrastsehen, Fusion und Akkommodation, Visuelle Exploration (einschließlich visuelles Suchverhalten), komplexe visuelle Wahrnehmungsleistungen.

29

Das gesamte interdisziplinäre Team soll mittels Verhaltensbeobachtung und Exploration typische Auffälligkeiten der Neglect-Symptomatik erfassen (z. B. Kopf und Blick sind spontan zur ipsiläsionalen Seite gerichtet, stereotype Zuwendungsreaktion zur ipsiläsionalen Seite, Ausführung von Suchbewegungen mit den Augen und Händen stets nur auf der ipsiläsionalen Seite).

Der (Klinische Neuro-)Psychologe soll zudem zur Abklärung des Vorliegens eines Neglects folgende Bereiche erfassen:

- Räumlich-perzeptive Störungen;
- Räumlich-kognitive Störungen;
- Räumlich-konstruktive Störungen;
- Räumlich-topografische Störungen.

Mittels Such- und Durchstreichaufgaben kann hier das Vorliegen eines Neglects verifiziert werden.

Bei fehlender Erkrankungseinsicht (Awareness) / mangelndem Störungsbewusstsein des Rehabilitanden sollen durch fremdanamnestic Angaben Hinweise auf bestehende visuelle Beeinträchtigungen erlangt werden.

Cave: Das Vorliegen einer Hemianopsie, einer Hemihypästhesie oder einer Hemiparese müssen als Grund dafür, dass der Rehabilitand auf kontraläsional lokalisierte Reize nicht reagiert, Berücksichtigung finden.

## Therapie

Therapeutische Interventionen sollen hypothesengeleitet, an die individuellen Defizite angepasst und mit Bezug auf die berufliche/häusliche Situation erfolgen. Therapeutische Interventionen können im Einzel- und Gruppensetting durchgeführt werden.

**30**

Zur Behandlung von Störungen der visuellen Raumkognition können folgende Maßnahmen mit den Rehabilitanden eingeübt werden:

- 1) Kompensationsverfahren;
- 2) Explorationsstrategien;
- 3) Token-Programme;
- 4) Cueings;
- 5) Basale Stimulation;
- 6) Selbstmanagement des Rehabilitanden  
(→ Verbindung dieser Behandlungsverfahren (1-6) mit alltagsrelevanten Aufgaben);
- 7) Trainings zur Lokalisation von Reizen, Distanzeinschätzung, Einstellung der visuellen und horizontalen Raumachsen, Linienorientierung, Halbierung von Linien sowie Konstruktion von Mustern aus Einzelteilen.

**31**

Beim Vorliegen eines Neglects können folgende Interventionen durch das interdisziplinäre Team Anwendung finden:

- 1) Aktives, visuelles und taktiles Explorieren und Orientieren hin zur kontralateralen Seite sowie kompensatorische Suchstrategien mit den Rehabilitanden einüben. Hier sollen besonders PC-gestützte Therapien durch den (Klinischen Neuro-) Psychologen erfolgen.
- 2) Das Trainieren langsamer Folgebewegungen hin zur kontralateralen Seite. Hier sollen besonders PC-gestützte Trainings durch den (Klinischen Neuro-) Psychologen erfolgen.
- 3) Das alltagsnahe Einüben aufgabenorientierter räumlich-perzeptiver und räumlich-konstruktiver Fertigkeiten (u. a. Navigieren im Raum, Greifen und Hantieren mit Gegenständen, Zeichnen und Schreiben) (insbesondere durch den (Klinischen Neuro-)Psychologen und / oder den Ergotherapeuten).
- 4) Es können einfache Hinweisreize angeboten werden, um die Aufmerksamkeit auf die betreffende Seite zu lenken.
- 5) Grundsätzlich kann eine schrittweise Integration funktionell-neuropsychologischer und alltagsorientierter räumlicher Behandlungsverfahren durchgeführt werden.
- 6) Bei schweren Beeinträchtigungen kann eine Modifikation und Manipulation der Umwelt erwogen werden.

Anmerkungen

32

Störungen der visuellen Wahrnehmung gehen mit einer Reihe weiterer Beeinträchtigungen einher. Sie betreffen die folgenden Aspekte:

- Soziale Integration – Aktivitäten  
→ siehe Kapitel A 1.3
- Erwerbstätigkeit  
→ siehe Kapitel A 2)
- Kraftfahreignung  
→ siehe Kapitel E 6)

Für weiterführende Informationen sei auf die *DEGAM-Leitlinie Nr. 8: Schlaganfall* (DEGAM, 2012), *S1 Leitlinie – Rehabilitation bei Störungen der Raumkognition* (DGN, 2012) sowie *Leitlinien der Gesellschaft für Neuropsychologie (GNP) für neuropsychologische Diagnostik und Therapie* (GNP, 2005) verwiesen. Zudem bietet Kerkhoff (2006) eine Übersicht zu verschiedenen Testverfahren.

## B 5) Kommunikation

**33**

Alle Mitglieder des therapeutischen Teams, die regelmäßig Kontakt zu Rehabilitanden mit Sprach- oder Sprechstörungen haben, sollen im Umgang mit diesen Rehabilitanden geschult sein.

**34**

Bei Rehabilitanden mit aphasischen Störungen soll in allen Behandlungsbereichen auf eine adäquate sprachliche Umsetzung, z. B. durch unterstützendes Gesprächsverhalten und / oder durch ein Angebot der Inhalte auf anderen sprachlichen Modalitäten, geachtet werden.

**35**

Die Sprachtherapeuten und ggf. das gesamte interdisziplinäre Team sollen darauf achten, ob es in folgenden Bereichen zu Beeinträchtigungen kommt und ggf. eine entsprechende Diagnostik oder Therapie einleiten:

- 1) Bei Hinweisen auf Depression und Ängste  
→ siehe Kapitel C 1)
- 2) Bei Hinweisen auf Beeinträchtigungen der Krankheitsbewältigung & Anpassungsreaktionen  
→ siehe Kapitel C 3)
- 3) Bei Hinweisen auf affektiv-motivationale Veränderungen / Veränderungen des Verhaltens oder der Persönlichkeit  
→ siehe Kapitel C 4)

## Diagnostik

**36**

Es soll mit allen Rehabilitanden ein Screening auf Kommunikationsdefizite durchgeführt werden. Des Weiteren soll das gesamte interdisziplinäre Team über Verhaltensbeobachtung und Exploration auf neu auftretende Sprach- oder Sprechstörungen achten.

Überprüft werden sollen immer alle sprachsystematische Ebenen (ggf. ergänzend psycholinguistische Bereiche), die Kommunikation mittels partizipationsorientierter Verfahren und die Nutzung von Technologien.<sup>44</sup> Verhaltensbeobachtungen können mittels Checklisten und Beobachtungsskalen weiter verifiziert werden.

Bei Hinweisen auf Kommunikationsstörungen (Sprach- oder Sprechstörungen, Schriftsprachstörungen [Alexie & Agraphie]) soll eine umfassende diagnostische Abklärung eingeleitet werden.

Bei Hinweisen auf Schriftsprachstörungen (Alexie & Agraphie) soll der Klinische (Neuro-)Psychologe auch Beeinträchtigungen der visuellen Wahrnehmung und Raumkognition (siehe Kapitel B 4) abklären.

## Therapie

Mit den Rehabilitanden sollen individuelle Therapieziele vereinbart werden, an denen sich die Behandlung orientiert. Psychoedukative Maßnahmen können sowohl für Rehabilitanden, als auch für Bezugspersonen angeboten werden. Ein Einbezug der Bezugspersonen soll erwogen werden, um Umgebungsbarrieren zu begegnen und potenzielle Kommunikationspartner zu schulen. Erforderliche Interventionen sollen regelmäßig (möglichst täglich) durchgeführt werden. Sie können im Einzel- im Gruppensetting erfolgen. PC-gestützte Verfahren können die Behandlung hier unterstützen.

Im Entlassungsbericht soll im Rahmen der Nachsorge empfohlen werden, dass die Behandlung auch nach Entlassung (über einen Zeitraum von über 12 Monaten möglich) fortgesetzt werden soll.

**Die Behandlung nicht-aphasischer, kommunikativer Störungen (unter Berücksichtigung neuropsychologischer und sprachtherapeutischer Aspekte) zielt auf die folgenden Verbesserungen:**

37

Bei pragmatischen Beeinträchtigungen soll eine Orientierung an Methoden zur Therapie von Verhaltensstörungen (siehe Kapitel C 2 & C 4) erfolgen:

- Verbesserung des Störungsbewusstseins (Awareness);
- Erlernen und Einsatz von Selbstkontrolltechniken;
- Rollenspiele und Feedback in der Gruppe.

