Praxisempfehlungen für Psychologische Interventionen in der neurologischen Rehabilitation

Multiple Sklerose, Idiopathisches Parkinson-Syndrom & Schlaganfall

Erarbeitet federführend von
Dipl.-Psych. Hanna Kampling[1], Dr. Jutta Küst[2] & Prof. Dr. Oskar Mittag[1]

mit besonderer Unterstützung durch
PD Dr. Niels Allert[3] & Prof. Dr. med. Christian Dettmers[4]

[1]Universitätsklinikum Freiburg, Sektion Versorgungsforschung Rehabilitationsforschung (SEVERA)
[2]Klinik Lengg AG
[3]Neurologisches Rehabilitationszentrum Godeshöhe e. V.
[4]Kliniken Schmieder Konstanz

Die Praxisempfehlungen zu psychologischen Interventionen in der neurologischen Rehabilitation wurden im Rahmen der beiden folgenden Projekte entwickelt

1) „Psychologische Interventionen in der Rehabilitation von PatientInnen mit onkologischen Erkrankungen (Mamma-, Prostata- oder Kolon-karzinom), Typ-2-Diabetes oder Schlaganfall: Systematische Entwicklung von Praxisempfehlungen“
Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund; FKZ 0423-40-64-50-18
2) „Entwicklung von Praxisempfehlungen für psychologische Interventionen in der neurologischen Rehabilitation: Parkinson-Syndrom & Multiple Sklerose“
Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund; FKZ 0423-40-64-50-18

Das Ziel war jetzt, die drei neurologischen Krankheitsbilder in gemeinsame Empfehlung zu integrieren:

Praxisempfehlungen für psychologische Interventionen in der neurologischen Rehabilitation: Multiple Sklerose, Idiopathisches Parkinson-Syndrom und Schlaganfall

Wie folgt zu zitieren:
Kampling H, Küst J, Allert N, Dettmers C, & Mittag O (2018). Praxisempfehlungen für Psychologische Interventionen in der neurologischen Rehabilitation: Multiple Sklerose, Idiopathisches Parkinson-Syndrom & Schlaganfall. Verfügbar unter
http://www.imbi.uni-freiburg.de/SEVERA/Downloads/praxisempfehlungen/praxisempfehlungen

Beteiligte Expertinnen und Experten – Schlaganfall:

Lisa Barucchieri
Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V. (DVE)

Prof. Dr. phil. Dr.med. Jürgen Bengel
Albert-Ludwigs-Universität Freiburg

Dr. rer. nat. Dolores Claros-Salinas
Klinik Schmieder

Dipl.-Log. Robert Darkow
Charité – Universitätsmedizin Berlin

Prof. Dr. phil. Siegfried Gauggel
Universitätsklinikum der RWTH Aachen

Dr. rer. nat. Thomas Guthke
Universitätsklinikum Leipzig

Sibylle Hör-Berg
Schlaganfall Selbsthilfegruppe Freiburg

Prof. Dr. Ursula Immenschuh
Katholische Hochschule Freiburg

Dr. rer. soc. Jutta Küst
MEDIAN Klinik Burg Landshut

Dr. med. M.Sc. Markus Leisse
MEDIAN Klinik Burg Landshut

Dipl.-Psych. Andigoni Mariolakou
Klinik Königsfeld

Dipl.-Psych. Patrick Noll
BDH-Klinik Elzach

Claudia Pott, B.A.
Deutscher Verband für Physiotherapie (ZVK) e.V.

Dr. med. Wilfried Schupp
m&i-Fachklinik Herzogenaurach

Prof. Dr. med. Claus-W. Wallesch
BDH-Klinik Elzach

Dr. phil. Ulrike Worringen
Deutsche Rentenversicherung Bund

Projektteam:

Dipl.-Psych. Hanna Kampling
Universitätsklinikum Freiburg

Dr. phil. Christina Reese
Universitätsklinikum Freiburg

Prof. Dr. rer. nat. Oskar Mittag
Universitätsklinikum Freiburg

Beteiligte Klinik an der Durchführung der Fokusgruppe

BDH Klinik-Elzach
Prof. Dr. Claus-W. Wallesch

Beteiligte Expertinnen und Experten – Multiple Sklerose & Idiopathisches Parkinson-Syndrom:

Sabine Ahrendt
Universitätsklinikum Freiburg

PD Dr. med. Niels Allert
Neurologisches Rehabilitationszentrum Godeshöhe e. V.

Sabine Brinkmann, M.Sc.
Hochschule Osnabrück

Dr. cand. rer. medic. Robert Darkow
FH Joanneum Graz

Ingrid Daum
Amsel-Kontaktgruppe Freiburg und Breisgau

Prof. Dr. med. Christian Dettmers
Kliniken Schmieder Konstanz

Dipl.-Musikther. Mechthild Ehlich
Zentrum für Psychiatrie Emmendingen

Gerlinde Fischer
Amsel-Kontaktgruppe Freiburg und Breisgau

Dr. rer. nat. Thomas Guthke
Vorsitzender der GNP

Dipl.-Psych. Antje Hoppe
Deutsche Rentenversicherung Bund

Dipl.-Ergoth. Anja Kirchner
Segeberger Kliniken GmbH

Prof. Dr. phil. habil. Sabine C. Koch
SRH Hochschule Heidelberg

Yvonne Köppen
Segeberger Kliniken GmbH

Dr. med. M.Sc. Markus Leisse
MEDIAN Reha-Zentrum Bernkastel-Kues

Dipl.-Psych. Heike Meissner
Neurologisches Rehabilitationszentrum Quellenhof

Dr. rer. nat. Jörn Nielsen
Neurologisches Rehabilitationszentrum Godeshöhe e. V.

Dr. med. Wilfried Schupp
m&i-Fachklinik Herzogenaurach

Dr. Gerd R. Ueberschär
Parkinson-Forum Freiburg-Breisgau-Schwarzwald e. V.

Dr. rer. nat. Tao Yu
Neurologisches Rehabilitationszentrum Quellenhof

Kerstin Ziegler
Schön Kliniken

Projektteam:

Dipl.-Psych. Hanna Kampling
Universitätsklinikum Freiburg

Dr. rer. soc. Jutta Küst
Klinik Lengg AG

Prof. Dr. rer. nat. Oskar Mittag
Universitätsklinikum Freiburg

Studentische Hilfskraft:

Hannah Frinken, B.Sc.
Albert-Ludwigs-Universität Freiburg

Beteiligte Kliniken an der Durchführung der Fokusgruppen

Multiple Sklerose:

cts Klinik Stöckenhöfe
Dr. med. Gesa Weske

Idiopathisches Parkinson-Syndrom:

Gertrudis Klinik Biskirchen
Dr. med. Ilona Csoti

Inhalt

Übersicht über die Inhalte 9

Allgemeine Vorbemerkungen 10

Hintergrund und Ziele 10
Entwicklung der Praxisempfehlungen 10
Anwendung der Praxisempfehlungen 11
Strukturelle Rahmenbedingungen 12
Geltungsbereich 12
Strukturvoraussetzungen 12
Rolle des interdisziplinären Teams 13
Prozessanforderungen 14
Rehabilitations-Planung 15
Formulierung von Rehabilitations-, Therapie- und Patienten-Zielen 16
Zuweisungskriterien für die neuropsychologische Untersuchung 19

Teil A: Partizipation – Übergeordnete Ziele der Rehabilitation 20

A I) Soziale Integration 21
A I.I) Soziale Integration – Bezugspersonen 21
A I.II) Soziale Integration – Familie, Partnerschaft & Sexualität 22
A I.III) Soziale Integration – Aktivitäten 25
A II) Erwerbstätigkeit 27

Teil B: Kognition 30

B I) Aufmerksamkeit 33
B II) Gedächtnis 36
B III) Exekutive Funktionen 38
B IV) Visuelle Wahrnehmung & Raumkognition 41
B V) Kommunikation 44
B VI) Weitere Teilleistungsstörungen 47
B VII) Schwere neurokognitive Beeinträchtigungen 48

Teil C: Affektivität & Verhalten 50

C I) Depression & Angst 51
C II) Affektiv-motivationale Veränderungen, Verhalten & Persönlichkeit 55
C III) Stigma & Scham 61
C IV) Störungsbewusstsein 63
C V) Krankheitsbewältigung, Anpassungsreaktionen, Krisenbewältigung & Progredienzangst 64
C VI) Adhärenz 67
C VII) Iatrogene Problemlagen der Affektivität & des Verhaltens 69

Teil D: Risikofaktoren 72

D I) Rauchen 73
D II) Alkohol 75
D III) Ernährung 74
D IV) Bewegungsmangel 75
D V) Somatische Risikofaktoren 78

Teil E: Spezifische Problemlagen & Spezielle Aspekte 79

E I) Schlaf 80
E II) Fatigue 82
E III) Visuelle Belastbarkeit 88
E IV) Schmerz 90
E V) Mobilität & Stürze 92
E VI) Blasenfunktion 95
E VII) Stuhlkontinenz 97
E VIII) Chronischer Stress durch lang andauernde psychosoziale Belastungen 99
E IX) Weitere psychische Komorbidität 100
E X) Kraftfahreignung 102

Literatur 106

Anhang 111

Anhang 1: Abkürzungsverzeichnis 112
Anhang 2: PHQ-4 113
Anhang 3: SIMBO-C 114
Anhang 4: Einbezogene Leitlinien & Literatur 115

Anmerkung

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

Übersicht über die Inhalte

Problemlagen in der Rehabilitation von Patienten mit Schlaganfall, Idiopathischem Parkinson-Syndrom und Multipler Sklerose, die durch (neuro)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
I.I) Soziale Integration – Bezugspersonen I.II) Soziale Integration – Familie, Partnerschaft & Sexualität I.III) Soziale Integration – Aktivitäten II) Erwerbstätigkeit	I) Aufmerksamkeit II) Gedächtnis III) Exekutive Funktionen IV) Visuelle Wahrnehmung V) Kommunikation VI) Weitere Teilleistungsstörungen 6.1) Alexie 6.2 Apraxie 6.3) Akalkulie VI) Schwere neurokognitive Beeinträchtigungen	I) Depression & Angst II) Affektiv-motivationale Veränderungen, Verhalten & Persönlichkeit III) Stigma & Scham IV) Störungsbewusstsein V) Krankheitsbewältigung, Anpassungsreaktionen, Krisenbewältigung & Progredienzangst VI) Adhärenz VII) Iatrogene Problemlagen der Affektivität & des Verhaltens	I) Rauchen II) Alkohol III) Ernährung IV) Bewegungsmangel V) Somatische Risikofaktoren	I) Schlaf II) Fatigue III) Visuelle Belastbarkeit IV) Mobilität & Stürze V) Schmerz VI) Blasenfunktion VII) Stuhlkontinenz VIII) Chronischer Stress durch lang andauernde psychosoziale Belastungen IX) Weitere psychische Komorbidität X) Kraftfahreignung

Allgemeine Vorbemerkungen

Hintergrund und Ziele

Vorliegende Leitlinien der Fachgesellschaften oder die Reha-Therapiestandards der Deutschen Rentenversicherung schließen psychologische Interventionen explizit ein. Sie sind aber nicht differenziert genug, um praktisches psychologisches Handeln in der Rehabilitation im Einzelfall leiten zu können. Ziel der Projekte „*Psychologische Interventionen in der neurologischen Rehabilitation von Patienten mit Multipler Sklerose & Parkinson-Syndrom*“, „*Psychologische Interventionen in der Rehabilitation von PatientInnen mit Typ-2-Diabetes, onkologischen Erkrankungen (Mamma-, Prostata- oder Kolonkarzinom) oder Schlaganfall: Systematische Entwicklung von Praxisempfehlungen*“[1,2,3] sowie „*Psychologische Interventionen in der Rehabilitation von PatientInnen mit chronischen Rückenschmerzen und koronarer Herzerkrankung: Systematische Entwicklung von Praxisempfehlungen*“[4,5] (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 (Klinischen Neuro)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 mit Multipler Sklerose, Idiopathischem Parkinson-Syndrom oder nach Schlaganfall 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

[1]Reese et al., (2016_b); [2]Reese et al., (2016_a); [3]Kampling et al., (2016); [4]Reese et al., (2012_a); [5]Reese et al., (2012_b)

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 *Schlaganfall* 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 Auswertungen dieser Rückmeldungen wurden auch diese bei der finalen Konsentierung der Praxisempfehlungen durch die Experten berücksichtigt (Kampling et al., under review). Nach Veröffentlichung der Praxisempfehlungen Schlaganfall 2016 wurden 2017 bis 2018 spezifische Empfehlungen für Multiple Sklerose und idiopathisches Parkinson-Syndrom entwickelt. Das Vorgehen entsprach hierbei grundsätzlich dem bei der Entwicklung der Praxisempfehlungen Schlaganfall. Allerdings wurden die Empfehlungen zu Multipler Sklerose und idiopathischem Parkinson in die bereits bestehenden Empfehlungen zum Schlaganfall integriert. Das Ziel war dabei, Praxisempfehlungen für die neurologische Rehabilitation zu entwickeln, die alle drei Erkrankungen (Multiple Sklerose, idiopathisches Parkinson-Syndrom und Schlaganfall) adressieren.

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. Dabei können die hier abgebildeten Kann-, Soll- und Muss-Empfehlungen vom Leitlinien-Standard abweichen. Die Praxisempfehlungen bilden eine praxisorientierte Entscheidungshilfe für (neuro)psychologische Interventionen bei bestimmten Problemlagen.

Strukturelle Rahmenbedingungen

Geltungsbereich

Die Praxisempfehlungen sollen primär bei Rehabilitanden mit der Hauptdiagnose Multiple Sklerose, Idiopathisches Parkinson-Syndrom und 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) (Kampling 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. DRV, 2014).

Die Praxisempfehlungen 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 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 Psychotherapeuten (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, (Klinischer Neuro)Psychologe, 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 (Klinischer Neuro)Psychologe als Teamleiter eingesetzt werden, wenn z. B. kognitive Defizite oder psychotherapeutischer Behandlungsbedarf 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 für Patienten mit Multipler Sklerose, Idiopathischem Parkinson-Syndrom und 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 Handlungskompetenz 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 XI) erstellen. Dieser kann folgende Aspekte beinhalten:

- Medizinische Faktoren; ein Profil neurologischer/neuropsychologischer Defizite;
- Vorhandene Alltagsfähigkeiten („activities of daily living“ (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 teilhabeorientierter 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 am Beispiel Schlaganfall einen möglichen Ansatz zur individuellen Fallstrukturierung nach dem Modell der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), in den alle relevanten, routinemäßig erhobenen Informationen einfließen (dem *ICF - Praxisleitfaden 2* der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR, 2016) – Seite 18 entnommen).

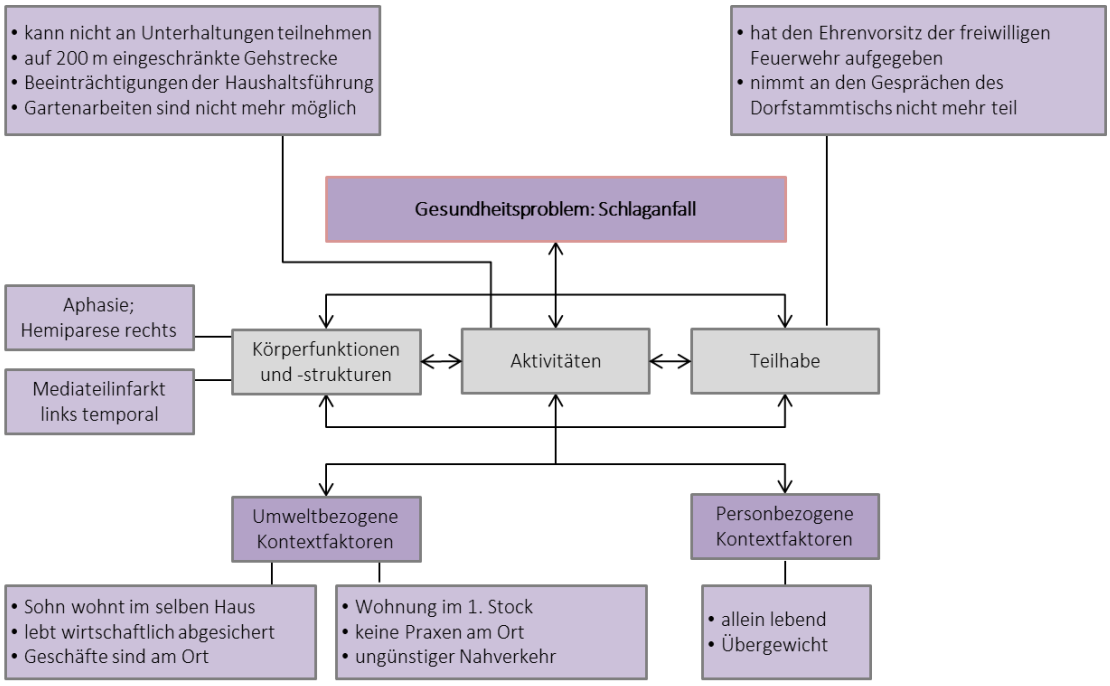

Abb. 1. Fallstrukturierung ICF-orientiert (+ Förderfaktoren/– Barrieren) (S. 18; BAR, 2016)

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. soziales Umfeld), individueller Vorerfahrungen und Vorlieben, subjektiver Krankheitsvorstellungen sowie Problemwahrnehmungen.
  - Begrenzung der Anzahl der Rehabilitations-Ziele auf maximal drei bis fünf.
  - Realistische Erreichbarkeit eines Zieles. Die Formulierung abgestufter Zielerreichungsgrade kann eine Anpassung des Schwierigkeitsgrades ermöglichen. [Hier ist es Bestandteil der Therapie, dass das interdisziplinäre Team gemeinsam mit dem Rehabilitand (mitunter auch der Bezugspersonen) zu realistischen Therapiezielen (Teilhabeziele, Aktivitätsziele, Funktionsziele) findet. 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 Körperfunktionen (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$_c$)[2]:

    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 anderen Rehabilitanden im Speisesaal“.

[2] „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$_c$). S1-Leitlinie Multiprofessionelle neurologische Rehabilitation, Seite 4.

- Patienten-Ziele: 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, 2008) 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 (neuro)psychologische 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

A

Die „Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit“ (ICF) definiert die Komponente *Partizipation* [Teilhabe] als das „Einbezogensein in eine Lebenssituation“ (DIMDI, 2005). Das Vorliegen von (neuro)psychologischen Beeinträchtigungen führt hier zu einer Benachteiligung der Rehabilitanden. 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 I) – Soziale Integration
  - Kapitel A I.I – Bezugspersonen
  - Kapitel A I.II – Familie, Partnerschaft & Sexualität
  - Kapitel A I.III – Aktivitäten
- Kapitel A II) – 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 I) Soziale Integration

A I.I) Soziale Integration – Bezugspersonen

A 1

Bei Bedarf und nach Rücksprache (wenn möglich) mit dem Rehabilitanden sollen Bezugspersonen der Rehabilitanden in den Beratungs- und 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 physischen 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 für Angehörige bzw. Bezugspersonen) hingewiesen werden.

A I.II) Soziale Integration – Familie, Partnerschaft & Sexualität

A 2 Familie & Partnerschaft

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

- Ängste (u. a. vor einem erneuten Schlaganfall oder weiterer Progredienz der Erkrankung);
- Depression;
- Rollenveränderungen (z. B. eine Umkehr der Eltern-Kind-Beziehung, der „Starke" muss Schwäche zeigen; die „Versorgende" bedarf Unterstützung, Rollenveränderungen innerhalb der Partnerschaft; Schuldgefühlen, u. a. den anderen zur Belastung zu werden);
- Überforderung auf Seiten der Familie/des Partners;
- Verlust/Minderung des Selbstwertgefühls auf Seiten des Rehabilitanden;
- Schuldgefühlen.

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

A 3 Partnerschaft & Sexualität

Diagnostik

Intimität und Sexualität soll bei allen Rehabilitanden (d. h. jeden Geschlechts) 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 einbezogen werden.

Thematisiert werden sollen

- Normale altersbedingte physiologische Veränderungen;
- Der Einfluss organischer Beeinträchtigungen und medikamentöser Einflüsse auf sexuelle Funktionen;
- Die Verknüpfung psychischer, sozialer (insbesondere partnerschaftlicher) und organischer Faktoren.

	Diagnostisch sollen Störungen des Sexualverhaltens und sexuelle Funktionsstörungen unterschieden werden. Bei Rehabilitanden mit idiopathischem Parkinson-Syndrom ist zu beachten, dass die Parkinson-Erkrankung selbst häufig zu u. a. einer Abnahme der Libido und zu Orgasmusstörungen führt und dass bei Männern erektile Dysfunktionen auftreten können. Vor allem die dopaminerge Medikamentenbehandlung und die *Tiefe Hirnstimulation* können auch zu einer gesteigerten Libido und Hypersexualität führen, woraus u. a. gehäufte Masturbation, Befriedigung über das Internet, die Inanspruchnahme von „Telefonsex" sowie Prostitution, und nicht zuletzt Partnerschaftskonflikte resultieren können (→ siehe hierzu Kapitel C VII) Iatrogene Problemlagen der Affektivität & des Verhaltens). Männliches Geschlecht, Erkrankungsbeginn in jüngerem Alter und die Dosis dopaminerger Medikamente stellen besondere Risikofaktoren dar. Anmerkung: Thematisiert und erwogen werden soll ggf. die enge Beziehung zwischen depressiven Störungen und sexuellen Störungen, die sich gegenseitig bedingen, aufrechterhalten oder verstärken können (u. a. auch der Zusammenhang zwischen antidepressiver medikamentöser Behandlung und einhergehende negative Einflüsse auf die Sexualität). *Therapie* Die Therapie sexueller Störungen soll sich stets an den Ursachen der Störung orientieren. Im Rahmen der Rehabilitation können daher • Ggf. Veränderung des Lebensstils und der Lebensgewohnheiten (z. B. Gewichtsreduktion, Reduktion oder Karenz von Nikotin und Alkohol) angeregt werden; • Entlastende oder beratende Gespräche zu den Themen Problembewusstsein, sexuelle Fehleinstellungen oder aktuelle Paarkonflikte angeboten werden; • Psychotherapeutische Interventionen (Einzel- und Paartherapie) angeboten werden (z. B. kognitive Therapie von Depressionen, bei denen Libido- und Erektionsstörungen Teil eines Symptomkomplexes sein können). Für eine gezielte Therapie soll ggf. der Einbezug erfahrener Sexualtherapeuten in die Nachsorge empfohlen werden. Orientierend kann die *S1-Leitlinie Diagnostik und Therapie erektiler Dysfunktionen* (DGN; 2018_a) herangezogen werden.
A 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. Schambesetzter Themen zu erleichtern und zu unterstützen. Es können hier Sprachtherapeuten unterstützen.
A 5	CAVE: Kultursensitive Inhalte müssen vor dem individuellen kulturellen Hintergrund in angemessener Form in Kontakt und Gespräch Eingang finden (u. a. Geschlechterpassung [Patientin-Behandlerin oder Patient-Behandler], Tabus, Scham).

Spezifische Empfehlungen – Multiple Sklerose	
A 6	Der Beginn der MS fällt zumeist in eine sexuell sehr aktive Lebensspanne. Partnerschaft und Sexualität sollen daher unbedingt aktiv angesprochen werden, um mögliche Konflikte und Störungen thematisieren zu können. *Diagnostisch* sollen eine ausführliche neurologische, psychologische und sexualitätsbezogene Anamnese erfolgen. *Therapeutisch* sollen beratend psychosoziale Partnerschaftsprobleme adressiert werden. Weiter kann eine Psychotherapie in der Nachsorge der Rehabilitanden empfohlen werden, mit dem Ziel, • die Zufriedenheit mit dem eigenen Sexualleben zu verbessern, • eine bessere problembezogene Kommunikation mit dem Partner zu erreichen, • Fähigkeiten zu vermitteln, Probleme mit Bezug auf das Sexualleben besser wahrzunehmen, auszusprechen und zu lösen.
A 7	Bei Rehabilitanden mit MS und bestehendem Kinderwunsch soll dieser von einem Arzt thematisiert werden. Dabei soll darüber aufgeklärt werden, dass nach aktuellem Kenntnisstand • die Fertilität von Männern und Frauen mit MS per se nicht eingeschränkt ist und dass auch die immunmodulatorischen Therapien (im Gegensatz zu immunsuppressiven Behandlungen) keine Einschränkungen der Fertilität bedingen; • dass manche immunmodulatorischen Medikamente den Fetus gefährden können und in enger Absprache mit dem Arzt abgesetzt/umgestellt werden sollten; • eine Schwangerschaft sich nicht negativ auf die Progredienz der Erkrankung bzw. Behinderung auswirkt; • auch für die Stillzeit Risiken/Nebenwirkungen immunmodulatorischer Therapien sorgfältig abgewogen werden müssen; • i. d. R. die Schubrate während der Schwangerschaft abnimmt; • die Schwangerschaftsverläufe von Frauen mit MS und gesunden Frauen per se ähnlich sind und sich daher keine Einschränkungen für die Geburt und das Stillen ergeben sollten; • in den ersten sechs Monaten nach der Entbindung i. d. R. ein signifikanter Schubanstieg erfolgt; • reproduktionsmedizinische Behandlungen Schübe auslösen können; während Rehabilitanden hierüber aufgeklärt werden sollen, gilt ein generelles Abraten von dieser Behandlung als nicht gerechtfertigt.
A 8	Orientierend kann der Ratgeber *Sexualität und Schwangerschaft bei Multipler Sklerose* (Hellwig, 2011) herangezogen werden.

A I.III) Soziale Integration – Aktivitäten

Allgemeines

A 9 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.

Hinweis zu Impulskontrollstörungen, insbesondere bei Rehabilitanden mit Idiopathischem Parkinson-Syndrom: Im Klinikalltag zeigen sich immer wieder Patienten, die handwerkliche und künstlerische Aktivitäten teilweise auch unkontrolliert und nächtelang ausführen. Daher soll die Vermittlung von Fertigkeiten immer auch Komponenten der Eigenstrukturierung, Grenzsetzung und der Einhaltung von Absprachen beinhalten. [Siehe hierzu auch → Kapitel C II) Affektiv-motivationale Veränderungen, Verhalten & Persönlichkeit sowie → Kapitel C VII) Iatrogene Problemlagen der Affektivität & des Verhaltens – Punding)]

A 10 Es können künstlerische Therapien (Musiktherapie, Tanztherapie, Kunsttherapie oder Theatertherapie) erwogen werden. Dabei sollen diese, soweit mit den gesetzten Therapiezielen vereinbar, auch auf die Aktivierung von Ressourcen fokussieren, um so die soziale Teilhabe zu fördern.

Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL)

A 11 Bei Einschränkungen im Bereich Aktivitäten des täglichen Lebens soll das interdisziplinäre Team den Rehabilitanden 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	
A 12	Die Rehabilitanden sollen nach ihren Interessen und Aktivitäten (ggf. vor der Erkrankung) 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. Ggf. sollte die Aufnahme neuer fähigkeitsadaptierter Aktivitäten unterstützt werden. 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 13	Um Aktivitäten zu fördern, die motorische Fertigkeiten voraussetzen, können individualisiert von den Rehabilitanden präferierte Hilfsmittel und Kompensationsstrategien sowie bei Rehabilitanden mit Idiopathischem Parkinson-Syndrom externe Cues Anwendung finden. Interdisziplinäre Interventionen sollen gezielt darauf abgestimmt sein (Freizeit)Aktivitäten (wieder) aufzubauen; dabei soll besonders darauf geachtet werden, dass Rehabilitanden mit Idiopathischem Parkinson-Syndrom einen Teil ihrer (verringerten) Energie darauf verwenden, an angenehmen, sozialen und erholsamen Aktivitäten teilzunehmen. Interdisziplinäre Interventionen können den Einbezug von Technologien (z. B. PC, Smartphone, Tablet, etc.) als alternative oder ergänzende Formen der Entspannung, Unterhaltung und Kommunikation anregen. [Hinweis: Technische Hilfen sollten dabei nach Möglichkeit erprobt werden, um Fehlkäufen und Frustration vorzubeugen und die Akzeptanz für die technische Hilfe zu erhöhen].