38

Bei Defiziten des Textverstehens und der Textproduktion soll eine Orientierung an Methoden zur Therapie von exekutiven Dysfunktionen (siehe Kapitel B 3) und Aphasie-Therapie mit Texten erfolgen:

- Verbesserung der Verarbeitung globaler Kohärenz (Erkennen und Produzieren von Leitgedanken, Kernthemen);
- Verbesserung des Unterscheidens relevanter und irrelevanter Textpropositionen (= Satzinhalte);
- Verbesserung der Inferenzbildung (kontextgebundenes Generieren von Schlussfolgerungen);
- Anleiten zu Perspektivwechsel, Verständlichkeits- und Kohärenz-Kontrolle.

## Anmerkungen

39

Kommunikationsstörungen gehen mit einer Reihe weiterer Beeinträchtigungen und Folgen einher. Sie betreffen die folgenden Aspekte:

- Aufmerksamkeit  
→ siehe Kapitel B 1)
- Gedächtnis  
→ siehe Kapitel B 2)
- Exekutive Funktionen  
→ siehe Kapitel B 3)
- Erwerbstätigkeit  
→ siehe Kapitel A 2)
- Soziale Integration  
→ siehe Kapitel A 1.1, A 1.2 und A 1.3

Für weiterführende Informationen sei auf die *S1-Leitlinie – Rehabilitation aphasischer Störungen nach Schlaganfall* (DGN, 2012) sowie *Leitlinien der Gesellschaft für Neuropsychologie (GNP) für neuropsychologische Diagnostik und Therapie* (GNP, 2005) verwiesen. Zudem bieten Huber et al. (2006) eine detaillierte Übersicht.

## B 6) Weitere Teilleistungsstörungen

Die weiteren Teilleistungsstörungen umfassen:

- 1) Alexie & Agraphie = Herausragende Beeinträchtigung des Lesens und Schreibens bei erhaltener Funktion der perzeptiven Organe und allenfalls milder kommunikativer Beeinträchtigung  
→ siehe Kapitel B 5)
- 2) Apraxie = Störung der Ausführung willkürlicher zielgerichteter und geordneter Bewegungen bei intakter motorischer Funktion.  
→ siehe Kapitel B 3)
- 3) Akalkulie = Zahlenverarbeitungs- und Rechenstörung:

### Diagnostik

40

Der (Klinische Neuro-)Psychologe soll zahlenbezogene Funktionen (u. a. Zahlenverarbeitung, basale Rechenleistungen, Erkennen von Zahlen) orientierend erfassen.

Bei Hinweisen auf Beeinträchtigungen sollen die Funktionen der Zahlenverarbeitung und des Rechnens weiter geprüft werden (besonders nach linksparietalen Läsionen).

Differentialdiagnostisch soll der (Klinische Neuro-)Psychologe immer auch Beeinträchtigungen der Aufmerksamkeit (siehe Kapitel B 1), das sprachliche und nicht-sprachliche Arbeitsgedächtnis (siehe Kapitel B 2), exekutive Funktionen (siehe Kapitel B 3) sowie die Fertigkeit zum Lesen und Schreiben (siehe Kapitel B 5) orientierend abklären.

### Therapie

41

Es sollen basale Fertigkeiten des Rechnens (Abzählen von Geld, Ablesen einer Uhr, Einsatz des Taschenrechners) gesichert werden.

Durch intensives Üben (und der Anleitung zu solchem) soll mit dem Rehabilitanden eine Restitution der geschädigten Funktionen angestrebt werden. Übungen sollen aufgrund der hohen Relevanz arithmetischer Kenntnisse in Alltag und Beruf alltags- und wenn erforderlich berufsrelevant ausgerichtet sein. Weiter soll der Rehabilitand dabei unterstützt werden, eine Reorganisation arithmetischer Fertigkeiten anhand des Einsatzes von Strategie-Methoden oder -Mitteln (Kompensation) zu erreichen.



## Teil C: Affektivität & Verhalten

Teil C umfasst Empfehlungen für folgende Aspekte der Affektivität und des Verhaltens:

- Kapitel C 1) – Depression & Angst
- Kapitel C 2) – Störungsbewusstsein
- Kapitel C 3) – Krankheitsbewältigung & Anpassungsreaktionen
- Kapitel C 4) – Affektiv-motivationale Veränderungen, Verhalten & Persönlichkeit
- Kapitel C 5) – Adhärenz

## C 1) Depression<sup>5</sup> & Angst

42

Gesprächsbasierte, problemlöse-orientierte und motivierende Therapieansätze können angewandt werden, um den Rehabilitations-Erfolg zu steigern und Depression und / oder Ängste präventiv zu verhindern.

43

Rehabilitanden kann angeboten werden, bewegungs-, kunst- und musiktherapeutische Angebote wahrzunehmen, da diese sich positiv (auch präventiv) auf die Stimmung auswirken.

## Diagnostik

44

Erfassung von Hinweisen auf das Vorliegen einer Depression oder von Angst:

- 1) Im Aufnahmegespräch: Alle Rehabilitanden sollen durch den Arzt mittels geeigneter Screening-Fragen auf Depression und Angst gescreent werden. Hierfür können beispielsweise die Screening-Fragen aus dem PHQ-4 (Löwe et al., 2010) genutzt werden.
- 2) Während des Rehabilitations-Aufenthaltes:
  - Der Arzt und der (Klinische Neuro-)Psychologe sollen stets auf Symptome einer Depression oder Symptome von Angst achten (= klinischer Eindruck).
  - Das gesamte Rehabilitations-Team soll bei allen Rehabilitanden auf Symptome einer Depression oder Symptome von Angst achten. Wenn entsprechende Hinweise bemerkt werden, sollen der Arzt oder der (Klinische Neuro-)Psychologe darüber informiert werden.

45

Wenn es Hinweise auf Depression und / oder Angst gibt, soll folgendermaßen vorgegangen werden:

- Entscheidung durch den Arzt oder den Psychologen, ob die Indikation für eine weiterführende Diagnostik / psychologische (Einzel-)Intervention gegeben ist;

---

<sup>5</sup> Auch „Post-Stroke-Depression“; da hier auf eine Abgrenzung verzichtet wird, findet durchweg die Begrifflichkeit „Depression“ Anwendung, gemeint ist aber immer auch die „Post-Stroke-Depression“

- Thematisierung in der interdisziplinären Teambesprechung und in der Visite;
- Verlaufsbeobachtung durch das gesamte Team.

Für die weiterführende Diagnostik gilt ein Approbationsvorbehalt; sie darf nur von entsprechend qualifizierten Personen durchgeführt werden bzw. unter Supervision einer solchen. Bei Bedarf soll ein psychiatrisches, psychotherapeutisches oder psychosomatisches Konsil eingeleitet werden.

## Therapie

46

**Wenn die weiterführende Diagnostik positiv ausfällt, sollen folgende Maßnahmen erfolgen:**

- Einleitung einer evidenzbasierten Behandlung entsprechend der Störung
- Thematisierung in der interdisziplinären Teambesprechung und in der Visite.
- Psychoedukation / Beratung (u. a. Information des Rehabilitanden und der Bezugspersonen über die Störung und die Therapiemöglichkeiten).
- Motivierung des Rehabilitanden für eine weiterführende Therapie:
  - Evtl. Vorbereitung einer weiterführenden (evidenzbasierten) Behandlung im Anschluss an die Rehabilitation (z. B. indem der Rehabilitand über ambulante Therapiemöglichkeiten und Ansprechpartner informiert wird).
  - Dokumentation der Diagnose nach ICD im Entlassungsbericht.
- Es soll eine Nachsorge-Empfehlung im Entlassungsbericht erfolgen (siehe unten, Empfehlungen C 1) „Nach a)“ und „Nach b)“.

## Verlaufskontrolle & Nachsorge

47

Verlaufskontrolle: Am Ende des Reha-Aufenthaltes soll bei den Rehabilitanden, deren Depressions-/ Angst-Screening zu Beginn der Rehabilitation auffällige Werte aufgewiesen hat, eine Verlaufskontrolle anhand eines Fragebogens (z. B. PHQ-4) durchgeführt werden. Die persönliche Mitteilung des Testergebnisses soll durch den Arzt oder (Klinischen Neuro-)Psychologen erfolgen.

Wenn die Verlaufskontrolle und/oder der psychopathologische Befund am Ende des Reha-Aufenthaltes auffällige Werte zeigen, sollen folgende Maßnahmen erfolgen:

- Evtl. Motivierung des Rehabilitanden für eine weiterführende Therapie.
- Evtl. Vorbereitung einer weiterführenden (evidenzbasierten) Behandlung im Anschluss an die Rehabilitation (z. B. indem der Rehabilitand über ambulante Therapiemöglichkeiten und Ansprechpartner informiert wird).
- Dokumentation des psychopathologischen Befundes, Screening-Befundes bzw. des Verlaufs der depressiven Symptomatik / der Angstsymptomatik im Entlassungsbericht.
- Es soll eine Nachsorge-Empfehlung im Entlassungsbericht erfolgen.

48

Nachsorge-Empfehlung im Entlassungsbericht:

- Evtl. Empfehlung einer ambulanten Psychotherapie.
- Psychosomatische Grundversorgung durch den Hausarzt.
- Regelmäßige Kontrolle (Monitoring) der depressiven Symptomatik bzw. der Angstsymptomatik durch den Hausarzt. Bei Bedarf Initiierung einer weiterführenden (evidenzbasierten) Behandlung, durch den Hausarzt.

Anmerkungen

49

Die Symptome einer Depression umfassen eine Reihe von Beeinträchtigungen, die nicht nur bei Depression, sondern auch bei anderen (hirnorganischen) Störungen auftreten können. Besonders berücksichtigt werden sollte, dass kognitive Beeinträchtigungen (siehe Teil B) auch zu den Symptomen einer Depression zählen können (z. B. eine verminderte Konzentrationsfähigkeit). Hier bleibt zu prüfen, inwieweit die kognitiven Defizite tatsächlich durch eine zugrunde liegende Depression begründet sind.

50

Besondere Beachtung sollen Beeinträchtigungen der Kommunikation finden, da diese leicht übersehen werden können. Bei kommunikativen Beeinträchtigungen können psychotherapeutische Interventionen (für diese besteht ein Approbationsvorbehalt) angeboten werden.

→ Bei Hinweisen auf eine Kommunikationsstörung, siehe auch Kapitel B 5)

Orientierend kann die *S3-Leitlinie / Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression* (DGPPN, 2015) herangezogen werden.

## C 2) Störungsbewusstsein

Eine realistische Wahrnehmung der Auswirkungen der Erkrankung ist von zentraler Bedeutung für die Rehabilitation. Bei Einschränkungen können motivationale Probleme sowie unrealistische Ziele entstehen, womit erfolgreiche Anpassungen an die Einschränkungen kaum möglich sind. Das Störungsbewusstsein ist in allen Bereichen der neurologischen Rehabilitation von Bedeutung.

Anmerkung: Die Selbsteinschätzung des Rehabilitanden bezüglich seiner kognitiven Leistungsfähigkeit ist nicht allein ausreichend und darf im Zweifelsfall nicht ausschlaggebend sein, auf eine kognitive Leistungsdiagnostik zu verzichten.

### Diagnostik

51

Bei Rehabilitanden mit kognitiven Beeinträchtigungen findet sich häufig ein mangelndes Störungsbewusstsein. Dieses kann folgende Bereiche umfassen:

- mangelnde Störungswahrnehmung (Unawareness bzw. primär beeinträchtigte Awareness);
- mangelnde Erfahrung mit der Erkrankung;
- mangelnde Störungseinsicht / Denial (Verleugnung der Erkrankung);
- reduzierte Introspektionsfähigkeit.

Daher soll neben der Eigenanamnese immer auch eine Fremdanamnese durchgeführt und es sollen die Bezugspersonen mit einbezogen werden.

### Therapie

52

Das interdisziplinäre Team und insbesondere der (Klinische Neuro-)Psychologe soll mit den Rehabilitanden am Störungsbewusstsein arbeiten und ein realistisches Selbst- und Krankheitsbild aufbauen. Eine gute therapeutische Beziehung ist hierfür Voraussetzung. Der Therapieschwerpunkt soll einen Bezug zu alltagsrelevanten Handlungen haben, die für den Rehabilitanden von Relevanz sind. Regelmäßige Rückmeldungen durch das interdisziplinäre Team und auch durch Mitpatienten in Gruppensituationen können den Aufbau eines adäquaten Störungsbewusstseins unterstützen.

### C 3) Krankheitsbewältigung & Anpassungsreaktionen

#### Diagnostik

53

Das interdisziplinäre Team soll bei allen Rehabilitanden auf folgende Aspekte achten bzw. folgende Themen explorieren:

- 1) Akute psychische oder psychosoziale Probleme bzw. Belastungen;
- 2) Probleme bei der Krankheits- und Krankheitsfolgenbewältigung;
- 3) Progredienzangst bzw. Angst vor erneutem Schlaganfall.

54

#### **Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (ICD: F43.-)**

- Anpassungsstörung (ICD: F43.2): Der Arzt / der (Klinische Neuro-)Psychologe soll im Gespräch bei allen Rehabilitanden auf Symptome einer Anpassungsstörung achten bzw. diese erfragen. Bei Hinweisen auf eine Anpassungsstörung sollen diese in der interdisziplinären Teambesprechung sowie in der Visite thematisiert werden und ihr Verlauf durch das interdisziplinäre Team beobachtet werden.
- Akute Belastungsreaktion (ICD: F43.0) und Posttraumatische Belastungsstörung (ICD: F43.1): Bei Hinweisen auf eine Akute Belastungsreaktion oder eine Posttraumatische Belastungsstörung soll im Rahmen eines psychologischen Einzelgesprächs eine weiterführende Diagnostik erfolgen. Für die weiterführende Diagnostik gilt ein Approbationsvorbehalt; sie darf nur von entsprechend qualifizierten Personen bzw. unter Supervision einer solchen durchgeführt werden.

Hinweis: Die Prävalenz Posttraumatischer Belastungsstörungen ist bei Patienten nach Schlaganfall deutlich erhöht (23%; Edmondson et al., 2013).

## Therapie

55

Bei Hinweisen auf Beeinträchtigungen / Belastungen soll das interdisziplinäre Team unterstützend arbeiten:

- Psychoedukation / Beratung;
- Ressourcenaktivierung;
- Bei Bedarf: Krisenintervention;
- Entscheidung durch den Arzt oder (Klinischen Neuro-)Psychologen, ob Indikation für eine psychologische (Einzel-)Intervention gegeben ist.

56

Falls eine Anpassungsstörung bzw. eine Akute oder Posttraumatische Belastungsreaktion diagnostiziert wird, soll im Rahmen eines psychologischen Einzelgesprächs eine Stabilisierung und Psychoedukation erfolgen. Außerdem sollen der behandelnde Arzt, der (Klinische Neuro-)Psychologe sowie das interdisziplinäre Team den Verlauf beobachten.

Eine Behandlung der Anpassungsstörung und insbesondere der Akuten oder Posttraumatischen Belastungsreaktion erfolgt in der Rehabilitations-Einrichtung in der Regel nur dann, wenn diese mit dem erwarteten Reha-Erfolg interferieren. Gegebenenfalls soll eine Empfehlung im Entlassungsbericht erfolgen.

Nachsorge-Empfehlung im Entlassungsbericht:

- 1) Regelmäßige Kontrolle (Monitoring) der Symptome durch den weiterbetreuenden Haus- oder Facharzt.
- 2) Wenn die Symptome andauern: Initiierung einer erneuten diagnostischen Abklärung und bei Bedarf Initiierung einer weiterführenden (evidenzbasierten) Behandlung durch den weiterbetreuenden Haus- oder Facharzt.

## Anmerkungen

57

Bei Hinweisen auf Symptome einer Depression oder von Angst, siehe auch Kapitel C 1)

58

Kommunikationsstörungen können den Umgang mit der Erkrankung ggf. weiter erschweren und / oder sich ungünstig auf die Krankheitsbewältigung auswirken.

→ Bei Hinweisen auf Kommunikationsstörungen, siehe daher auch Kapitel B 5)

## C 4) Affektiv-motivationale Veränderungen, Verhalten & Persönlichkeit

### Diagnostik

59

Das gesamte interdisziplinäre Team soll über Verhaltensbeobachtung bei allen Rehabilitanden auf Hinweise auf Verhaltensauffälligkeiten achten. Betroffene Bereiche sind:

- Sozialverhalten (Enthemmung, Distanzlosigkeit, vorschnelles Handeln);
- Kommunikationsverhalten (nicht-aphasische zentrale Sprachstörung, reduzierter Sprechantrieb);
- Impulskontrolle (Aggressivität, Gereiztheit);
- emotionale Stabilität (emotionale Instabilität (emotionalism));
- Stimmung (euphorische sowie subeuphorische Stimmungen);
- Empathie (soziale Wahrnehmung);
- Antrieb (Apathie, Hypobulie);
- Depression und Angst (siehe auch Kapitel C 1).

60

Bei Hinweisen auf Auffälligkeiten können folgende diagnostische Maßnahmen Anwendung finden:

- Erhebung des psychopathologischen Befunds;
- Anamnese-Erhebung zur differentialdiagnostischen Klärung;
- Selbst- und Fremdbeobachtungsprotokolle;
- Umfassende Eigen- und Fremdanamnese (i. d. R. Bezugspersonen);
- Sichtung von Vorbefunden;
- Verhaltensproben;
- Anwendung verhaltenstherapeutischer Maßnahmen (u. a. Verhaltensanalysen);
- Einsatz psychodiagnostischer Verfahren (diese sollen bei emotional-affektiven Störungen bei hirnnorganischen Erkrankungen psychometrisch validiert sein).

In der Regel ist bei Hinweisen auf Auffälligkeiten ein Einbezug der Bezugspersonen dringend erforderlich. Für die Feststellung einer Veränderung ist eine Einschätzung der prämorbidem Ausgangsbasis erforderlich.