A II) Erwerbstätigkeit

Diagnostik

A 14	Der Arzt/(Klinische Neuro)Psychologe soll bei allen dafür in Frage kommenden Rehabilitanden die subjektive Erwerbsprognose sowie den Bedarf an medizinisch-beruflich-orientierten Maßnahmen erfassen. Hierzu kann als Screening-Instrument der SIMBO-C (→ siehe Anhang 3) Anwendung finden. Ergänzung: → siehe auch *http://www.medizinisch-berufliche-orientierung.de/bausteine/diagnostische_instrumente/*; Zugriff: Januar 2018).
A 15	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 oder mit Einverständnis des Rehabilitanden durch Vorbefunde/Vorbeobachtungen vom Betriebsarzt unterstützt werden.
A 16	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. Zudem soll eine Evaluation des Arbeitsumfeldes und der arbeitsplatzbezogenen Kontextfaktoren, die für den Erhalt des Arbeitsplatzes wesentlich sind, erfolgen. ➢ 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

A 17	Bei besonderen beruflichen Problemlagen nach Möglichkeit • Berufsbezogenes Beratungsangebot, • Einbezug des Sozialdienstes, • Gegebenenfalls kann eine erneute Rehabilitation erwogen werden sowie

	• medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR)/medizinisch-berufliche Rehabilitation – Phase II.
A 18	Rehabilitanden sollen gezielt Zugang zu berufstherapeutischen, (neuro)psychologischen, pädagogischen, ergotherapeutischen, physiotherapeutischen, logopädischen und anderen geeigneten Maßnahmen erhalten, die einen Erhalt der Arbeitsfähigkeit unterstützen können.
A 19	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. 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/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.
Spezifische Empfehlungen – Idiopathisches Parkinson-Syndrom	
A 20	Rehabilitanden mit Idiopathischem Parkinson-Syndrom und plötzlich einsetzendem Schlaf (Schlafanfälle) sollen auf Risiken besonders im Straßenverkehr und am Arbeitsplatz hin-gewiesen werden und umgehend ärztlich klären, ob Änderungen der Medikation sinnvoll bzw. erforderlich sind.

Anmerkungen	
A 21	CAVE: Bei Rehabilitanden mit Fatigue/Fatigability (vergleiche auch Kapitel E II) Fatigue) ist bisher noch nicht eindeutig geklärt, welcher Faktor für die Prognose des beruflichen Leistungsvermögens als wichtiger zu erachten ist: Die subjektive Wahrnehmung des Patienten (Fatigue) oder die objektivierbare Erschöpfbarkeit (Fatigability) (vgl. Claros-Salinas 2017 eingereicht).
A 22	Die folgenden Bereiche sollen im Rahmen einer Überprüfung der Erwerbstätigkeit stets Beachtung finden: ➢ Kognitive Beeinträchtigungen → siehe Teil B), insbesondere auch Kapitel B V) Kommunikationsstörungen ➢ Weitere Teilleistungsstörungen – Akalkulie → siehe Kapitel B VI) ➢ Affektiv-motivationale Veränderungen, Verhalten & Persönlichkeit → siehe Kapitel C II) ➢ Störungsbewusstsein → siehe Kapitel C IV) ➢ Fatigue → siehe Kapitel E II)

Teil B: Kognition

B

Teil B umfasst Empfehlungen für die folgenden Bereiche kognitiver Beeinträchtigungen:

- Kapitel B I) – Aufmerksamkeit
- Kapitel B II) – Gedächtnis
- Kapitel B III) – Exekutive Funktionen
- Kapitel B IV) – Visuelle Wahrnehmung und Raumkognition
- Kapitel B V) – Kommunikation
- Kapitel B VI) – Weitere Teilleistungsstörungen (Alexie/Agraphie, Apraxie/Akalkulie)
- Kapitel B VII) – Schwere neurokognitive Beeinträchtigungen

Diagnostik

B 1 **Allgemeine diagnostische Voraussetzungen und Vorgehensweisen, die für den gesamten Teil B gelten sollen:**

Der (Klinische Neuro)Psychologe soll bei vorliegenden kognitiven Beeinträchtigungen eine 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 (→ siehe Kapitel C IV).
- Der (Klinische Neuro)Psychologe soll Aspekte erfassen, die die Funktionsfähigkeit beeinflussen können, z. B. Schmerz (→ siehe Kapitel E IV), Schlaf (→ siehe Kapitel E I), Fatigue (→ siehe Kapitel E II), Störungsbewusstsein (→ siehe Kapitel C IV) oder Adhärenz (→ siehe Kapitel C VI).
- Der (Klinische Neuro)Psychologe soll differentialdiagnostisch alle kognitiv relevanten Beeinträchtigungen abklären (z. B. Wahrnehmung, Sprache, Aufmerksamkeit, Gedächtnis, Exekutive Dysfunktionen) (→ siehe Kapitel B I) bis B VII).
- Der (Klinische Neuro)Psychologe soll differentialdiagnostisch Depression (→ siehe Kapitel C I), affektiv-motivationale Störungen und/oder Verhaltensveränderungen (z. B. Antriebsminderung, perseveratorisches Verhalten) (→ siehe Kapitel C II) erfassen.

- Ein Mitglied des interdisziplinären Teams (i. d. R. Ergotherapie) soll Alltagsanforderungen und Alltagsleistungen erfragen und beobachten, 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

B 2 **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;
- Belastbarkeit;
- Sonstige Aspekte.

Es soll immer eine Teilnahme an gruppentherapeutischen Maßnahmen erwogen werden. Der Therapiefortschritt soll überwacht und an den Rehabilitanden zurückgemeldet werden. Die Durchführung der neuropsychologischen Diagnostik soll sich an den individuellen Zielsetzungen (nach Möglichkeit auch den Ressourcen) des Rehabilitanden orientieren und störungsspezifisch sein.

Rehabilitanden und Bezugspersonen sollen über die Ursachen und den Umgang mit kognitiven Einschränkungen unterrichtet werden.

Weiter soll eine begleitende psychotherapeutische Behandlung erwogen werden, um bestehende kognitiven Einschränkungen und deren Konsequenzen besser bewältigen zu können.

Spezifische Empfehlungen – Multiple Sklerose	
B 3	Rehabilitanden mit Multipler Sklerose sollen darüber informiert werden, dass ein erneuter Schub sich kurzfristig auf die kognitive Leistungsfähigkeit auswirken kann.

Nachsorge

B 4

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.

Anmerkungen

B 5

Bei vorliegenden kognitiven Einschränkungen sollen ergänzend und differentialdiagnostisch immer auch die folgenden Aspekte erwogen werden. :

- Depression
  → siehe Kapitel C I)
- Störungsbewusstsein
  → siehe Kapitel C IV)
- Krankheitsbewältigung, Anpassungsreaktionen, Krisenbewältigung & Progredienzangst
  → siehe Kapitel C V)
- Fatigue
  → siehe Kapitel E II)

B I) Aufmerksamkeit

Diagnostik

B 6

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.

B 7

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 kein auffälliger Neglect vorliegt.

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

Spezifische Empfehlungen – Multiple Sklerose

B 8

Insbesondere zu Beginn der Erkrankung ergeben sich bei der Multiplen Sklerose oft kognitive Verlangsamungen und eine erhöhte Reaktionsvariabilität. Während die Leistungsgüte häufig zunächst erhalten bleibt, sollte daher unbedingt ein Test zur Reaktionszeiterfassung erfolgen. Dabei erscheint die Verlangsamung von den einzelnen Unterfunktionen der Aufmerksamkeitsleistung relativ unabhängig.

B 9	*Überprüfung der Aufmerksamkeitsleistung im Rahmen einer Fatigue* Zu Beginn und zum Abschluss einer vollständigen neuropsychologischen Untersuchung (d. h. nach mehrstündiger kognitiver Belastung) sollen Rehabilitanden mit Multipler Sklerose einfache Reaktionsaufgaben (Tests zur Messung der „intrinsischen“, d.h. selbstgesteuerten Alertness) bearbeiten, um Ermüdungseffekte zu untersuchen. [Einfache Reaktionszeitmessungen erweisen sich als sensibel für eine Quantifizierung der Ermüdbarkeit bei Rehabilitanden mit Fatigue-Syndrom.]

Therapie

B 10	**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 und die Aufgabenkomplexität reduziert und strikte Pausenzeiten eingehalten werden.

Anmerkungen

B 11

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

- Erwerbstätigkeit
  → siehe Kapitel A II)
- Schwere neurokognitive Beeinträchtigungen
  → siehe Kapitel B VII)
- Fatigue
  → siehe Kapitel E II)
- Kraftfahreignung
  → siehe Kapitel E X)

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

[Hinweis: Die *Leitlinie Diagnostik und Therapie von Aufmerksamkeitsstörungen bei neurologischen Erkrankungen* befindet sich aktuell in der Überarbeitung]

B II) Gedächtnis

Diagnostik

B 12

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 Dienzephalon, 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 Anamnesegespräches 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.

Spezifische Empfehlungen – Multiple Sklerose

B 13

Bei Rehabilitanden mit Multipler Sklerose sollen Gedächtnisprobleme gezielt erfragt werden, da diese häufig von den Rehabilitanden nicht mit der Erkrankung in Verbindung und daher kaum spontan berichtet werden.

Therapie

B 14

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

B 15

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

- Soziale Integration – Aktivitäten
  → siehe Kapitel A I.III)
- Erwerbstätigkeit
  → siehe Kapitel A II)
- Schwere neurokognitive Beeinträchtigungen
  → siehe Kapitel B VII)

B 16

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

[Hinweis: Die *S2e-Leitlinie Diagnostik und Therapie von Gedächtnisstörungen* befindet sich aktuell in der Überarbeitung]

B III) Exekutive Funktionen

Diagnostik

B 17

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.

B 18

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 (wenn örtlich verfügbar i. d. R. durch 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.

Hinweis: In strukturierten Tests können sich bestehende exekutive Störungen als relativ unauffällig darstellen und sich erst durch Verhaltensauffälligkeiten im Alltag abbilden.

Therapie

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

B 19

Vorgehen bei Rehabilitanden mit primär kognitiven Defiziten → Das Ziel stellt eine Verbesserung kognitiver Defizite dar:

- 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.

B 20

Vorgehen bei Rehabilitanden mit (exekutiven*)* Verhaltensauffälligkeiten im Vordergrund → Das Ziel stellt eine Veränderung des Verhaltens dar:

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).

Hinweis: Bei Rehabilitanden mit Multipler Sklerose und Idiopathischem Parkinson-Syndrom sollte auf Verhaltensauffälligkeiten geachtet werden. Siehe hierzu auch → Kapitel C II) Affektiv-motivationale Veränderungen, Verhalten & Persönlichkeit
Weiter sollte ggf. eine weiterführende ambulante neuropsychologische Behandlung empfohlen werden.

Anmerkungen	
B 21	Exekutive Dysfunktionen gehen mit einer Reihe weiterer Beeinträchtigungen einher. Sie betreffen die folgenden Aspekte: ➢ Soziale Integration – Aktivitäten → siehe Kapitel A I.III) ➢ Erwerbstätigkeit → siehe Kapitel A II) ➢ Affektiv-motivationale Veränderungen, Verhalten & Persönlichkeit → siehe Kapitel C II)
B 22	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. [Hinweis: Die *S2e-Leitlinie Diagnostik und Therapie von exekutiven Dysfunktionen bei neurologischen Erkrankungen* befindet sich aktuell in der Überarbeitung]

B IV) Visuelle Wahrnehmung & Raumkognition

Die visuelle Wahrnehmung kann durch ophthalmologische Störungen, durch Okulomotorikstörungen, durch Störungen des Sehnerven oder der kortikalen Verarbeitung visueller Wahrnehmung gestört sein.

Unter Störungen der Raumkognition werden Störungen der visuellen Lokalisation, Verschiebung der visuellen Raumachsen und der subjektiven Mitte, der Tiefenwahrnehmung, der visuellen Orientierung und visuokonstruktive Störungen verstanden. Neglect und Gesichtsfeldausfälle werden ebenfalls in diesem Kapitel eingeordnet.

Diagnostik

B 23

Zur differentialdiagnostischen Einordnung sollen ärztlich die Sehschärfe, das Gesichtsfeld (ggf. mit PC-gestützten Verfahren, Perimetrie), das Farbsehen und die Okulomotorik beurteilt werden.

Darüber hinaus sollen hypothesengeleitet folgende Funktionen untersucht werden (z. B. durch den (Klinischen Neuro)Psychologen, Orthoptisten oder speziell geschulte Ergotherapeuten): Lokalisation, Längen- und Distanzschätzung, Visuelle Hauptraumachsen, Mentale Operationen (z. B. räumliche Rotation), Positionswahrnehmung bzw. visuell räumliche Orientierung.

CAVE: Ergänzend soll immer auch das Vorliegen einer möglichen visuelle Minderbelastbarkeit, insbesondere eines Nystagmus, visueller Ermüdbarkeit und einer Sehschärfeminderung, beachtet werden [siehe hierzu auch → Kapitel E III) Visuelle Belastbarkeit und → Kapitel E II) Fatigue „Einschränkungen des Sehvermögens oder Missempfindungen nach Belastung“]

Spezifische Empfehlungen – Schlaganfall

B 24

Das gesamte interdisziplinäre Team soll bei Rehabilitanden nach Schlaganfall 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 das Vorliegen eines Neglects mit geeigneten Verfahren (Such- und Durchstreichaufgaben sowie PC-gestützten Verfahren) verifizieren.

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

Hinweis: Besondere Beachtung sollte beim Vorliegen eines Neglects eine meist inadäquate Störungswahrnehmung finden, bei der das Ausmaß der Beeinträchtigung nicht bzw. kaum wahrgenommen und dementsprechend kein Leidensdruck verspürt wird.

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.

B 25

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

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

Spezifische Empfehlungen – Schlaganfall

B 26

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

1) Aktives 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 alltagnahe 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

B 27

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

- Soziale Integration – Aktivitäten
  → siehe Kapitel A I.III)
- Erwerbstätigkeit
  → siehe Kapitel A II)
- Störungsbewusstsein
  → siehe Kapitel C IV)
- Fatigue
  → siehe Kapitel E II)
- Visuelle Belastbarkeit
  → siehe Kapitel E III)
- Kraftfahreignung
  → siehe Kapitel E X)

B 28

Für weiterführende Informationen sei auf die *DEGAM-Leitlinie Nr. 8: Schlaganfall* (DEGAM, 2012), *S1 Leitlinie – Rehabilitation bei Störungen der Raumkognition* (DGN, 2017$_a$) sowie *Leitlinien der Gesellschaft für Neuropsychologie (GNP) für neuropsychologische Diagnostik und Therapie* (GNP, 2005) verwiesen. Zudem bietet Kerkhoff (2006) eine Übersicht zu verschiedenen Testverfahren.