61

Verhaltensstörungen:

- 1) Die weiterführende Diagnostik steht unter Approbationsvorbehalt; sie darf nur von entsprechend qualifizierten Personen bzw. unter Supervision einer solchen durchgeführt werden. Bei Bedarf sollte ein psychiatrisches, psychotherapeutisches oder psychosomatisches Konsil eingeleitet werden.
- 2) Differentialdiagnostisch sind Depression, Anpassungsstörung oder Akzentuierungen prä-morbider Persönlichkeitsstörungen auszuschließen.

Verhaltensstörungen nach Schlaganfall sind nach ICD-10 wie folgt zu kodieren:

- als Hirnorganische Persönlichkeitsstörung (F07.0)
- bzw. als sonstige hirnorganische Persönlichkeits- oder Verhaltensstörung (F07.8);
- als organisch emotional labile (asthenische) Störung (F06.6).

Um das Ausmaß einer Beeinträchtigung durch eine Verhaltensstörung besser einschätzen zu können, sollen Anforderungen des privaten und beruflichen Umfelds erfasst werden.

## Therapie

62

Folgende Vorgehensweisen können Anwendung finden:

- Thematisierung in der interdisziplinären Teambesprechung und in der Visite sowie gegebenenfalls Einleitung einer evidenzbasierten Behandlung entsprechend der Störung.
- Psychotherapeutisches Einzelgespräch (für psychotherapeutische Einzelgespräche gilt ein Approbationsvorbehalt; sie dürfen nur von entsprechend qualifizierten Personen bzw. unter Supervision einer solchen durchgeführt werden).
- Psychoedukation / Beratung des Rehabilitanden und der Bezugspersonen. Der Einbezug der Bezugspersonen ist dringend erforderlich.
- Der Arzt, der (Klinische Neuro-)Psychologe / Psychologische Psychotherapeut soll Verfahren einsetzen, die sich an folgenden Zielen orientieren:
  - 1) Nutzung von Ressourcen;
  - 2) Stärkung adaptiver Coping-Strategien;
  - 3) Entwicklung neuer Bewältigungsformen;
  - 4) Verhaltensmodifikation;
  - 5) Selbstmodifikation (Selbstmanagement);

	<p>6) CAVE: Eine Adaption der genannten Verfahren an die kognitive Leistungsfähigkeit ist dringend erforderlich.</p> <p>7) CAVE: Ein häufig fehlendes Störungsbewusstsein (Awareness) muss beim therapeutischen Vorgehen immer Beachtung finden.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Im Falle schwerer Störungen des Antriebs / der Impulskontrolle kann eine Kombinationstherapie aus lerntheoretisch fundierten Therapieansätzen und Pharmakotherapie erwogen werden.</li><li>• Im Gruppensetting kann der Arzt oder der (Klinische Neuro-)Psychologe / Psychologische Psychotherapeut folgende Verfahren anwenden:<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Soziales Kompetenztraining;</li><li>▪ Soziales Wahrnehmungstraining;</li><li>▪ Aktivitäten-Gruppe (bei Störungen des Antriebs) → ggf. gemeinsam mit anderen Berufsgruppen.</li></ul></li></ul>
--	---

<b>63</b>	<p>Verhaltensstörungen:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Motivierung des Rehabilitanden für eine weiterführende Therapie.</li><li>• Evtl. Vorbereitung einer weiterführenden (evidenzbasierten) Behandlung im Anschluss an die Rehabilitation (z. B. indem der Rehabilitand über ambulante Therapiemöglichkeiten und Ansprechpartner informiert wird).</li><li>• Dokumentation der Diagnose nach ICD im Entlassungsbericht.</li></ul>
-----------	--

<b>64</b>	<p>Nachsorge-Empfehlung im Entlassungsbericht:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) Es soll eine ambulante neuropsychologische Therapie empfohlen werden, wenn die Indikationskriterien entsprechend der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung (Neuropsychologische Therapie) (Bundesministerium für Gesundheit, 2012) erfüllt sind.</li><li>2) Ein Einbezug der Bezugspersonen in die weiterführende Therapie ist dringend erforderlich.</li></ol>
-----------	--

## C 5) Adhärenz

Definition: *Compliance* (aus dem englischen: Einhaltung, Folgsamkeit) beschreibt die „Therapietreue“ eines Patienten. Sie sieht die Verantwortung für die Einhaltung und Umsetzung verordneter therapeutischer Maßnahmen einseitig auf Seiten des Patienten. Die *Adhärenz* hingegen (im englischen: adherence = Einhaltung, Beachtung) fordert die Zustimmung seitens des Patienten. Patient und Therapeuten(team) formulieren gemeinsam Therapieziele, entscheiden zusammen das bestmögliche therapeutische Vorgehen und achten gemeinsam auf eine adäquate Umsetzung und Einhaltung (vgl. WHO, 2003).

65

Das Themengebiet Adhärenz ist sehr komplex und umfasst eine Vielzahl verschiedener Ansatzpunkte, u. a.:

- Pharmakologische Therapie;
- Wahrnehmung von Trainings und selbstständiges Üben;
- Behandlung der Risikofaktoren (→ siehe auch Teil D);
- Rezidivprophylaxe;
- Weiterführende Therapien (z. B. ambulant (Neuro-)Psycho-, Ergo-, Sprach- oder Physiotherapie);
- Lebensstiländerungen;
- Körperliche Aktivität.

Anmerkung: Eine niedrige Therapie-Adhärenz kann damit zusammenhängen, dass dem Rehabilitanden der Nutzen einzelner Interventionen nicht klar ist. Bei geringer Therapieadhärenz soll daher sichergestellt werden, dass der Nutzen der Interventionen deutlich wird.

Das interdisziplinäre Team soll Zielvereinbarungen und Therapie-Entscheidungen zusammen mit dem Rehabilitanden treffen. Auf Seiten des interdisziplinären Teams gilt es, auf eine adäquate Therapie-Adhärenz der Rehabilitanden zu achten.

66

Sollte sich eine ungenügende Therapie-Adhärenz seitens der Rehabilitanden zeigen, können folgende Maßnahmen erfolgen:

- Ein entsprechendes Mitglied des interdisziplinären Teams soll diese mit dem Rehabilitanden besprechen.
- Evtl. kann ein Gespräch mit dem Arzt oder ein psychologisches Einzelgespräch erfolgen. Hierbei sind mögliche „Ablenker“ oder widerstrebende Gründe sorgfältig zu explorieren.

- Bei geringer Therapieadhärenz soll sichergestellt werden, dass der Nutzen der Interventionen deutlich wird. Evtl. kann dies (unter anderem) im Rahmen von Gruppeninterventionen geschehen („Modelllernen“).
- Es soll überprüft werden, ob der Rehabilitand bislang ausreichend in die Festlegung der therapeutischen Entscheidungen einbezogen war. Gegebenenfalls müssen Therapieentscheidungen gemeinsam neu getroffen werden („Shared Decision Making“).
- Im (Einzel-)Gespräch können die Risikowahrnehmung und die Handlungsergebniserwartung angesprochen sowie die Selbstwirksamkeitserwartung gestärkt werden (vgl. Schwarzer, 2002).
- Gegebenenfalls kann über eine Anpassung der Therapieziele nachgedacht werden. Dies sollte in der interdisziplinären Teambesprechung thematisiert werden.
- Das gesamte interdisziplinäre Team soll motivierend unterstützen.
- Ein Einbezug der Bezugspersonen soll erwogen werden.

## Teil D: Risikofaktoren

Teil D umfasst Empfehlungen für die folgenden Risikofaktoren:

- Kapitel D 1) – Rauchen
- Kapitel D 2) – Alkohol
- Kapitel D 3) – Ernährung
- Kapitel D 4) – Bewegung
- Kapitel D 5) – Somatische Risikofaktoren

## D 1) Rauchen

67

Der Arzt / der (Klinische Neuro-)Psychologe soll bei allen Rehabilitanden den Raucherstatus erfragen (Raucher; Nicht-Raucher; Ex-Raucher, d. h. rauchfrei seit > 6 Monaten).

Im Rahmen der Gesundheitsbildung sollte die Rehabilitanden besonders über das hohe Risiko eines erneuten Schlaganfalles durch Rauchen unterrichtet werden. Weiter soll auf die ungünstigen Interaktionen im Zusammenhang mit anderen Risikofaktoren hingewiesen werden.

68

Wenn der Rehabilitand Raucher ist, sollen folgende Maßnahmen erfolgen:

- 1) Die Bereitschaft, mit dem Rauchen aufzuhören, soll bestimmt werden.
- 2) Den Rauchern soll dringend empfohlen werden, mit dem Rauchen aufzuhören (Empfehlung erfolgt durch das gesamte interdisziplinäre Team):
  - Das interdisziplinäre Team soll motivierend unterstützen.
  - Die Raucher sollen (z. B. im Rahmen einer Informationsveranstaltung oder durch Informationsmaterial) darüber unterrichtet werden, welche Angebote es zur Tabakentwöhnung gibt und wie die Angebote aufgebaut sind.
- 3) Die Raucher können (auf freiwilliger Basis) an einer verhaltenstherapeutisch orientierten Tabakentwöhnung teilnehmen (einzeln oder Gruppe).  
[Informationen über entsprechende Schulungsprogramme sind z. B. erhältlich unter <http://www.zentrum-patientenschulung.de/>; Zugriff: Februar 2015].  
Gegebenenfalls kann zusätzlich eine pharmakologische Intervention erfolgen.
- 4) Alle Rehabilitanden, die in den letzten sechs Monaten eine Tabakabhängigkeit zeigten, sollen über ambulante Hilfsangebote zur Tabakentwöhnung informiert werden, wie z. B. über mögliche Präventionskurse der Krankenkassen oder über Angebote im Internet wie beispielsweise: [www.rauch-frei.info](http://www.rauch-frei.info); [www.dkfz.de](http://www.dkfz.de); [www.bzga.de](http://www.bzga.de) (Zugriff: Februar 2015).
- 5) Bei jedem Hausarztbesuch im Anschluss an die Rehabilitation soll ein Monitoring in Bezug auf den Raucherstatus erfolgen. Die Empfehlung hierfür wird im Entlassungsbericht der Reha-Einrichtung gegeben.

69

Anmerkung: Für weiterführende Informationen sei auf die folgende, deutschsprachige Leitlinie verwiesen: S3-Leitlinie – Screening, Diagnostik und Behandlung des schädlichen und abhängigen Tabakkonsums“ (DG-Sucht, 2015).

## D 2) Alkohol

70

Bei Hinweisen auf einen schädlichen Gebrauch von Alkohol bzw. eines Abhängigkeits-syndroms (z. B. aufgrund der Laborwerte, Hinweise durch das Klinikpersonal, Bezugspersonen oder Mitpatienten), können folgende Vorgehensweisen erwogen werden:

- Im Arztgespräch soll der Rehabilitand über die Gefahren eines hohen regelmäßigen Alkoholkonsums (Frauen: 12g pro Tag; Männer 24g pro Tag (Seitz & Bühringer, 2010)) aufgeklärt werden.
- Abklärung der Behandlungsmotivation im Arztgespräch.
- Thematisierung in der interdisziplinären Teambesprechung.
- Verlaufsbeobachtung durch das gesamte Team.
- Bei Bedarf: Psychologisches Einzelgespräch.
- Wenn eine Alkoholabhängigkeit im Vordergrund steht: Evidenzbasierte Behandlung (evtl. durch Therapieüberleitung in Fachklinik).

71

Anmerkung: Für weiterführende Informationen sei auf das laufende Projekt „Praxisempfehlungen zum Umgang mit komorbiden Suchtproblemen in der somatischen und psychosomatischen Rehabilitation (PESu-Projekt)“ (Förderung: DRV Bund) verwiesen; (voraussichtlicher Abschluss des Projektes: Frühjahr 2016; [www.aqms.de](http://www.aqms.de)).

Orientierend kann die *S3-Leitlinie Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen* (DG-Sucht, 2015) herangezogen werden.

### D 3) Ernährung

**72**

Der Arzt soll bei allen Rehabilitanden feststellen, ob Fehlernährung vorliegt. Wenn dies der Fall ist, sollen folgende Maßnahmen anberaunt werden:

- Einsatz von psychologisch fundierten Interventionen zur Verhaltensänderung (z. B. Handlungs- und Bewältigungsplanung) z. B. durch den Diabetes- oder Ernährungsberater, Ökotrophologen oder Diätassistenten. Dabei soll das interdisziplinäre Team motivierend unterstützen.
- Die Rehabilitanden sollen im Laufe der Reha-Maßnahme im Rahmen eines Planungsgesprächs (z. B. mit dem Diabetes- oder Ernährungsberater, Ökotrophologen oder Diätassistenten) eine möglichst detaillierte Handlungs- und Bewältigungsplanung für die Zeit nach der Rehabilitation schriftlich formulieren. Der Einbezug der Bezugspersonen kann hierbei sinnvoll sein

**73**

Bei jedem Hausarztbesuch im Anschluss an die Rehabilitation soll ein Monitoring in Bezug auf die Ernährung erfolgen. Die Empfehlung hierfür wird im Entlassungsbericht der Rehabilitations-Einrichtung gegeben. Im Rahmen dieser Nachsorgegespräche soll die Erreichung der vereinbarten Ernährungsziele besprochen werden. Die Nutzung von Ernährungstagebüchern kann hierfür die Grundlage bilden. Bei Bedarf erfolgt eine Anpassung der Handlungs- und Bewältigungsplanung oder Psychoedukation.



## D 4) Bewegung

Alle hier genannten Empfehlungen können selbstverständlich nur in Abhängigkeit vom Funktionsniveau des Rehabilitanden umgesetzt werden.

Bei Rehabilitanden mit Bewegungseinschränkungen, Sturzgefahr oder komorbiden Erkrankungen (z. B. kardiovaskuläre Erkrankungen) sollen alle Therapien, die auf Bewegung abzielen, unter Supervision eines Physio-, Bewegungs-, Sport- oder Ergotherapeuten bzw. der Pflege erfolgen.

## Diagnostik

74

Der Arzt und / oder der Physio-, Bewegungs- oder Sporttherapeut soll(en) bei allen Rehabilitanden erfragen, ob ein Bewegungsmangel vorliegt. Auch das interdisziplinäre Team soll über Verhaltensbeobachtung darauf achten, ob Bewegungsmangel vorliegt.

## Therapie

75

Grundsätzlich gilt, dass für alle Rehabilitanden Bewegung empfohlen werden soll (vgl. Henkel et al., 2014). Dabei sollen die Rehabilitanden im Falle von motorischen Beeinträchtigungen oder Schmerzen körperlich so aktiv sein, wie ihre Fähigkeiten und Verfassung es erlauben.

Falls Bewegungsmangel vorliegt, sollen folgende Maßnahmen durchgeführt werden:

- Einsatz von psychologisch fundierten Interventionen zur Verhaltensänderung (z. B. Handlungs- und Bewältigungsplanung) z. B. durch den Physio-, Bewegungs- oder Sporttherapeuten.
- Das interdisziplinäre Team soll motivierend unterstützen und körperliche Aktivität anregen.
- Der Rehabilitand soll im Laufe der Reha-Maßnahme im Rahmen eines Planungsgesprächs (z. B. mit dem Physio-, Bewegungs- oder Sporttherapeuten) eine möglichst detaillierte Handlungs- und Bewältigungsplanung für die Zeit nach der Rehabilitation schriftlich formulieren. Der Einbezug der Bezugspersonen kann hierbei hilfreich sein.

- Bei jedem Hausarztbesuch im Anschluss an die Rehabilitation soll ein Monitoring in Bezug auf ausreichende Bewegung erfolgen. Im Rahmen dieser Nachsorgegespräche soll die Erreichung der vereinbarten Bewegungsziele besprochen werden. Die Nutzung von Bewegungstagebüchern kann hierfür die Grundlage bilden. Bei Bedarf erfolgt eine Anpassung der Handlungs- und Bewältigungsplanung oder Psychoedukation.

## D 5) Somatische Risikofaktoren

76

Der Arzt soll somatische Risikofaktoren (insbesondere Bluthochdruck, Diabetes mellitus, Fettstoffwechselstörung, Adipositas) identifizieren und nach evidenzbasierten Leitlinien behandeln.

Mittels Psychoedukation sollen die Rehabilitanden über das Schlaganfall-Risiko und den Zusammenhang mit somatischen Risikofaktoren geschult werden. Besondere Berücksichtigung soll hierbei der Umgang mit Diabetes mellitus finden:

- Verweis auf laufendes Teil-Projekt „Praxisempfehlungen für Psychologische Interventionen –Indikation Typ-2-Diabetes “ (Förderung: DRV Bund); (siehe Reese et al., 2016).

77

Gegebenenfalls sollen die Rehabilitanden in ihrem Verständnis geschult werden, wie andere Risikofaktoren mit den somatischen Risikofaktoren zusammenhängen und diese mitunter vermitteln:

- Bei Hinweisen auf eine Raucherproblematik, siehe Kapitel D 1)
- Bei Hinweisen auf einen schädlichen Gebrauch von Alkohol oder eines Abhängigkeitssyndroms, siehe Kapitel D 2)
- Bei Hinweisen auf eine Fehlernährung, siehe Kapitel D 3)
- Bei Hinweisen auf vermeidbaren Bewegungsmangel, siehe Kapitel D 4)

## Teil E: Spezifische Problemlagen & Spezielle Aspekte

Teil E umfasst Empfehlungen für die folgenden spezifischen Problemlagen und speziellen Aspekte der Rehabilitation nach Schlaganfall:

- Kapitel E 1) – Schlaf
- Kapitel E 2) – Fatigue
- Kapitel E 3) – Schmerz
- Kapitel E 4) – Chronischer Stress durch lang andauernde psychosoziale Belastungen
- Kapitel E 5) – Weitere psychische Komorbidität
- Kapitel E 6) – Kraftfahreignung

## E 1) Schlaf

### Diagnostik

**78**

Der Arzt soll bei allen Rehabilitanden erfassen, ob Schlafprobleme (u. a. Ein- und Durchschlafstörungen) und / oder eine Schlafapnoe vorliegen.