[Hinweis: Die DEGAM-Leitlinie befindet sich aktuell in der Überarbeitung]

B V) Kommunikation

B 29	Alle Mitglieder des therapeutischen Teams, die regelmäßig Kontakt zu Rehabilitanden mit Sprach- oder Sprechstörungen haben, sollen im Umgang mit diesen Rehabilitanden geschult sein.
B 30	Bei Rehabilitanden mit Sprach- und Sprechstörungen 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 (hier können auch technische Hilfsmittel Anwendung finden, z. B. Einsatz technischer, PC-gesteuerter Hilfsmittel).
B 31	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 I) 2) Bei Hinweisen auf Beeinträchtigungen der Krankheitsbewältigung & Anpassungsreaktionen → siehe Kapitel C V) 3) Bei Hinweisen auf affektiv-motivationale Veränderungen/Veränderungen des Verhaltens oder der Persönlichkeit → siehe Kapitel C II)

Diagnostik

B 32	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 sprachsystematischen Ebenen (ggf. ergänzend psycholinguistische Bereiche) der Kommunikation mittels partizipationsorientierter Verfahren. Die Nutzung von Technologien und 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 IV) abklären.

Therapie

B 33 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:

B 34 Bei pragmatischen Beeinträchtigungen soll eine Orientierung an Methoden zur Therapie von Verhaltensstörungen (→ siehe Kapitel C II & C IV) erfolgen:

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

B 35 Bei Defiziten des Textverstehens und der Textproduktion soll eine Orientierung an Methoden zur Therapie von exekutiven Dysfunktionen (→ siehe Kapitel B III) 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.

B 36 Bei unverständlicher Artikulierung der Sprache und des Sprechens sowie einer unzureichender Stimmstärke sollen Fertigkeiten zur Verbesserung der Verständlichkeit vermittelt und ggf. der Einbezug digitaler Assistenzsysteme (z. B. Augensteuerung, Sprachausgabe) erwogen werden. Ein Sprachtherapeut sollte hier einbezogen werden. Auch künstlerische Therapien (Musiktherapie, Tanztherapie, Kunsttherapie oder Theatertherapie) können dabei unterstützen, eine Verbesserung der Sprache zu erreichen.

Anmerkungen

B 37 Kommunikationsstörungen gehen mit einer Reihe weiterer Beeinträchtigungen und Folgen einher. Sie betreffen die folgenden Aspekte:

- Soziale Integration
  → siehe Kapitel A I)
- Erwerbstätigkeit
  → siehe Kapitel A II)
- Aufmerksamkeit
  → siehe Kapitel B I)
- Gedächtnis
  → siehe Kapitel B II)
- Exekutive Funktionen
  → siehe Kapitel B III)
- Schwere neurokognitive Beeinträchtigungen
  → siehe Kapitel B VII)
- Störungsbewusstsein
  → siehe Kapitel C IV)

B 38 Für weiterführende Informationen sei auf die folgenden Leitlinien verwiesen: *S1-Leitlinie – Rehabilitation aphasischer Störungen nach Schlaganfall* (DGN, 2012_d), *Leitlinien der Gesellschaft für Neuropsychologie (GNP) für neuropsychologische Diagnostik und Therapie* (GNP, 2005), *S1-Leitlinie Neurogene Sprechstörungen (Dysarthrien)* (DGN, 2018_b).

Zudem bieten Huber et al. (2006) eine detaillierte Übersicht zu *Klinik und Rehabilitation der Aphasie*.

[Hinweis: Die *S1-Leitlinie – Rehabilitation aphasischer Störungen nach Schlaganfall* befindet sich aktuell in der Überarbeitung]

B VI) Weitere Teilleistungsstörungen

Spezifische Empfehlungen – Schlaganfall

B 39

Die weiteren Teilleistungsstörungen nach einem Schlaganfall umfassen:

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

   Diagnostik:
   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 I), das sprachliche und nicht-sprachliche Arbeitsgedächtnis (→ siehe Kapitel B II), exekutive Funktionen (→ siehe Kapitel B III) sowie die Fertigkeit zum Lesen und Schreiben (→ siehe Kapitel B V) orientierend abklären.

   Therapie:
   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.

B 40

Orientierend kann die *S3-Leitlinie: Diagnostik und Behandlung der Rechenstörung* (DGKJP, 2018) herangezogen werden.

B VII) Schwere neurokognitive Beeinträchtigungen

Diagnostik

B 41

Im Vorfeld der diagnostischen Abklärung sollte die Vorgeschichte des Patienten genau exploriert werden, um so mögliche andere Erklärungen für die Beschwerden ausschließen zu können (z. B. Spätfolgen einer chemotherapeutischen Behandlung, eine akute Infektion, toxische Encephalopathie, Flüssigkeitsmangel).

Die folgenden diagnostischen Angaben orientieren sich am Diagnostischen und Statistischen Manual Psychischer Störungen DSM-5 (für weitere Details siehe APA, 2014):

Kommt es einer erheblichen Abnahme der kognitiven Leistungsfähigkeit in verschiedenen kognitiven Bereichen (u. a. Aufmerksamkeit, Gedächtnis, exekutive Funktionen, Kommunikation), soll das Vorliegen einer schweren neurokognitiven Beeinträchtigung überprüft werden. Eine solche Abnahme kann durch die Wahrnehmung des Patienten, einer fachkundigen Bezugsperson oder eines Therapeuten erfasst werden. Zusätzlich sollte jedoch eine (standardisierte) neuropsychologische Testung bzw. eine qualifizierte klinische Bewertung erfolgen. Für die Diagnosestellung einer schweren neurokognitiven Beeinträchtigung müssen diese die Verrichtung von Alltagsaktivitäten beeinträchtigen.

Differentialdiagnostisch sollten immer das Vorliegen eines Delirs (frühere Bezeichnung: „Durchgangssyndrom“; ICD-10: F09) oder einer anderen psychischen Störung, insbesondere einer depressiven Störung (→siehe Kapitel C I) Depression & Angst), abgeklärt werden.

Weiter sollte eine ätiologische Einordnung der neurokognitiven Beeinträchtigungen erfolgen, insbesondere die Zuordnung zu einer spezifischen Demenzerkrankung. Ergänzend ist festzuhalten, ob zudem Verhaltensstörungen vorliegen oder nicht.

Nachsorge

B 42

Nachsorge-Empfehlung im Entlassungsbericht:

Bei Patienten mit unmittelbar zurückliegendem Schlaganfall sollte die Erstdiagnose einer Demenz nur unter Vorbehalt vergeben werden (Ausnahme detaillierte Abklärung der Vorgeschichte). Bei Verdacht auf das Vorliegen einer Demenz sollte im Entlassungsbericht die Empfehlung erfolgen, die Diagnose nach sechs Monaten noch einmal ambulant zu verifizieren.

Anmerkungen	
B 43	Beim Vorliegen einer schweren neurokognitiven Beeinträchtigung sollten immer auch die folgenden Bereiche Beachtung finden: ➢ Gedächtnis → Kapitel B II) ➢ Exekutive Funktionen → Kapitel B III) ➢ Depression & Angst → Kapitel C I) ➢ Affektiv-motivationale Veränderungen, Verhalten und Persönlichkeit → Kapitel C II) ➢ Störungsbewusstsein → Kapitel C IV) ➢ Krankheitsbewältigung, Anpassungsreaktionen, Krisenbewältigung & Progredienzangst → Kapitel C V) ➢ Kraftfahreignung → Kapitel E X)
B 44	Orientierend kann die *S3-Leitlinie Demenzen* (DGN, 2016) herangezogen werden.

Teil C: Affektivität & Verhalten

C

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

- Kapitel C I) – Depression & Angst
- Kapitel C II) – Affektiv-motivationale Veränderungen, Verhalten & Persönlichkeit
- Kapitel C III) – Stigma & Scham
- Kapitel C IV) – Störungsbewusstsein
- Kapitel C V) – Krankheitsbewältigung, Anpassungsreaktionen, Krisenbewältigung & Progredienzangst
- Kapitel C VI) – Adhärenz
- Kapitel C VII) – Iatrogene Problemlagen der Affektivität und des Verhaltens

C I) Depression[3] & Angst

C 1	CAVE: Bei Verdacht auf eine depressive Symptomatik muss eine Abklärung der Suizidalität erfolgen.
C 2	Gesprächsbasierte, problemlöse-orientierte und motivierende Therapieansätze können angewandt werden, um den Rehabilitations-Erfolg zu steigern und Depression und/oder Ängste präventiv zu verhindern.
C 3	Im Rahmen der einrichtungsspezifischen Möglichkeiten soll den Rehabilitanden angeboten werden, kunst-, musik-, tanz-, bewegungs- und theatertherapeutische Angebote wahrzunehmen, da diese sich positiv (auch präventiv) auf die Stimmung auswirken können.

Diagnostik

C 4 Erfassung von Hinweisen auf das Vorliegen einer Depression oder von Angst-Symptomen:

1) Im Aufnahmegespräch: Alle Rehabilitanden sollen durch den Arzt mittels geeigneter Screening-Fragen auf Depression und Angst-Symptome gescreent werden. Hierfür können beispielsweise die Screening-Fragen aus dem lizenzfreien PHQ-4 (siehe Anhang 2) 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.

Hinweis: Bei Rehabilitanden mit Idiopathischem Parkinson-Syndrom oder Schlaganfall ist es nur schwer möglich, eine leichte depressive Episode zu diagnostizieren, da die somatischen Symptome der Depression sich mit denen des Idiopathischen Parkinson-Syndroms oder Schlaganfalls überschneiden können.

[3] 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“

	CAVE: Bei Rehabilitanden mit Multipler Sklerose oder Idiopathischem Parkinson-Syndrom sollten Ergebnisse gängiger Depressionsskalen u. a. aufgrund der Abfrage somatischer Items mit Vorsicht interpretiert werden.
C 5	Wenn es Hinweise auf Depression und/oder Angst-Symptome gibt, soll folgendermaßen vorgegangen werden: • Entscheidung durch den Arzt oder den (Klinischen Neuro)Psychologen, ob die Indikation für eine weiterführende Diagnostik und/oder psychologische (Einzel-) Intervention gegeben ist; • Thematisierung in der interdisziplinären Teambesprechung und in der Visite; • Verlaufsbeobachtung durch das gesamte Team. CAVE: Bei Verdacht auf eine depressive Symptomatik muss eine Abklärung der Suizidalität erfolgen. 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.
C 6	Hinweis: Bei der Diagnosestellung einer depressiven Störung müssen diagnostisch relevante kognitive (z. B. Konzentrationsschwierigkeiten) und somatische Symptome sehr zurückhaltend der depressiven Symptomatik zugeordnet werden; es sollten affektive Komponenten im Vordergrund stehen. Hier können mit Einverständnis des Patienten ggf. die Bezugspersonen ergänzende relevante Informationen liefern.

Therapie

C 7	Bei positiver Diagnostik sollen folgende Maßnahmen erfolgen: • Einleitung einer evidenzbasierten (psychotherapeutischen und pharmakologischen) 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). • Beim Vorliegen einer depressiven Symptomatik können ergänzend achtsamkeitsbasierte Verfahren, Selbstwirksamkeitstrainings, Stressbewältigungsangebote und künstlerische Therapien (Musiktherapie, Tanztherapie, Kunsttherapie oder Theatertherapie) Anwendung finden.

- Beim Vorliegen einer Angstsymptomatik können ergänzend Angstbewältigungsinterventionen, Entspannungsverfahren sowie und künstlerische Therapien (Musiktherapie, Tanztherapie, Kunsttherapie oder Theatertherapie) Anwendung finden.
- 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 Empfehlungen C 8).

Verlaufskontrolle & Nachsorge

C 8

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 → siehe Anhang 2) 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:

- Motivierung des Rehabilitanden für eine weiterführende Therapie.
- 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 Angst-Symptomatik im Entlassungsbericht.
- Es soll eine Nachsorge-Empfehlung im Entlassungsbericht erfolgen.

C 9

Nachsorge-Empfehlung im Entlassungsbericht:

- Empfehlung einer ambulanten Psychotherapie, wenn möglich bei einem Psychotherapeuten mit Weiterbildung zum klinischen Neuropsychologen oder bei einem Psychotherapeuten mit einem Facharzt für Neurologie.
- Regelmäßige Kontrolle (Monitoring) der depressiven Symptomatik bzw. der Angst-Symptomatik durch den Hausarzt bzw. bei mittelschwerer und schwerer Symptomatik auch durch einen Facharzt für Psychiatrie.
- Es sollen ggf. Selbsthilfegruppen empfohlen werden.

Anmerkungen	
C 10	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 (in ausgeprägter form im Sinne einer Pseudodemenz).
C 11	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 V)
C 12	Orientierend kann die *S3-Leitlinie/Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression* (DGPPN, 2017) herangezogen werden.
C 13	Bei der Behandlung von Depressions- und Angst-Symptomen sollen immer auch die folgenden Bereiche Beachtung finden: ➢ Teil B: Kognition → siehe Kapitel B I) bis B VII) ➢ Störungsbewusstsein → siehe Kapitel C IV) ➢ Adhärenz → siehe Kapitel C VI)

C II) Affektiv-motivationale Veränderungen, Verhalten & Persönlichkeit

Diagnostik

C 14

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 und gesteigerter Sprechantrieb);
- Impulskontrolle (Aggressivität, Gereiztheit und Suchtverhalten);

  → Idiopathisches Parkinson-Syndrom insbesondere Spielsucht, Kaufsucht, Sexsucht und Esssucht

  [→ siehe auch Kapitel C VII) Iatrogene Problemlagen der Affektivität & des Verhaltens]
- Emotionale Stabilität (emotionale Instabilität (emotionalism));
- Stimmung (euphorische sowie submanische Stimmungen);
- Empathie (soziale Wahrnehmung);
- Antrieb;
- Apathie bzw. vermeintliche Antriebsstörung (insbesondere bei Patienten mit Idiopathischem Parkinson-Syndrom) (Hinweis: Differentialdiagnostisch sollte bei Apathie hier immer auch eine Abklärung einer depressiven Symptomatik erfolgen sowie bei Patienten mit MS eine Fatigue-Symptomatik);
- Depression und Angst (→ siehe auch Kapitel C I).

Hinweis: Bei Bedarf soll das gesamte interdisziplinäre Team darin geschult werden, Verhaltensauffälligkeiten wahrzunehmen und als solche einzuordnen sowie mit diesem umzugehen.

C 15

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 hirnorganischen 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 prämorbiden Ausgangsbasis erforderlich.

C 16

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 prämorbider Persönlichkeitsstörungen auszuschließen.

Verhaltensstörungen 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

C 17

Folgende Vorgehensweisen können Anwendung finden:

- Thematisierung in der interdisziplinären Teambesprechung und in der Visite sowie gegebenenfalls Einleitung einer evidenzbasierten Behandlung entsprechend der Störung.
- In Abhängigkeit vom Ausmaß der Auffälligkeiten psychotherapeutisches oder psychologisches 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:
  - Nutzung von Ressourcen;
  - Stärkung adaptiver Coping-Strategien;
  - Entwicklung neuer Bewältigungsformen;
  - Verhaltensmodifikation;
  - Selbstmodifikation (Selbstmanagement);
  - CAVE: Eine Adaption der genannten Verfahren an die kognitive Leistungsfähigkeit ist dringend erforderlich.
- CAVE: Ein häufig fehlendes Störungsbewusstsein (Awareness) muss beim therapeutischen Vorgehen immer Beachtung finden.
- Ergänzend können achtsamkeitsbasierte Verfahren, Emotionsregulations- und Selbstwirksamkeitstrainings sowie künstlerische Therapien (Musiktherapie, Tanztherapie, Kunsttherapie oder Theatertherapie) Anwendung finden.
- Im Falle schwerer Störungen des Antriebs/der Impulskontrolle kann eine Kombinationstherapie aus lerntheoretisch fundierten Therapieansätzen und Pharmakotherapie erwogen werden.
- Es können gruppentherapeutische Angebote Anwendung finden, da diese im geschützten Rahmen u. a. den direkten Austausch mit anderen Betroffenen erlauben, die Möglichkeit zum Modelllernen bieten und das Gefühl vermitteln, nicht allein zu sein. Dabei können sowohl indikationsspezifische als auch indikationsübergreifende Gruppeninhalte thematisiert werden. Insbesondere Rehabilitanden mit Multipler Sklerose und idiopathischem Parkinson-Syndrom sehen sich mit spezifischen Problemen konfrontiert, die im Gruppensetting angesprochen werden können
  → Eine Übersicht bietet Tabelle 1.

C 18

Verhaltensstörungen:

- 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.

Nachsorge

C 19

Nachsorge-Empfehlung im Entlassungsbericht:

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.
2) Ein Einbezug der Bezugspersonen in die weiterführende Therapie ist dringend erforderlich.

Tabelle 1: Übersicht möglicher Inhalte für gruppentherapeutische Angebote in der Behandlung von Rehabilitanden mit Multipler Sklerose oder Idiopathischem Parkinson-Syndrom

Potenzielle Inhalte von Gruppenangeboten	Spezifika Multiple Sklerose	Spezifika Idiopathisches Parkinson-Syndrom
Soziales Kompetenztraining		
Soziales Wahrnehmungstraining		
Subjektive Krankheitsmodelle/Stress und Krankheitsverlauf	Spezifika: Vorbeugen einer übermäßigen Schonhaltung, vorzeitige Berentung auch i. S. eines Umschreibens der Lebensbiografie	
Schulungen zu krankheitsspezifischen Themen	Spezifika: • Schubtherapie • Immunmodulatorische Therapie • Entscheidungsambivalenz bei der Medikamentenwahl • Medikamentöse/nicht medikamentöse Therapieoptionen • Stigma & Scham • Fatigue • Kognitive Defizite • Schwangerschaft (Ziel: Verbesserung der Adhärenz, Angstreduktion → siehe auch Kapitel A I.II)	Spezifika: • Entscheidungsambivalenz bei der Medikamentenwahl • Medikamentöse/nicht medikamentöse Therapieoptionen • Zusammenhänge zwischen Medikamentenwirkung/Medikamenteneinnahmezeiten und dem Zeitpunkt der Nahrungsaufnahme sowie der Kostzusammensetzung • Sturzangst • Stigma & Scham • Kognitive Defizite
Gruppenangebot zu Angst und Depression (u. a. Umgang mit negativen Gefühlen, Reframing, Achtsamkeit)	ggf. auch indikationsübergreifend umsetzbar	ggf. auch indikationsübergreifend umsetzbar
Krankheitsspezifische Kommunikation (u. a. soziales Umfeld, Arbeitsplatz, Arzt-Patient-	ggf. auch indikationsübergreifend umsetzbar	ggf. auch indikationsübergreifend umsetzbar

Kommunikation)		
Umgang mit den unsichtbaren Symptomen der Erkrankung (u. a. Vermeidung von sozialem Rückzug, Angst, Scham, kognitive Defizite, ggf. Fatigue)	ggf. auch indikationsübergreifend umsetzbar	ggf. auch indikationsübergreifend umsetzbar
Problembewusstsein für die Sorgen der Bezugspersonen schaffen (u. a. Kommunikation fördern, Missverständnissen vorbeugen, Rollenveränderungen in Partnerschaft und Familie)	ggf. auch indikationsübergreifend umsetzbar	ggf. auch indikationsübergreifend umsetzbar
Stressregulation	ggf. auch indikationsübergreifend umsetzbar	ggf. auch indikationsübergreifend umsetzbar
Aktivitäten-Gruppe (u. a. bei Störungen des Antriebs)	Hinweis: Hier eher spezifische Fatigue-Gruppe	ggf. auch indikationsübergreifend umsetzbar
Lebensstiländerung (u. a. Rauchen, Bewegung, Ernährung)	ggf. auch indikationsübergreifend umsetzbar	ggf. auch indikationsübergreifend umsetzbar
Fatigue (kein Zeichen von mangelnder Anstrengungsbereitschaft oder ungünstigem Lebensstil); ggf. Einbindung der Bezugspersonen		
Männer- bzw. Frauengruppen	ggf. auch indikationsübergreifend umsetzbar	ggf. auch indikationsübergreifend umsetzbar

C III) Stigma & Scham

C 20

Rehabilitanden mit Multipler Sklerose, Idiopathischem Parkinson-Syndrom oder nach einem Schlaganfall sehen sich bedingt durch eine Vielzahl von Symptomen sowie Veränderungen in der Lebensführung, Selbstständigkeit und Rollenveränderungen mitunter mit hoch stigmatisierenden und schambesetzten Zuständen konfrontiert, u. a.

- Stuhl- und Blaseninkontinenz bzw. –störungen;
- Sexuelle Funktionsstörungen;
  - Hypersalivation (insbesondere bei Rehabilitanden mit Idiopathischem Parkinson-Syndrom);
- Kognitive Beeinträchtigungen;
- Mangelnde Selbständigkeit bei der Körperpflege und Selbstversorgung sowie ggf. daraus resultierende Unannehmlichkeiten (z. B. Körpergeruch, gestörtes Essverhalten);
- Fatigue-Symptome;
- Bewegungsstörungen und Fehlhaltungen (u. a. Spastik, Tremor, Ataxie, Dyskinesien);
- Querschnittlähmung (insbesondere bei Rehabilitanden mit Multipler Sklerose);
- Veränderungen der eigenen Körperwahrnehmung und des Körperschemas;
- Kommunikationsprobleme;
- Rollenveränderungen.

Alle Mitglieder des interdisziplinären Teams müssen sich dieses Umstandes stets bewusst sein und den Rehabilitanden entsprechend sensibel begegnen. Dabei sollen eine Tabuisierung und Verleugnung unbedingt vermieden werden und nach Möglichkeit potenziell stigmatisierende und schambesetzte Themen aktiv angesprochen werden, da dies von den Rehabilitanden selbst kaum zu erwarten ist. Dabei sollte den Rehabilitanden stets (implizit und ggf. explizit durch direkte Ansprache) vermittelt werden, dass auch „peinliche“ Situationen (z. B. Einnässen in der Therapiesituation) bei den Behandlern keine „Berührungsängste“ auslösen.

C 21

Ggf. sollte mit Einverständnis des Rehabilitanden ein Einbezug von Bezugspersonen in aufklärende und informierende Gespräche erwogen werden.

C 22

Nach Möglichkeit können den Rehabilitanden individuell an die Symptomatik angepasste Hilfsmittel und Verhaltensänderungen nahe gelegt werden, um Situationen, die als besonders schwierig erlebt werden, leichter zu begegnen.

Trotz der nicht selten großen Hemmschwelle eines Austausches mit Mitrehabilitanden, kann ein solcher durch alle Mitglieder des interdisziplinären Teams immer wieder angeregt werden, da Rehabilitanden einen solchen oft als entlastend erleben und Verhaltensmodifikationen, die anderen bereits geholfen haben, leichter annehmen können.

Anmerkungen

C 23

Stigmatisierung und Scham sollen bei der Behandlung in folgenden Bereichen besondere Beachtung finden:

- Soziale Integration – Familie, Partnerschaft & Sexualität
  → siehe Kapitel A I.II)
- Kommunikation
  → siehe Kapitel B V)
- Blasenfunktion
  → siehe Kapitel E VI)
- Stuhlkontinenz
  → siehe Kapitel E VII)
- Fatigue
  → siehe Kapitel E II)

C IV) Störungsbewusstsein

C 24 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

C 25 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;
- Hirnorganisch bedingte Einschränkungen der Krankheitswahrnehmung.

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

Therapie

C 26 Der (Klinische Neuro)Psychologe soll gemeinsam mit dem interdisziplinären Team 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 Mitrehabilitanden in Gruppensituationen können den Aufbau eines adäquaten Störungsbewusstseins unterstützen.

C V) Krankheits-und Krisenbewältigung, Anpassungsreaktionen & Progredienzangst

Diagnostik

C 27

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

1) Probleme bei der Krankheits- und Krankheitsfolgenbewältigung;
2) Akute psychische oder psychosoziale Probleme bzw. Belastungen;
3) Umgang mit krisenhaften Krankheitsverschlechterungen (Schub, Reinfarkt und Exazerbation);
4) Progredienzangst bzw. Angst vor erneutem Schlaganfall;
5) Bei Rehabilitanden mit Multipler Sklerose oder Idiopathischem Parkinson-Syndrom den Umgang mit dem progredienten Verlauf der Erkrankung.

C 28

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.

Therapie

C 29

Bei Hinweisen auf Beeinträchtigungen/Belastungen/Krisen/Ängste 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.

C 30	Es können positive Bewältigungsstrategien, Strategien, die die Selbstwirksamkeit fördern sowie Ansätze zum Selbstmanagement vermittelt werden, mit dem Ziel Einschränkungen in den Bereichen familiärer, arbeitsbezogener, sozialer und freizeitbezogener Rollenanforderungen zu reduzieren und persönlich bedeutsame Rollen und Aktivitäten zu fördern.
C 31	Hinweise auf Ängste, insbesondere Progredienzängste, und Problemen bei der Krankheitsbewältigung soll das gesamte interdisziplinäre Team ernst nehmen. Den Ängsten von Rehabilitanden und ggf. Bezugspersonen soll dadurch begegnet werden, indem diese angemessen darüber aufgeklärt werden. Die Rehabilitanden und ggf. ihre Bezugspersonen sollen daran erinnert werden, dass das Auftreten von Symptomen und das Ansprechen auf die Behandlung bzw. das Auftreten von Nebenwirkungen individuell verläuft. Weiter soll ein ausreichendes Verständnis aufgebaut werden, dass es für die Erkrankung keine Heilung gibt und dass das Behandlungsziel eine Stabilisierung (bei progredienten Verläufen) und Verbesserung der Symptome sowie eine Verbesserung der Lebensqualität ist.
C 32	Falls eine Anpassungsstörung bzw. eine Akute oder der Posttraumatische Belastungsreaktion diagnostiziert wird, soll im Rahmen eines psychologischen Einzelgesprächs eine Stabilisierung und Psychoedukation erfolgen. Außerdem sollen der behandelnde Arzt, der Psychotherapeut, 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 für eine weiterführende Behandlung im Entlassungsbericht erfolgen.

Nachsorge

C 33	<u>Nachsorge-Empfehlung</u> im Entlassungsbericht: Bei einer vorliegenden Diagnose (auch Verdachtsdiagnose) einer *Anpassungsstörung*, *Akuten Belastungsreaktion* oder *Posttraumatischen Belastungsstörung* Nachsorge-Empfehlung im Entlassungsbericht: • Empfehlung einer ambulanten Psychotherapie, wenn möglich bei einem Psychotherapeuten mit Weiterbildung zum klinischen Neuropsychologen oder einem Psychotherapeuten mit Facharzt für Neurologie.

- Regelmäßige Kontrolle (Monitoring) der Symptomatik durch den Hausarzt bzw. bei mittelschwerer und schwerer Symptomatik auch durch einen Facharzt für Psychiatrie.
- Es sollen ggf. Selbsthilfegruppen empfohlen werden.

Anmerkungen

C 34	Bei Hinweisen auf Symptome einer Depression oder von Angst → siehe auch Kapitel C I)
C 35	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 V)

C VI) Adhärenz

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

C 36

Das Themengebiet Adhärenz umfasst eine Vielzahl verschiedener Ansatzpunkte, u. a.:

- Akzeptanz und Umsetzung der pharmakologischen Therapie, u. a.:
  - Wissensmanagement,
  - Einnahmezeiten,
  - Nutzen und Nebenwirkungen,
  - Ernährung,
  - Dauer der Einnahme der Medikation;
- 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;
- Verhaltensempfehlungen, u. a.:
  - Einschränkungen bei der Kfz-Eignung,
  - Risikoadaptives Verhalten im Stand und Gang;
- Arzt-Patient-Kommunikation.

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.

	CAVE: Insbesondere bei jüngeren Patienten mit Idiopathischem Parkinson-Syndrom kann eine eingeschränkte Adhärenz auf einem Dopamin-Dysregulations-Syndrom beruhen; siehe hierzu auch → Kapitel C VII) Iatrogene Problemlagen der Affektivität & des Verhaltens.
C 37	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“). Diese sollen dann vom gesamten interdisziplinären Team motivierend unterstützt werden, um die Autonomie des Rehabilitanden zu steigern, ein verbessertes Selbstmanagement zu erreichen und damit auch die Adhärenz zu verbessern. Die Vermittlung von Ansätzen zum Selbstmanagement sind hier grundsätzlich zu empfehlen, um die Eigenmotivation und damit auch die Adhärenz zu fördern. • Im (Einzel-)Gespräch können die Risikowahrnehmung und die Handlungsergebniserwartung angesprochen sowie die Selbstwirksamkeitserwartung gestärkt werden (vgl. Schwarzer et al., 2011; 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.
C 38	Bei vorliegenden kognitiven Einschränkungen und einer niedrigen Therapie-Adhärenz soll geprüft werden, ob die kognitiven Einschränkungen die Adhärenz negativ beeinflussen. Ggf. sollen unterstützende Maßnahmen wie Strukturierungshilfen oder der Einbezug von Bezugspersonen und Hilfsmittel erwogen werden.