**79**

Falls Hinweise auf eine Schlafapnoe bestehen, soll der Arzt diese – falls klinikintern möglich – diagnostisch abklären oder ggf. den Rehabilitanden an ein Schlaflabor verweisen.

### Therapie

**80**

Falls Schlafprobleme vorliegen, sollen folgende Maßnahmen erfolgen:

- Thematisierung in der interdisziplinären Teambesprechung;
- Psychoedukation, Beratung und Unterstützung für Patienten und Bezugspersonen;
- Bei Bedarf: Teilnahme am Entspannungstraining.

Bei Bedarf: Einleitung einer evidenzbasierten Behandlung (siehe auch S3-Leitlinie *Nicht erholsamer Schlaf – Schlafstörungen* (DGSM, 2009) oder S1-Leitlinie *Insomnie* (DGN, 2012).

## E 2) Fatigue

### Diagnostik

**81**

Der Arzt / der (Klinische Neuro-)Psychologe soll bei allen Rehabilitanden frühzeitig erfassen, ob ein Fatigue-Syndrom vorliegt. Die häufigsten Beschwerden sind Müdigkeit, Kraftlosigkeit, Erschöpfung und verminderte Leistungsfähigkeit. Es sollten Art, Ausprägung und der zeitliche Verlauf der Beschwerden erfragt werden. Hierbei sollte auch auf mögliche Zusammenhänge mit vegetativen Funktionen (v. a. Schlafstörungen) und Nebenwirkungen von Medikamenten geachtet werden.

- 1) Subjektive Beschwerden: Bislang liegen keine schlaganfallspezifischen Skalen zur Messung der subjektiven Wahrnehmung von Fatigue vor. Angedacht werden kann jedoch der Einsatz der FSS-Skala (Krupp et al., 1989), die für Patienten mit Multipler Sklerose entwickelt wurden; so gewonnene Ergebnisse sind jedoch mit Vorsicht zu interpretieren sind und können nur orientierend genutzt werden.
- 2) Objektive Leistungsfähigkeit (Performance): Neben der Erhebung der subjektiven Beschwerden kann eine Messung der objektiven Performance angedacht werden, bei denen Aufmerksamkeitswerte im circadianen Verlauf oder vor und nach Belastung erhoben werden (vgl. auch Claros-Salinas et al., 2010).

Weiter soll das gesamte interdisziplinäre Team bei allen Rehabilitanden während des Reha-Aufenthalts ebenfalls auf das Vorliegen eines Fatigue-Syndroms achten.

**82**

Falls ein Fatigue-Syndrom vorliegt, soll dieses in der interdisziplinären Teambesprechung thematisiert werden. Dabei muss der (Klinische Neuro-)Psychologe differentialdiagnostisch das Vorliegen einer depressiven Störung berücksichtigen.

## Therapie

83

Folgende Vorgehensweisen können Anwendung finden:

- Nach Möglichkeit Planung von Therapieeinheiten in Abhängigkeit vom Tagesrhythmus des Rehabilitanden.
- Es sollte ein frühzeitiger Beginn der Therapie gewährleistet sein, um möglicher Chronifizierung entgegenzuwirken.
- Psychoedukation, Beratung und ggf. Schulung von Rehabilitanden und Bezugspersonen.
- Therapeutische Maßnahmen beinhalten:
  - Unterstützung der Patienten dabei, individuelle Anzeichen von Ermüdung und Überforderung frühzeitig zu erkennen;
  - Vermittlung von Tagesstrukturen und ausgewogenen Aktivitäts-Ruhe-Perioden;
  - Nach Absprache im interdisziplinären Team sollen in Abhängigkeit von der individuellen Leistungsfähigkeit Ausdauer- und Krafttraining angeregt werden;
  - Aktivitäten-Planung: An hoch aktive Phasen sollen sich geplante Ruhe-Phasen anschließen;
  - Die Teilnahme an Entspannungsverfahren soll empfohlen werden;
  - Psychoedukative Maßnahmen: Vermittlung von Ruhe-Bedürfnissen an die Umwelt, Schlafhygiene sowie Vermeidung von Beruhigungsmitteln und exzessivem Alkoholgenuss;
  - Anregung der Teilnahme an z. B. angenehmen Freizeitaktivitäten (mit Planung einer vorherigen und sich anschließenden Ruhephase);
  - Vermittlung von Strategien, bei denen Tätigkeiten mit niedriger Priorität verschoben oder von anderen (z. B. Bezugspersonen) übernommen (Delegation) werden können.
- Bei Bedarf: Psychologisches Einzelgespräch.

### E 3) Schmerz

#### Diagnostik

84

Der Arzt / der (Klinische Neuro-)Psychologe soll bei allen Rehabilitanden frühzeitig erfragen, ob Schmerzen vorliegen. Besondere Beachtung sollten Rehabilitanden mit Schlaganfallbedingten, motorischen Beeinträchtigungen finden. Darüber hinaus soll auch das gesamte interdisziplinäre Team auf Schmerzsymptome achten und diese aktiv erfragen.

#### Therapie

85

Falls Schmerzen vorliegen:

- Thematisierung in der interdisziplinären Teambesprechung.
- Die in die Behandlung der Schmerzen involvierten Therapeuten (z. B. Physio-, Bewegungs- oder Sporttherapeuten, Ergotherapie, Pflege) sowie der Arzt / der (Klinische Neuro-)Psychologe sollen den Rehabilitanden regelmäßig nach der Schmerzintensität, Schmerzcharakteristik, Triggerfaktoren sowie (tages)zeitlichen und situativen Gegebenheiten fragen, vor allem im Zusammenhang mit der Behandlung bzw. zur Erfassung der Veränderung durch die Behandlung. Hierfür kann eine numerische Ratingskala verwendet werden, um die Intensität der Schmerzen zu bestimmen (0=kein Schmerz, 10=größter vorstellbarer Schmerz).
- Es sollen sowohl psychische als auch physische Aspekte des Schmerzes Beachtung finden:
  - Bei Schmerzen ist die Teilnahme an einem Schmerzbewältigungstraining / einer psychologischen Schmerztherapie sinnvoll.
  - Im psychologischen Einzelgespräch soll der Arzt / der (Klinische Neuro-)Psychologe den Schmerz thematisieren, bei der Schmerzbewältigung unterstützen und die Adhärenz in Bezug auf die Schmerzbehandlung (ggf. pharmakologisch) steigern
    - Bei Hinweisen auf fehlende Adhärenz, siehe auch Kapitel C 5);



- Nicht-pharmakologische Behandlungsansätze sollen empfohlen werden:
  - Teilnahme an Entspannungsverfahren;
  - Biofeedback;
  - Lagerungs- und Bewegungstherapien;
  - Physikalische Maßnahmen.
- Falls indiziert: Evidenzbasierte medikamentöse und nicht-medikamentöse Schmerztherapie. Ggf. Empfehlung einer weiterführenden Schmerz-Therapie im Entlassungsbericht.

## E 4) Chronischer Stress durch lang andauernde psychosoziale Belastungen

### Diagnostik

**86**

Der Arzt / der (Klinische Neuro-)Psychologe / der Ergotherapeut soll bei allen Rehabilitanden frühzeitig erfragen, ob Stress durch lang andauernde psychosoziale Belastungen (z. B. in der Partnerschaft, familiär oder im Beruf) vorliegt. Hierfür können entsprechende Screening-Fragen genutzt werden. Es soll zusätzlich danach gefragt werden, ob eine lang andauernde Belastung durch Haus- und Familienarbeit bzw. Doppelbelastung vorliegt.

Der Arzt / der (Klinische Neuro-)Psychologe soll bei allen Rehabilitanden frühzeitig erfragen, ob Belastungen durch Arbeitslosigkeit oder finanzielle Schwierigkeiten vorliegen.

Eine weiterführende Exploration soll im Arztgespräch und / oder im Rahmen weiterer Kontakte mit dem Arzt und / oder dem (Klinischen Neuro-)Psychologen erfolgen.

### Therapie

**87**

Wenn entsprechende Belastungen vorliegen, sollen folgende Maßnahmen eingeleitet werden:

- Bei Bedarf: Psychologisches Einzelgespräch und / oder Teilnahme an entsprechenden psychoedukativen Maßnahmen (in der Gruppe oder ggf. im Einzelsetting).
- Bei Bedarf: Stressbewältigungstraining  
(Informationen über entsprechende Schulungsprogramme sind z. B. erhältlich unter <http://www.zentrum-patientenschulung.de/>; Zugriff: Februar 2015).
- Bei Bedarf: Entspannungstraining.
- Bei Bedarf: Beratung durch den Sozialarbeiter.