C VII) Iatrogene Problemlagen der Affektivität & des Verhaltens

Spezifische Empfehlungen – Idiopathisches Parkinson-Syndrom

C 39

Allgemeiner Hinweis: Bei Rehabilitanden mit Idiopathischem Parkinson-Syndrom ergibt sich eine hohe Prävalenz neuropsychiatrischer Störungen und Beeinträchtigungen, die durch die Behandlung der Parkinson-Erkrankung selbst (iatrogen) verursacht oder beeinflusst werden können. Auslösende Faktoren können neben der Erkrankung an sich auch die dopaminerge pharmakologische Behandlung sowie der operative Eingriff einer *Tiefen Hirnstimulation* sein. Die häufigsten neuropsychiatrischen Störungen, die durch die Behandlung des Idiopathischen Parkinson-Syndrom beeinflusst werden, stellen dabei die folgenden dar

- Depressive Störungen,
- Angststörungen,
- Kognitive Beeinträchtigungen,
- Apathie,
- Impulskontrollstörungen,
- Punding,
- Suchtartige Arzneimitteleinnahme (Dopamin-Dysregulations-Syndrom) sowie
- Psychose/Halluzinationen.

C 40

Dopaminerge pharmakologische Behandlung

Insbesondere die folgenden neuropsychiatrischen Störungen können direkt durch die primär an motorischen Symptomen orientierte dopaminerge pharmakologische Behandlung ausgelöst werden:

- Affektive Fluktuationen mit
  - Angst/Depression/Apathie in off-Phasen,
  - Euphorie/(sub-)manischem Verhalten in on-Phasen;
  - [Hinweis: siehe auch Kapitel E I) Schlaf und E IV) Schmerz]
- Impulskontrollstörungen, insbesondere
  - Esssucht,
  - Kaufsucht,
  - Spielsucht sowie
  - Hypersexualität;
- Dopamin-Dysregulationssyndrom (= suchtartige Einnahme/Überdosierung dopaminerger Medikamente);
- Punding (= stereotype, nicht ziel-orientierte Handlungen);
- Psychose/Halluzinationen.

	Das gesamte interdisziplinäre Team soll bei Rehabilitanden mit Idiopathischem Parkinson-Syndrom auf Verhaltensauffälligkeiten sowie auf Anzeichen affektiver und sozialer Störungen achten. Therapeutische Maßnahmen (siehe *Anmerkungen*) sollen in enger ärztlicher Rücksprache erfolgen, um ggf. durch Änderungen der medikamentösen Behandlung unterstützt zu werden, wenn die Möglichkeit des Vorliegens eines Dopamin-Dysregulationssyndroms besteht.
C 41	*Tiefe Hirnstimulation* Zur Behandlung ausgeprägter motorischer Störungen findet insbesondere bei Patienten mit fortgeschrittenem Idiopathischem Parkinson-Syndrom die *Tiefe Hirnstimulation* Anwendung. Im Anschluss an eine *Tiefe Hirnstimulation* kann es aufgrund von Medikationsveränderungen (z. B. zu rasche/drastische Reduktion der dopaminergen Medikation) oder aufgrund der unmittelbaren Stimulation neuronaler Strukturen, die für die Verhaltenssteuerung und das affektive Erleben bedeutsam sind, zu Veränderungen der Affektivität und des Verhaltens kommen. Daher soll das gesamte interdisziplinäre Team auf Verhaltensauffälligkeiten sowie auf Anzeichen affektiver und sozialer Störungen achten. Neben einem unmittelbaren postoperativen Delir umfasst das Spektrum neuropsychiatrischer Veränderungen nach *Tiefer Hirnstimulation* insbesondere die folgenden Bereiche • Apathie/Adynamie, • Depressive Störungen, • Suizidalität, • Reizbarkeit/Aggressivität, • Euphorie, • (Sub-)manisches Verhalten sowie • Psychose/Halluzinationen. Dabei treten viele der Veränderungen nur vorübergehend in den ersten Wochen bis Monaten nach dem operativen Eingriff auf. Eine überwiegend stabile Stimulator- und Medikamenteneinstellung sowie ein stabiler klinischer Zustand werden in der Regel innerhalb von 3 bis 6 Monaten nach dem Eingriff erzielt. Bei Veränderungen der Affektivität und des Verhaltens nach *Tiefer Hirnstimulation* muss daher immer auch eine ärztliche Beurteilung hinsichtlich Medikation und Stimulatoreinstellung erfolgen. Zudem sollen Rehabilitanden nach *Tiefer Hirnstimulation* gezielt nach postoperativen Ängsten, Sorgen und Erlebnissen befragt werden, da viele Patienten den Einstellprozess der Stimulationsparameter und die Akzeptanz eines elektronischen Implantats mit Einfluss auf die Hirnaktivität als belastend erleben. Ggf. soll der Prozess einer positiven Krankheitsverarbeitung unterstützt werden.

	Auch sollen Rehabilitanden nach *Tiefer Hirnstimulation* hinsichtlich ihrer (unrealistischen) Erwartungen in Bezug auf die postoperativen Therapieziele befragt werden, da sie sich auch bei umfassender und angemessener präoperativer Aufklärungen in den Operationszentren vermehrt an „heimlichen Hoffnungen" anstelle realistischer Erwartungen orientieren. Enttäuschte Erwartungen, auch der primären Bezugspersonen, können sich ungünstig auf psychische Störungen auswirken und diese sogar bedingen.
C 42	Aufgrund der Vielzahl möglicher neuropsychiatrischer Veränderungen nach *Tiefer Hirnstimulation* soll in der Einstellphase der *Tiefen Hirnstimulation* eine wiederholte orientierende psychologische Diagnostik erfolgen (ggf. und mit Einverständnis des Rehabilitanden auch unter Einbezug von Bezugspersonen). Therapeutische Maßnahmen (siehe *Anmerkungen*) sollen jedoch nur in enger Abstimmung mit den behandelnden Ärzten erfolgen, die für die Programmierung der Stimulationsparameter und die Anpassung der Medikation verantwortlich sind.

Anmerkungen

C 43	Es sollen stets auch die folgenden Bereiche Beachtung finden: ➢ Partnerschaft ➢ → siehe Kapitel A I.II) ➢ Depression → siehe Kapitel C I) ➢ Affektiv-motivationale Veränderungen, Verhalten & Persönlichkeit → siehe Kapitel C II) ➢ Stigma & Scham → siehe Kapitel C III) ➢ Störungsbewusstsein → siehe Kapitel C IV) ➢ Krankheitsbewältigung, Anpassungsreaktionen, Krisenbewältigung & Progredienzangst → siehe Kapitel C V) ➢ Adhärenz → siehe Kapitel C VI)

Teil D: Risikofaktoren

D

Teil D umfasst Empfehlungen für die folgenden Risikofaktoren:

- Kapitel D I) – Rauchen
- Kapitel D II) – Alkohol
- Kapitel D III) – Ernährung
- Kapitel D IV) – Bewegung
- Kapitel D V) – Somatische Risikofaktoren

D I) Rauchen

D 1

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 sollen die Rehabilitanden besonders über das hohe Risiko eines erneuten Schlaganfalles sowie die negativen Einflüsse auf eine Progredienz der Multiplen Sklerose durch Rauchen unterrichtet werden. Weiter soll auf die ungünstigen Interaktionen im Zusammenhang mit anderen Risikofaktoren hingewiesen werden.

D 2

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: Januar 2018].
   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 (Zugriff Januar 2018); www.dkfz.de; www.bzga.de (Zugriff: Januar 2018).
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.

D 3

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 III) Ernährung

D 4	Der Arzt soll bei allen Rehabilitanden feststellen, ob eine Fehlernährung (einschließlich Mangelernährung, Gewichtsverlust, Übergewicht, Adipositas) vorliegt (unterstützt werden kann er hier durch einen Diätassistent). Wenn dies der Fall ist, sollen folgende Maßnahmen anberaumt werden: • Einsatz von psychologisch fundierten Interventionen zur Verhaltensänderung (z. B. Handlungs- und Bewältigungsplanung [siehe auch Schwarzer et al., 2011; Schwarzer, 2002]) 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 (siehe auch Schwarzer et al., 2011; Schwarzer, 2002). Der Einbezug der Bezugspersonen kann hierbei sinnvoll sein.
D 5	Rehabilitanden mit Idiopathischem Parkinson-Syndrom sollen darin geschult werden, die Zusammenhänge zwischen Medikamentenwirkung/Medikamenteneinnahmezeiten und dem Zeitpunkt der Nahrungsaufnahme sowie der Kostzusammensetzung besser zu verstehen.
D 6	Bei jedem Hausarzt- bzw. Facharztbesuch im Anschluss an die Rehabilitation soll ein Monitoring in Bezug auf die Ernährung und das Körpergewicht erfolgen (bei Rehabilitanden mit Idiopathischem Parkinson-Syndrom und stabilem Verlauf alle drei Monate und bei Fortschreiten der Erkrankung und Gewichtsverlust einmal monatlich). 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 (siehe auch Schwarzer et al., 2011; Schwarzer, 2002).
D 7	Bestehende Kau- oder Schluckprobleme sowie ein vermehrter Speichelfluss sind häufig mit starken Ängsten assoziiert, z. B. etwas in der Öffentlichkeit zu essen oder zu trinken. Da sie somit eine mitunter deutliche Restriktionen der Teilhabe darstellen können, sollen potenzielle Ängste exploriert und ggf. eine weiterführende Diagnostik oder Therapiemaßnahmen bzw. Strategievermittlungen veranlasst werden. Bei bestehenden u. a. Schluckstörungen sollen in die Aufklärung auch die Bezugspersonen einbezogen werden.

D II) Alkohol

D 8	Bei Hinweisen auf einen schädlichen Gebrauch von Alkohol bzw. eines Abhängigkeitssyndroms (z. B. aufgrund der Laborwerte, Hinweise durch das Klinikpersonal, Bezugspersonen oder Mitrehabilitanden), 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).
D 9	Anmerkung: Für weiterführende Informationen sei auf das Projekt *Praxisempfehlungen zum Umgang mit komorbiden Suchtproblemen in der somatischen und psychosomatischen Rehabilitation* (PESu-Projekt) (Förderung: DRV Bund) verwiesen; (https://www.uniklinik-freiburg.de/severa/).
D 10	Orientierend kann die *S3-Leitlinie Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen* (DG-Sucht, 2015) herangezogen werden.

D IV) Bewegungsmangel

D 11

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

D 12

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

D 13

Grundsätzlich gilt, dass für alle Rehabilitanden Bewegung empfohlen werden soll (vgl. Henkel et al., 2014; Rütten & Pfeifer, 2016). Dabei sollen die Rehabilitanden im Falle von motorischen Beeinträchtigungen oder Schmerzen körperlich so aktiv sein, wie ihre Fähigkeiten und Verfassung es erlauben. Besondere Beachtung sollte es finden, auch den Rehabilitanden mit einer erheblichen körperlichen Beeinträchtigung (z. B. einem Rehabilitanden im Rollstuhl) den Nutzen regelmäßiger körperlicher Aktivität (z. B. Aufrichten zum Stand an einem Geländer, Bewegungstrainer, etc.) bewusst zu machen.

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.
- 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 (siehe auch Schwarzer et al., 2011 Schwarzer, 2002). Der Einbezug der Bezugspersonen kann hierbei hilfreich sein.

- Das interdisziplinäre Team soll motivierend unterstützen und körperliche Aktivität anregen.
- 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 (siehe auch Schwarzer et al., 2011; Schwarzer, 2002).

Anmerkungen

D 14

Für spezifische Empfehlungen zur Mobilität siehe

- Mobilität & Stürze

  → siehe Kapitel E V)

D V) Somatische Risikofaktoren

D 15	Der Arzt soll somatische Risikofaktoren (insbesondere Bluthochdruck, Diabetes mellitus, Fettstoffwechselstörung, Adipositas, Osteoporose) identifizieren und nach evidenzbasierten Leitlinien behandeln.
D 16	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 I) ➢ Bei Hinweisen auf einen schädlichen Gebrauch von Alkohol oder eines Abhängigkeitssyndroms, siehe → Kapitel D II) ➢ Bei Hinweisen auf eine Fehlernährung, siehe → Kapitel D III) ➢ Bei Hinweisen auf vermeidbaren Bewegungsmangel, siehe → Kapitel D IV)
D 17	*Rehabilitanden nach Schlaganfall*: 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: → Orientierend können hierzu die *Praxisempfehlungen für Psychologische Interventionen – Indikation Typ-2-Diabete* (Reese et al., 2016_b) herangezogen werden.

Teil E: Spezifische Problemlagen & Spezielle Aspekte

E

Teil E umfasst Empfehlungen für die folgenden spezifischen Problemlagen und speziellen Aspekte der Rehabilitation von Rehabilitanden nach Schlaganfall, mit Multipler Sklerose oder Idiopathischem Parkinson-Syndrom:

- Kapitel E I) – Schlaf
- Kapitel E II) – Fatigue
- Kapitel E III) – Visuelle Belastbarkeit
- Kapitel E IV) – Schmerz
- Kapitel E V) – Mobilität & Stürze
- Kapitel E VI) – Blasenfunktion
- Kapitel E VII) – Stuhlkontinenz
- Kapitel E VIII) – Chronischer Stress durch lang andauernde psychosoziale Belastungen
- Kapitel E IX) – Weitere psychische Komorbidität
- Kapitel E X) – Kraftfahreignung

E I) Schlaf

Diagnostik

E 1	Der Arzt soll bei allen Rehabilitanden erfassen, ob Schlafprobleme (u. a. Ein- und Durchschlafstörungen) und/oder eine Schlafapnoe vorliegen.
E 2	Falls Hinweise auf eine Schlafapnoe bestehen, soll der Arzt diese – falls klinikintern möglich – diagnostisch abklären oder ggf. den Rehabilitanden an ein Schlaflabor verweisen.

Spezifische Empfehlungen – Idiopathisches Parkinson-Syndrom

E 3

Bei Rehabilitanden mit Idiopathischem Parkinson-Syndrom und Schlafproblemen soll eine volle Schlafhistorie erfasst werden.

Weiterhin soll nach Möglichkeit auch mittels Fremdanamnese erhoben und aufgeklärt werden, ob eine der folgenden Störungen vorliegt:

- Restless-Legs-Syndrom oder
- REM-Schlaf-Verhaltensstörung.

Bei Auffälligkeiten im Schlafverhalten soll der Einbezug eines Schlaflabors erwogen werden.

Rehabilitanden mit plötzlichen Schlafanfällen sollen darüber aufgeklärt werden, dass solange keine Eignung zum Führen von Kraftfahrzeugen besteht, bis Schlafanfälle zumeist nach Anpassung der Medikation wieder sistieren. Zudem sollen potenzielle berufliche Gefahrenlagen erörtert werden.

Therapie

E 4

Falls Schlafprobleme vorliegen, sollen folgende Maßnahmen erfolgen:

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

E 5	Es sollen detaillierte Informationen zur Schlafhygiene vermittelt werden, u. a.: • Vermeidung von Stimulantien (z. B. Kaffee, Tee, Koffein) am Abend; • Einhaltung des Tag und Nachtrhythmus (einschließlich) angemessener Tagesruhezeiten; • Einhaltung fester Schlafrhythmen, einschließlich zu-Bett-geh-Zeiten; • Schlafmythen; • Angenehme Schlafzimmergestaltung, einschließlich einem bequemen Bett und einer angenehmen Temperatur; • Die Ausstattung mit Hilfsmitteln wie Griffen in unmittelbarer Bettnähe und ggf. einer härteren Matratze, um beim nächtlichen Bewegen und Drehen zu unterstützen; • Regelmäßige und angemessene körperliche Betätigung, um den Schlaf zu verbessern.
E 6	Bei Rehabilitanden mit komorbider Insomnie und Depression kann Psychotherapie zur Behandlung der Schlaflosigkeit Anwendung finden.
E 7	Bei Bedarf: Einleitung einer evidenzbasierten Behandlung (→ siehe auch *S3-Leitlinie Nicht erholsamer Schlaf – Schlafstörungen* (DGSM, 2017) oder *S1-Leitlinie Insomnie* (DGN, 2012_b)). [Hinweis: Die *S1-Leitlinie Insomnie* befindet sich aktuell in der Überarbeitung]
Spezifische Empfehlungen – Idiopathisches Parkinson-Syndrom	
E 8	Bei REM-Schlafverhaltensstörungen ist zunächst eine Aufklärung von Patient und Partner/in hilfreich. Bei ausgeprägter Störung können zur Prävention von schlafbezogenen Verletzungen Anpassungen der Bettstelle oder auch eine medikamentöse Behandlung erwogen werden. Es sollte ggf. auch der Einbezug eines Schlaflabors erwogen werden.

Anmerkungen	
E 9	Beim Vorliegen von Schlafstörungen sollte immer auch das Vorliegen einer depressiven Symptomatik erwogen werden (→ siehe Kapitel C I)). Zudem sollten potenzielle Einflüsse auf die Eignung zur Nutzung eines Kraftfahrzeuges (→ siehe Kapitel E X)) Beachtung finden.

E II) Fatigue

E 10

Hintergrundinformationen:

Fatigue kann primär oder sekundär auftreten. Von einer sekundären Fatigue ist auszugehen, wenn diese u. a. als Folge von Schlafstörungen, nächtlich gehäuftem Wasserlassen, Nebenwirkungen von Medikamenten oder einer begleitenden Grunderkrankung auftritt. Findet sich keine andere Ursache für die Fatigue bzw. ist sie vermutlich unmittelbare Folge entzündlicher Prozesse, der Hirnschädigung oder der Kompensation, so bezeichnet man sie als primär.

Üblich ist eine Unterscheidung verschiedener Dimensionen:

- Dimension I: Trait vs. State
  - Trait-Komponente: Dauerhafte, über Wochen bestehende Ermüdung/Erschöpfbarkeit, wie sie mit Fragebögen erfasst wird
  - State-Komponente: Momentane Erschöpfung z. B. nach Belastung/Anstrengung wie sie mittels VAS erhoben werden kann
- Dimension II: Motorik vs. Kognition
  - Körperliche Ermüdbarkeit
  - Kognitive/Mentale Ermüdbarkeit
- Dimension III: Fatigue vs. Fatigability (vgl. auch Kluger et al., 2013)
  - Fatigue: Subjektive Wahrnehmung (subjective sensation/perception) erhöhter Erschöpfbarkeit
  - Fatigability: Objektivierbare Abnahme des Leistungsvermögens (performance)

Hinweis: Die Fatigue und/oder Fatigability bei Multipler Sklerose können durch Hitze, Überanstrengung und Stress herbeigeführt werden oder von der Tageszeit abhängig sein.

Diagnostik

E 11

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 sollen Art, Ausprägung und der zeitliche Verlauf der Beschwerden erfragt werden. Hierbei sollte auch auf mögliche Zusammenhänge mit vegetativen Funktionen (v. a. Schlafstörungen), komorbiden psychischen Erkrankungen (v. a. Depression und Angst), Nebenwirkungen von Medikamenten sowie organische Ursachen (v. a. Schilddrüsenprobleme und Anämie) geachtet werden.

1) Fatigue – Subjektive Beschwerden: Für die Erfassung mittels Fragebogen sei orientierend auf Sander et al. (2017) verwiesen, die eine Übersicht deutschsprachiger Instrumente für die Diagnostik bei Multipler Sklerose bieten:
    a) Messung der subjektiven Wahrnehmung von Fatigue;
    b) Unterscheidung in motorische und kognitive Fatigue,
    c) Einschätzung der Tagesmüdigkeit,
    d) Differenzierung der erlebten Aufmerksamkeitsdefizite („Ablenkbarkeit und Verlangsamung bei geistigen Prozessen“, „Ermüdung und Verlangsamung bei praktischen Tätigkeiten“ sowie „Antrieb“).
2) Fatigability – Objektive Leistungsfähigkeit (Performance): Ergänzend zur Erfassung der subjektiven Dimension der Fatigue mittels geeigneter Fragebögen, die sowohl die kognitive als auch die physische Komponente erfassen, soll eine Objektivierung der Fatigue-Symptomatik erfolgen. Als geeignetes sensitives Messinstrument hat sich die Bestimmung der Aufmerksamkeitsintensität (tonische Alertness) mit einfachen Reaktionszeitaufgaben (also unter monotonen Bedingungen) erwiesen (Meissner et al., 2007; Claros-Salinas, 2010; Sander et al., 2017). Da die Fatigue-Symptomatik häufig belastungsabhängig oder im Tagesverlauf zunimmt, empfiehlt sich bei einem morgens unauffälligem Befund und subjektiv berichteter Symptomatik eine erneute Testung am Nachmittag zur Beurteilung des zirkadianen Verlaufs. Um eine Verfälschung des Befundes am Nachmittag zu vermeiden, sollte diese Messung ohne vorherigen Mittagsschlaf durchgeführt werden.
    - Aufmerksamkeit →siehe Kapitel B I)

Für die Feststellung einer Fatigue können die folgenden Diagnosekriterien nach Sander et al. (2017) Anwendung finden:

A	Symptome 1. Die Symptome können durch Routinehandlung des Alltags ausgelöst werden. 2. Die Symptome können nach geringer oder gar keiner Anstrengung auftreten. 3. Die Symptome begrenzen die Art, die Intensität und die Dauer der von dem Patienten ausgeübten Tätigkeit. 4. Die Symptome lassen sich durch Pausen nicht sicher auflösen bzw. erfordern verlängerte Pausen. 5. Die Symptomatik kann durch geistige Aufgaben sowie Situationen, die Daueraufmerksamkeit erfordern, wie auch soziale Interaktionen ausgelöst werden. 6. Aus Angst vor einer Verschlechterung der Symptome vermeiden die Patienten anstrengende Tätigkeiten. 7. Schon leichte bis mittlere Anstrengung kann zu einer Verschlechterung der Symptome für Stunden bis Tage führen. 8. Der Symptomverlauf weist einen regelmäßigen Tagesrhythmus auf, unabhängig von den Tätigkeiten, die ausgeübt werden (z. B. eine Verschlechterung der Symptomatik am Nachmittag). 9. Das Auftreten der Symptome ist nicht vorhersehbar, sie können ohne Vorwarnung und plötzlich auftreten.
B	Die Fatigue verursacht bei dem Patienten klinisch relevanten Stress oder eine Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit im sozialen, beruflichen oder einem anderen wichtigen Bereich.
C	Es gibt aufgrund der Krankheitsgeschichte sowie der physischen Untersuchung Hinweise, dass die Fatigue im Zusammenhang mit der Erkrankung an Multipler Sklerose steht.
D	Die Symptome sind nicht primär eine Folge einer komorbiden psychiatrischen Störung (z. B. einer Depression), einer Schlafstörung (z. B. einer obstruktiven Schlafapnoe) oder anderer gesundheitlicher Störung (z. B. einer Anämie, einer Herzerkrankung).
Die Patienten müssen deutlich verminderte Energielevel oder vermehrte Anstrengung erleben, wobei das Ausmaß dieses Erlebens gegenüber den durchgeführten Aufgaben oder dem generellen Ausmaß an Aktivität unangemessen ist. Die Symptome müssen täglich für den überwiegenden Teil des Tages oder zumindest für fast alle Tage während des letzten Monats erlebt worden sein. Zudem müssen die Patienten 4 oder mehr Symptome aus dem Abschnitt A sowie die Kriterien für die Abschnitte B, C und D erfüllen.	

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

E 12	Falls ein Fatigue-Syndrom vorliegt, soll dies in der interdisziplinären Teambesprechung thematisiert werden. Dabei muss der (Klinische Neuro)Psychologe differentialdiagnostisch das Vorliegen einer depressiven Störung berücksichtigen.
E 13	Hinweis: Davon ausgehend, dass Fatigue auch als Resultat von Belastung auftritt, kann es im Rahmen der Fatigue auch zu Einschränkungen des Sehvermögens oder Missempfindungen kommen. Besondere Beachtung sollten daher belastungsabhängige Sehbeschwerden finden: • Belastungsabhängiger Nystagmus (z. B. nach anstrengender motorischer Therapie) • Nachlassende Sehschärfe bei Belastung (meist bei Patienten nach Sehnervenentzündung in der Vorgeschichte) → Dies lässt sich zwar über Sehtafeln überprüfen, jedoch nicht zweifelsfrei objektivieren.

Therapie

E 14	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 einer möglichen Chronifizierung entgegenzuwirken. • Psychoedukation, Beratung und ggf. Schulung von Rehabilitanden und Bezugspersonen. • Therapeutische Maßnahmen sollen individuell an das Funktionsniveau des Rehabilitanden angepasst sein, sich ggf. an den Präferenzen des Rehabilitanden orientieren und beinhalten: ▪ Unterstützung der Rehabilitanden, individuelle Anzeichen von Ermüdung und Überforderung frühzeitig zu erkennen (die Führung von Fatigue-Protokollen für eine Dauer von mind. drei Tagen (bis eine Woche, einschließlich der Wochenenden) kann hier unterstützen); ▪ Vermittlung von Strategien, bei denen Tätigkeiten mit niedriger Priorität verschoben oder von anderen (z. B. Bezugspersonen) übernommen werden können (Delegation); ▪ Vermittlung von Tagesstrukturen und ausgewogenen Aktivitäts-Ruhe-Perioden (hier können Tagespläne unterstützen, auch retrospektiv bei der Erstellung neuer Pläne);

- Vermittlung von Maßnahmen zur Energiehaushaltung, z. B. Fahren anstatt Laufen; daran soll sich auch die Aktivitäten-Planung orientieren: An hoch aktive Phasen sollen sich geplante Ruhe-Phasen anschließen;
- Psychoedukative Maßnahmen: Vermittlung von Ruhe-Bedürfnissen an die Umwelt, Schlafhygiene [siehe weiter unten in diesem Block sowie → Kapitel E I) Schlaf] sowie Vermeidung von Beruhigungsmitteln und übermäßigen Alkoholgenuss;
- Nach Absprache im interdisziplinären Team sollen in Abhängigkeit von der individuellen Leistungsfähigkeit Ausdauer- und Krafttraining angeregt werden; hier kann auch Yoga empfohlen werden;
- Die Teilnahme an Entspannungsverfahren soll empfohlen werden;
- Die Teilnahme an achtsamkeitsbasierten Verfahren und Selbstwirksamkeitstrainings kann empfohlen werden;
- Anregung der Teilnahme an z. B. angenehmen Freizeitaktivitäten (mit Planung einer vorherigen und sich anschließenden Ruhephase);
- Vermittlung von Selbstmanagement-Programmen;
- Bei Wärmeempfindlichkeit Beratung, Schulung und Aufklärung zum Umgang mit Kühlmitteln, u. a. Kühlwesten;
- Grundsätzlich Beratung, Schulung und Aufklärung zum Trinkverhalten.

- Grundsätzlich soll frühzeitig damit begonnen werden, die Rehabilitanden zu motivieren, erlernte Fertigkeiten auch in den (Therapie)Alltag zu integrieren.
- Vermittlung einer ausreichenden Schlafhygiene und von Schlafroutinen:
  - Vermeidung von Tagesschlaf (z. B. Einschlafen im Sessel);
  - 20-minütiger Tagesschlaf am Nachmittag können frühabendliche Fatigue verringern und sollen daher empfohlen werden, dabei sollte das Nickerchen im Bett erfolgen, 20 Minuten nicht übersteigen und Teil der regelmäßigen Routine sein.
- Bei Bedarf: Psychologisches Einzelgespräch.

E 15

Hinweis: Für Rehabilitanden kann sich aus dem Erleben einer erschöpfungsinduzierten Fatigue (im Sinne von „Siehst Du, das hast du jetzt davon, dass Du wieder zu viel gemacht hast!“) das Risiko ergeben, eine Schonhaltung zu fördern. Daher soll dem Rehabilitanden mit erschöpfungsbedingter Fatigue vermittelt werden, dass diese mit einer vorübergehenden Leistungsminderung einhergeht („als ob die Leitung heiß gelaufen sei“), aber nicht zu einem Schaden im Nervensystem führt. Dies ist kein Widerspruch zu dem empfohlenen Verfahren der „Energiehaushaltung“.