## E 5) Weitere psychische Komorbidität

## Diagnostik

88

Der (Klinische Neuro-)Psychologe soll bei allen Rehabilitanden frühzeitig auf das Vorliegen weiterer psychischer Komorbidität achten. Zusätzlich sollen Arzt, Psychologe und das gesamte interdisziplinäre Reha-Team bei allen Rehabilitanden während des Reha-Aufenthaltes auf Symptome weiterer psychischer Komorbidität achten. Bei Hinweisen auf eine psychische Störung soll eine weiterführende Diagnostik erfolgen. Für die weiterführende Diagnostik psychischer Störungen gilt ein Approbationsvorbehalt; sie darf nur von entsprechend qualifizierten Personen bzw. unter Supervision einer solchen durchgeführt werden.

Besondere Beachtung sollten hier die folgenden Beeinträchtigungen finden:

- Kurzzeitiges Delir (frühere Bezeichnung: „Durchgangssyndrom“) (ICD-10: F09);
- Dementielle Symptomatik;
- Emotionale Labilität (emotional lability)  
[Emotionale Labilität wäre wie folgt zu kodieren: organisch emotional labile (asthenische) Störung (ICD-10: F06.6)]  
→ siehe Kapitel C 4);
- Persönlichkeitsveränderungen / -störungen  
→ siehe ebenfalls Kapitel C 4);
- Schädlicher Gebrauch von Alkohol / Abhängigkeitserkrankungen  
→ siehe Kapitel D 2);
- Akute Belastungsreaktion (ICD-10: F43.0) / Posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10: F43.01) / Anpassungsstörung (ICD-10: F43.2)  
→ siehe auch Kapitel C 3).

## Therapie

89

Falls weitere psychische Komorbidität festgestellt wird, soll ggf. eine evidenzbasierte Behandlung entsprechend der Störung begonnen oder aber eine weiterführende Behandlung vorbereitet werden (evtl. mit Verweis auf die entsprechende Fachklinik).

## E 6) Kraftfahreignung

### Diagnostik

90

Alle Rehabilitanden müssen nach ihrer Motivation, ein Kraftfahrzeug zu führen, befragt werden.

91

Im Falle eines Fahr-Wunsches muss ein (möglichst verkehrsmedizinisch qualifizierter) Arzt und/oder der (Klinische Neuro-)Psychologe alle Rehabilitanden gemäß den aktuell gültigen „Begutachtungsleitlinien zur Kraftfahreignung“ (BAST, 2014) verkehrsmedizinisch beraten.

92

Im Falle einer Überprüfung der Fahreignung müssen gemäß Begutachtungsleitlinien zur Kraftfahreignung (BAST, 2014) folgende Bereiche untersucht werden:

- 1) Medizinischer Status;
- 2) Neuropsychologische Funktionsdiagnostik;
- 3) Optional: Praktische Fahrprobe.

Zu 2) Neuropsychologische Funktionsdiagnostik:

- 1) Die visuelle Wahrnehmung soll überprüft werden.
- 2) Es soll (im Falle von Berufskraftfahrern: muss) immer eine Erfassung der folgenden Teilfunktionen erfolgen:
  - Reaktionsfähigkeit;
  - Konzentrationsleistung;
  - Selektive und geteilte Aufmerksamkeitsleistung;
  - Flexibilität und Umstellungsfähigkeit;
  - visuelle Orientierungsleistung.
- 3) Optional können zur bessern Einschätzung der Leistungsfähigkeit die folgenden Teilfunktionen erfasst werden:
  - Planungsfähigkeit;
  - Zeiteinteilung;

- Kategorisierung;
- Interferenzfähigkeit;
- Arbeitsgedächtnis.

4) Besondere Berücksichtigung bei der Überprüfung der Fahreignung sollen Fehlreaktionen und Auslassungen finden.

5) Die intellektuelle und affektive Verhaltenskontrolle (insbesondere der Impulskontrolle) soll überprüft werden.

Zu 3) Optional: Praktische Fahrprobe (für Berufskraftfahrern muss eine solche erfolgen):

- Aufgrund einer häufig mangelhaften Einschätzung der eigenen Fahrleistung durch die Rehabilitanden soll ggf. eine praktische Fahrprobe erfolgen.
- Bei langjähriger Fahrpraxis kann auch bei schlechten testdiagnostischen Ergebnissen eine praktische Fahrprobe durchgeführt werden, um die tatsächliche Fahrleistung zu überprüfen; langjährige Fahrpraxis und Erfahrungen können mitunter Aufmerksamkeitsdefizite kompensieren.
- Anmerkung: Die praktische Fahrprobe kann auch nachgelagert erfolgen, wenn z. B. aufgrund des Rezidivrisikos ohnehin dringend vom Führen eines Kraftfahrzeuges abgeraten wird.

CAVE: Neben ggf. neuropsychologischen Beeinträchtigungen soll das interdisziplinäre Team auch motorische Einschränkungen überprüfen und ggf. Kompensationen (z. B. in Form von Umbauten) anregen.

## Therapie

93

Es können die Teilbereiche trainiert werden, bei denen kognitive Beeinträchtigungen vorliegen.

Es kann in Fahrsimulatoren und / oder mittels praktischer Fahrschulung geübt werden.

Wenn eine abschließende Überprüfung der Fahreignung erfolgen soll, muss eine praktische Fahrprobe erfolgen.

Anmerkungen

94

Der Bereich Kognition (siehe Teil B) soll im Rahmen einer Überprüfung der Kraftfahreignung stets Beachtung finden.

95

Für weiterführende Informationen sei auf die Leitlinien *Begutachtungsleitlinien zur Kraftfahreignung, Bundesanstalt für Straßenwesen – Gültig ab 01. Mai 2014* (Bundesanstalt für Straßenwesen (BAST) (Hrsg.), 2014) sowie *Verordnung über die Zulassung von Personen zum Straßenverkehr (Fahrerlaubnis-Verordnung, FeV)* (Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (Hrsg.), 2014). Zudem bietet Poschadel et al. (2009) eine Übersicht zu verschiedenen Testverfahren.

## Literatur

- Bundesanstalt für Straßenwesen (BAST) (Hrsg.) (2014). Begutachtungsleitlinien zur Kraftfahreignung, Bundesanstalt für Straßenwesen – Gültig ab 01. Mai 2014. Bergisch Gladbach: BAST.
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) (2008). ICF – Praxisleitfaden 2 – Trägerübergreifende Informationen und Anregungen für die praktische Nutzung der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) in medizinischen Rehabilitationseinrichtungen. Frankfurt am Main: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR).
- Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2012). Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung (Neuropsychologische Therapie), BAnz. Nr. 31 (S. 747),  
URL: <https://www.g-ba.de/informationen/beschluesse/1415/> [Zugriff: Februar 2015].
- Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (Hrsg.) (2014). Verordnung über die Zulassung von Personen zum Straßenverkehr (Fahrerlaubnis-Verordnung, FeV), Bundesgesetzblatt, Teil I Nr. 15 (S. 348).
- Claros-Salinas, D., Bratzke, D., Greitemann, G., Nickisch, N., Ochs, L., & Schröter, H. (2010). Fatigue-related diurnal variations of cognitive performance in multiple sclerosis and stroke patients. *Journal of the Neurological Sciences*, 295(1-2), 75-81.
- Der Vorstand der GNP, die Arbeitskreise der GNP, der wissenschaftliche Beirat der GNP, Gauggel, S., & Sturm, W. (2005). Leitlinien der Gesellschaft für Neuropsychologie (GNP) für neuropsychologische Diagnostik und Therapie. *Zeitschrift für Neuropsychologie*, 16(4), 75-199.
- Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) (2012). DEGAM-Leitlinie Nr. 8 – Schlaganfall, Langfassung, AWMF-Register-Nummer: 053/011,  
URL: <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/053-011.html>, [Zugriff: Februar 2015].
- Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN) (2012). S1-Leitlinie Rehabilitation aphasischer Störungen nach Schlaganfall, AWMF-Register-Nummer: 030/090,  
URL: <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/030-090.html>, [Zugriff: Februar 2015].
- Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN) (2012). S1-Leitlinie Multiprofessionelle neurologische Rehabilitation, AWMF-Register-Nummer: 030/122,  
URL: <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/030-122.html>, [Zugriff: Februar 2015].
- Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN) (2012). S1-Leitlinie Insomnie, AWMF-Register-Nummer: 030-045,  
URL: <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/030-045.html>, [Zugriff: Januar 2016].
- Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN) (2012). S1-Leitlinie Rehabilitation bei Störungen der Raumkognition, AWMF-Register-Nummer: 030/126,  
URL: <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/030-126.html>, [Zugriff: Februar 2015].
- Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN) (2012). S2e-Leitlinie Diagnostik und Therapie von Gedächtnisstörungen, AWMF-Register-Nummer: 030/124,  
URL: <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/030-124.html>, [Zugriff: Februar 2015].

## Literatur

- Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN) (2012). S2e-Leitlinie Diagnostik und Therapie von Aufmerksamkeitsstörungen bei neurologischen Erkrankungen, AWMF-Register-Nummer: 030/135, URL: <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/030-135.html>, [Zugriff: Februar 2015].
- Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN) (2011). S2e-Leitlinie Diagnostik und Therapie von exekutiven Dysfunktionen bei neurologischen Erkrankungen, AWMF-Register-Nummer: 030/125, URL: <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/030-125.html>, [Zugriff: Februar 2015].
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) (2015). S3-Leitlinie / Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression, AWMF-Register-Nummer: nvl/005, URL: <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/nvl-005.html>, [Zugriff: Februar 2015].
- Deutsche Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin (DGSM) (2009). S3-Leitlinie Nicht erholsamer Schlaf – Schlafstörung, AWMF-Register-Nummer 063/001, *Somnologie*, 13, 4-160.
- Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. (DG-Sucht) (2015). S3-Leitlinie Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen, AWMF-Register-Nummer: 076/001, URL: <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/076-001.html>, [Zugriff: Februar 2015].
- Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. (DG-Sucht) (2015). S3-Leitlinie Screening, Diagnostik und Behandlung des schädlichen und abhängigen Tabakkonsums, AWMF-Register-Nummer 076/006, URL: <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/076-006.html>, [Zugriff: Februar 2015].
- Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV) (Hrsg.) (2014). Strukturqualität von Reha-Einrichtungen - Anforderungen der Deutschen Rentenversicherung. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (2005). Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Genf: World Health Organization.
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (2013). ICD-10-GM – Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification, Version 2013. Genf: World Health Organization.
- Edmondson, D., Richardson, S., Fausett, J.K., Falzon, L., Howard, V.J., & Kronish, I.M. (2013). Prevalence of PTSD in Survivors of Stroke and Transient Ischemic Attack: A Meta-Analytic Review. *PLoS ONE*, 8(6), e66435.
- Glattacker, M., Farin-Glattacker, F., Quaschnig, K., Dibbelt, S., & Bredehorst, M. (2015). Arbeitsbuch Reha-Ziele – Zielvereinbarungen in der medizinischen Rehabilitation. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.  
siehe auch: [www.reha-ziele.de/](http://www.reha-ziele.de/), [Zugriff: Februar 2015].
- Hasselhorn, H.M., & Freude, G. (2007). Der Work Ability Index – ein Leitfaden. In: Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin: Sonderschrift. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW Verlag für neue Wissenschaft GmbH.  
Siehe auch: WAI-Netzwerk – URL: <http://www.arbeitsfaehigkeit.uni-wuppertal.de/index.php>, [Zugriff: Februar 2015].
- Henkel, K., Reimers, C. D., Knapp, G., & Schneider, F. (2014). Körperliches Training bei neurologischen und psychischen Erkrankungen. *Nervenarzt*, 85(12), 1521-1528.
- Huber, W., Poeck, K. & Springer, L. (2006). Klinik und Rehabilitation der Aphasie: Eine Einführung für Therapeuten, Angehörige und Betroffene. Stuttgart: Thieme.



- Irle, H. (2007). Die Rolle der Angehörigen in der medizinischen Rehabilitation. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.
- Kampling, H., Reese, C., & Mittag, O. (2015). Die (neuro-)psychologische Rehabilitation nach Schlaganfall: Eine bundesweite Befragung zu Strukturen und Praxis in der stationären und ambulanten neurologischen Rehabilitation. *Die Rehabilitation*, 54(5), 332-338.
- Kerkhoff, G. (2006). Kapitel 10 – Visuelle und akustische Störungen der Raumorientierung. In: Karnath, H. O., Hartje, W., Ziegler, W. (Hrsg.), *Kognitive Neurologie* (S. 126-140). Stuttgart: Thieme.
- Krupp, L., LaRocca, G., Muir-Nash, J., & Steinberg, A. (1989). The fatigue severity scale. Application to patients with multiple sclerosis and systemic lupus erythematosus. *Archives of Neurology*, 46(10), 1121-1123.
- Löwe, B., Wahl, I., Rose, M., Spitzer, C., Glaesmer, H., Wingenfeld, K., Schneider, A., & Brähler, E. (2010). A 4-item measure of depression and anxiety: Validation and standardization of the Patient Health Questionnaire-4 (PHQ-4) in the general population. *Journal of Affective Disorders*, 122(1-2), 86-95.
- Poschadel, S., Falkenstein, M., Pappachan, P., Poll, E., & Willmes von Hinckeldey, K. (2009). Testverfahren zur psychometrischen Leistungsprüfung der Fahreignung. *Mensch und Sicherheit*, Heft M 203. Bergisch-Gladbach: Bundesanstalt für Straßenwesen.
- Reese, C., Mittag, O., Bengel, J., Demmel, R., Döbler, A., Filz, H.-P., Hübner, P., Huth, F., Kulzer, B., Lippke, S., Petrak, F., Pfeifer, K., Reusch, A., Schulte, R., Straube, F.A., Tuschhoff, T., Welti, F., & Worringer, U. (2016). Praxisempfehlungen für psychologische Interventionen in der Rehabilitation: Typ-2-Diabetes. URL: <https://www.uniklinik-freiburg.de/aqms/praxisempfehlungen.html> [Zugriff: 29.01.2016].
- Rothgang, H. (2009). Theorie und Empirie der Pflegeversicherung. Die sozialstaatliche Absicherung des Pflegerisikos am Beispiel der Bundesrepublik Deutschland. Münster: LIT Verlag.
- Sackett, D. L., Straus, S. E., Richardson, W. S., Rosenberg, W., & Haynes, R. B. (2000). Evidence-based medicine. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Schaarschmidt, U. (2006). AVEM - ein persönlichkeitsdiagnostisches Instrument für die berufsbezogene Rehabilitation (S. 59-82). In Arbeitskreis Klinische Psychologie in der Rehabilitation BDP (Hrsg.). *Psychologische Diagnostik - Weichenstellung für den Reha-Verlauf*. Bonn: Deutscher Psychologen Verlag GmbH.
- Schellig D., Drechsler, R., Heinemann, D., & Sturm W. (2009). *Handbuch neuropsychologischer Testverfahren*. Band 1: Aufmerksamkeit, Gedächtnis, exekutive Funktionen. Göttingen: Hogrefe.
- Seitz, H. K., & Bühringer, G. (2010). Empfehlungen des wissenschaftlichen Kuratoriums der DHS zu Grenzwerten für den Konsum alkoholischer Getränke. Hamm: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V.
- SGB XI - Sozialgesetzbuch XI: Elftes Buch Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung, zuletzt geändert durch Artikel 6 des Gesetzes zur sozialrechtlichen Absicherung flexibler Arbeitszeitregelungen vom 6. April 1998 (BGB1. I S. 688).
- Streibelt, M., & Claros-Salinas, D. (2016). Konkurrente Validität des SIMBO-C bei neurologischen Patienten in der Rehabilitation der Phase D. In: Deutsche Rentenversicherung Bund. Tagungsband des 25. Reha-wissenschaftlichen Kolloquiums. DRV-Schriften: Im Druck.
- Sturm, W., George, S., Hildebrandt, H., Reuther, P., Schoof-Tams, K., & Wallesch, C.W. (2009). Leitlinien. Diagnostik und Therapie von Aufmerksamkeitsstörungen. *Zeitschrift für Neuropsychologie*, 20 (1), 59-67.
- World Health Organisation (WHO) (2003). Adherence to long-term therapies: evidence for action. URL <http://de.slideshare.net/AnaCarolinaNascimento/adherence-report>, [Zugriff: Februar 2015].

## Danksagung

Wir danken allen ExpertInnen, die an der Entwicklung der Praxisempfehlungen mitwirkten, ganz herzlich. Außerdem möchten wir den KollegInnen aus den psychologischen Abteilungen sowie den Leitenden ÄrztInnen der Rehabilitationseinrichtungen dafür danken, dass sie sich so zahlreich an unseren Befragungen beteiligt haben und wichtige Impulse für die Überarbeitung der Empfehlungen gaben. Ebenfalls bedanken möchten wir uns bei den RehabilitandInnen, die uns durch ihre Teilnahme an den Fokusgruppen unterstützten. Unser Dank gilt auch der Deutschen Rentenversicherung Bund, ohne deren Finanzierung dieses Projekt nicht hätte realisiert werden können.

## Interessenskonflikte

Alle Experten, die an der Erstellung der Praxisempfehlungen beteiligt waren, haben eine Erklärung zu möglichen Interessenskonflikten ausgefüllt, die sich am AWMF-Formular zur Erklärung von Interessenskonflikten im Rahmen von Leitlinienvorhaben orientiert. Von keinem der Experten wurden bedeutsame Interessenskonflikte im Zusammenhang mit der Entwicklung der Praxisempfehlungen angegeben.