Anmerkungen

E 16

Beim Vorliegen einer Fatigue sollten immer auch die folgenden Bereiche Beachtung finden:

- Aufmerksamkeit
  → siehe Kapitel B I)
- Depression
  → siehe Kapitel C I)
- Schlaf
  → siehe Kapitel E I)
- Kraftfahreignung
  → siehe Kapitel E X)
- Mobilität & Stürze
  → siehe Kapitel E V)
- Visuelle Belastbarkeit
  → siehe Kapitel E III)

E III) Visuelle Belastbarkeit

E 17

Bei bestehenden transienten oder dauerhaften Seheinschränkungen im Alltag und insbesondere im beruflichen Alltag (z. B. berufliche Tätigkeiten mit Bildschirmarbeit) sollen psychoedukative und therapeutische Interventionen Anwendung finden. Ergänzend kann jedoch auch die Anwendung von adaptiven Pausenstrategien sowie der Einsatz von Hilfsmitteln und die Veränderung der Umgebung angedacht werden:

- Anpassung von Umgebungsvariablen:
  - Raumbeleuchtungsverhältnisse ändern,
  - Arbeitsmaterialien strukturieren und „lesbarer machen“,
  - Durch Reizreduktion eine visuelle Reizüberflutung vermeiden;
- Hilfsmitteleinsatz fördern, u. a.
  - Einstellen der Schriftgröße oder des Helligkeitskontrastes am PC,
  - Nutzung integrierter/externer Lupen- oder Sprachfunktionen;
- Beratung und Unterstützung bei Hilfsmitteleinsatz am Arbeitsplatz oder notwendiger beruflicher Umorientierung (u. a. Verweis auf spezialisierte Beratungs- und Trainingszentren sowie Integrationsdienste für Menschen mit Sehbehinderungen);
- Pausenmanagement erlernen (u. a. verteilte Pausenstruktur);
- Aufgaben des (Berufs-)alltags flexibilisieren (u. a. Wechsel zwischen visuell anspruchsvollen und weniger anspruchsvollen Aufgaben);
- Selbstwahrnehmung von Zeichen visueller Minderbelastbarkeit fördern und entsprechend Beanspruchungsphasen dosieren u. a. durch das vermehrte Involvieren anderer (v. a. taktiler, auditiver) Sinnesleistungen;
- Entspannungstraining für Augen (u. a. Augen-PMR, Innere Ruhebilder, Augen ins Weite schauen lassen);
- Angst vor (progredienter) Erblindung ggf. thematisieren
  (→ siehe Kapitel C V) Krankheitsbewältigung, Anpassungsreaktionen, Krisenbewältigung & Progredienzangst)

Weiterhin *soll bei Persistenz der Symptome über eine Dauer von zwei Wochen* eine augenfachärztliche oder orthoptische Behandlung/Beratung empfohlen werden.

Anmerkungen

E 18

Es sollen stets auch die folgenden Bereiche Beachtung finden:

- Visuelle Wahrnehmung & Raumkognition

  → siehe Kapitel B IV)

- Fatigue: „Einschränkungen des Sehvermögens oder Missempfindungen nach Belastung“

  → siehe Kapitel E II)

E IV) Schmerz

Diagnostik

E 19

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

Differentialdiagnostisch sollte zudem eine Abklärung und Einordnung der Schmerzen erfolgen.

Therapie

E 20

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 VI);

- 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.
- In Abhängigkeit und von u. a. Art, Lokalisation, Intensität, Dauer und Ausstrahlung des Schmerzes sind verschiedene Behandlungspfade angezeigt. Entsprechende Behandlungsinformationen finden sich u. a. hier
  - Deutsche Schmerzgesellschaft e. V.
  - *S1-Leitlinie Diagnostik neuropathischer Schmerzen* (DGN, 2012_a)

    [Hinweis: Diese Leitlinie befindet sich aktuell in der Überarbeitung]
  - *S1 Leitlinie – Chronische neuropathische Schmerzen, Pharmakologische nicht interventionelle Therapie* (DGN, 2015_b)
  - *S2k-Leitlinie für die ärztliche Begutachtung von Menschen mit chronischen Schmerzen* (DGN, 2017_b)

Spezifische Empfehlungen – Multiple Sklerose

E 21	Hinweis: Bei Rehabilitanden mit Multipler Sklerose und einer Trigeminusneuralgie sind psychotherapeutische Verfahren wirkungslos, um eine Reduktion der Schmerzsymptomatik zu erreichen.

Spezifische Empfehlungen – Idiopathisches Parkinson-Syndrom

E 22	Hinweis: Bei einem Großteil der Rehabilitanden mit Idiopathischem Parkinson-Syndrom kommt es zu Schmerzen. Um diese Schmerzen ätiologisch richtig zuzuordnen und eine entsprechende Therapie einzuleiten *ist eine umfassende differentialdiagnostische Einschätzung entscheidend. Hierbei können spezifische verfügbare Fragebogen hilfreich sein. Weiter* sollte ggf. auf einen Zusammenhang zur Dopaminergika-Einnahme geachtet werden, was durch ein kombiniertes Bewegungs- und Schmerzprotokoll erreicht werden kann. Falls ein solcher Zusammenhang exploriert wird, sollte die Anpassung der dopaminergen Medikation durch den behandelnden Arzt erwogen werden.

E V) Mobilität & Stürze

Spezifische Empfehlungen – Idiopathisches Parkinson-Syndrom	
E 23	Alle Rehabilitanden sollen motiviert werden sich zu bewegen, Sport zu treiben und Bewegung in ihren Alltag zu integrieren, um somit die Mobilität zu erhalten bzw. zu fördern (Gehstrecke, Ausdauer, Gleichgewicht und Koordination) und damit einhergehend auch die Lebensqualität zu erhalten. Dabei sollen Rehabilitanden mit Idiopathischem Parkinson-Syndrom darauf aufmerksam gemacht werden, dass sich sportliche Betätigung nach der Diagnosestellung protektiv auf die Verschlechterung der physischen Leistungsfähigkeit auswirkt.
E 24	Das gesamte interdisziplinäre Team soll darauf achten und den Rehabilitanden ggf. dahingehend motivieren, dass die Inhalte individueller, zusammen mit den Physio- und Ergotherapeuten erstellter, Trainings-/Übungspläne in den Tagesablauf integriert werden.
E 25	Soweit das Funktionsniveau des Rehabilitanden dies erlaubt (motorisch und kognitiv), sollen Ansätze zum Selbstmanagement vermittelt werden, um Verhaltensänderungen zu erreichen, die Motivation für solche zu fördern, die Autonomie des Rehabilitanden zu steigern und damit einhergehend die Adhärenz zu verbessern (vgl. Kapitel 4.2 der Europäischen Physiotherapie-Leitlinie beim idiopathischen Parkinson-Syndrom (Keus et al., 2014)). Direktes Feedback zum motorischen Leistungsvermögen vermittelt dem Rehabilitanden hierbei eine gewisse Eigenkontrolle über seine Gesundheit und die Erkrankung und dient damit ergänzend als positive Verstärkung.
Spezifische Empfehlungen zu *Stürzen*, *Funktioneller Mobilität*, *Gang*, *Bewegungsinitiation*, *Haltung* und *Tremor*	
E 26	*Stürze* Rehabilitanden mit Idiopathischem Parkinson-Syndrom sollen aktiv nach dem Auftreten von Stürzen im vergangenen Jahr sowie nach deren Häufigkeit, dem Kontext sowie den Charakteristika des Sturzes gefragt werden. *Neben einem gezielten physiotherapeutischen Gang- und Gleichgewichttraining unter Einsatz geeigneter Hilfsmittel* sollen Rehabilitanden aktiv auf Sturzangst angesprochen und hinsichtlich risikioadaptiven Verhaltens geschult werden.

	Orientierend kann hier auch der *Expertenstandard – Sturzprophylaxe in der Pflege* (DNQP, 2013) herangezogen werden. Eine entsprechende Nachsorge-Empfehlung sollte unbedingt in den Entlassungsbericht aufgenommen werden.
E 27	*Gang* Um den Gang, das Tempo und die Schrittlänge zu verbessern sowie die Sturzgefahr zu mindern, sollen Rehabilitanden motiviert werden, komplexe, multimodale Aktivitäten (z. B. *Nordic Walking*, Tango, Tai Chi) zu erproben und in Verbindung mit Physiotherapie *ein regelmäßiges* Eigentrainingsprogramm durchzuführen.
E 28	*Bewegungsinitiation* Aufforderungen und externe Cueing-Strategien erleichtern die Bewegungsinitiation bei Freezing. Das Prinzip von "Cues" sollte dem Rehabilitanden vermittelt werden, um deren aktive Nutzung zu fördern. Cues sollten im Rahmen der Bewegungstherapie individuell ausgewählt und erprobt werden. In Frage kommen vor allem akustische und visuelle Cues (z. B. Metronom, Musik, lautes Mitsprechen der Schritte, Streifen auf dem Boden). Ein mentales Durchgehen der Bewegungsabläufe kann die Bewegungsinitiation erleichtern, dabei soll der Rehabilitand sich vorstellen, wie er jedes Bewegungselement ausführt, ohne sich zu bewegen. Rehabilitanden können ermutigt werden, während einer Aktion Schlüsselelemente einer Bewegungsabfolge bevorzugt laut oder auch internal (Cues) auszusprechen.
E 29	*Haltung* In Verbindung mit Physiotherapie und/oder Ergotherapie soll die Eigenwahrnehmung und eigenständige Korrektur von Haltungsveränderungen gefördert werden. Um eine Verbesserung der Haltung zu erreichen, kann Tai Chi empfohlen werden.
E 30	*Tremor* Entspannungsverfahren können Anwendung finden, um den Tremor zu verringern.
E 31	Spezifische und detaillierte Empfehlungen zu motorischen Einschränkungen, Belastungen und Beschwerden (u. a. Funktionelle Mobilität, Stürze, Bewegungsinitiation (auch Freezing), Haltung, Gleichgewicht, Gang, Transfer, Hand- und Armgebrauch) finden sich in der Leitlinie *Die Europäische Physiotherapie-Leitlinie beim idiopathischen Parkinson-Syndrom* (Keus et al., 2014).

Spezifische Empfehlungen – Multiple Sklerose	
E 32	Hinweis: Patienten mit Multipler Sklerose haben oft das Empfinden, dass Fatigue nach Belastung eine negative Konsequenz darstellt. Daher Psychoedukation hinsichtlich der Tatsache, dass körperliche Belastung das Gehirn nicht schädigen kann und sich nicht negativ auf den Krankheitsverlauf auswirkt.

Anmerkungen	
E 33	Bei Bewegungsmangel als Risikofaktor siehe → Bewegungsmange (→ siehe Kapitel D IV). Zudem sollen die folgenden Bereiche Beachtung finden: ➢ Soziale Integration – Bezugspersonen → siehe Kapitel A I.I) ➢ Soziale Integration – Aktivitäten → siehe Kapitel A I.III) ➢ Angst → siehe Kapitel C I) ➢ Fatigue → siehe Kapitel E II)
E 34	Für Rehabilitanden mit Idiopathischem Parkinson-Syndrom kann orientierend die *Europäische Physiotherapie-Leitlinie beim idiopathischen Parkinson-Syndrom* (Keus et al., 2014) herangezogen werden.

E VI) Blasenfunktion

E 35	Blasenstörungen/Harninkontinenz stellen ein hoch stigmatisierendes und schambesetztes Symptom dar, dem alle Mitglieder des interdisziplinären Teams aktiv und dabei sensibel begegnen sollen. Neben medikamentösen Nebenwirkungen sehen sich Betroffene oft mit der Bewältigung sozialer und psychischer Anforderungen konfrontiert, u. a. im Zusammenhang mit intermittierender Selbstkatheterisierung, einem Dauerkatheter und der anhaltenden Nutzung von Inkontinenzeinlagen und Hilfsmitteln. Diese Umstände beeinflussen dabei häufig auch die Lebensqualität von Bezugspersonen und Partnern, was nicht zuletzt weiteren psychologischen und sozialen Druck erzeugt und sich nicht selten ungünstig auf die Beziehungsgestaltung auswirkt. Beim Umgang mit Rehabilitanden und Blasenstörungen/Harninkontinenz sollten diese Aspekte aktiv adressiert werden. Psychologische und psychotherapeutische Angebote können Rehabilitanden und Bezugspersonen bei der Bewältigung im Umgang mit diesen Belastungen unterstützen.
E 36	Informationen zum Umgang mit Blasenstörungen/Harninkontinenz sowie spezifische Blasenfunktionstrainings sollen individuell auf den physischen Zustand und das kognitive Funktionsniveau des Rehabilitanden ausgerichtet sein, um eine aktive Selbstfürsorge zu fördern.
E 37	Diagnostisch kann das Führen von Miktionstagebüchern die Behandlung einer Blasenstörung/Harninkontinenz unterstützen. Therapeutisches Ziel sollte neben einer Verbesserung der Blasenfunktion immer auch eine Verbesserung der Lebensqualität sein. Dabei sollte der Rehabilitand im Falle einer Selbstkatheterisierung auch psychologisch unterstützt werden. Grundsätzlich kann urologisch geschultes Personal oder ein Kontinenzberater hier unterstützen.
E 38	Hinweis: Neurologische Symptomveränderungen bzw. -zunahmen (z. B. eine Zunahme der Spastik, der Müdigkeit, der kognitiven Defizite) sind nicht zwangsläufig durch einen Schub bedingt, sondern können durch einen Harnwegsinfekt verursacht werden und erfordern bei Verdacht einen diagnostischen Nachweis und eine entsprechende Behandlung.

Nachsorge

E 39 Nachsorge-Empfehlung im Entlassungsbericht:

Bei bestehender Blasenstörungen/Harninkontinenz soll eine ambulante (neuro)urologische Abklärung im Entlassungsbericht empfohlen werden.

Anmerkungen

E 40 Die folgenden Bereiche sollen im Umgang mit Blasenstörungen/Harninkontinenz stets Beachtung finden:

- Soziale Integration – Familie, Partnerschaft & Sexualität
  → siehe Kapitel A I.II)
- Kommunikation
  → siehe Kapitel B V)
- Stigma & Scham
  → siehe Kapitel C III)
- Affektiv-motivationale Veränderungen, Verhalten & Persönlichkeit
  → siehe Kapitel C II)
- Krankheitsbewältigung, Anpassungsreaktionen & Krisenbewältigung
  → siehe Kapitel C V)
- Störungsbewusstsein
  → siehe Kapitel C IV)

Aufgrund der engen physiologischen Zusammenhänge sollten immer auch die Stuhlkontinenz (→ siehe Kapitel E VII)) und Sexualfunktionen (→ siehe Kapitel A I.II)) Beachtung finden.

E 41 Orientierend kann die S1-Leitlinie *Diagnostik und Therapie von neurogenen Blasenstörungen* (DGN, 2015_a) herangezogen werden.

[Hinweis: Diese Leitlinie befindet sich aktuell in der Überarbeitung]

E VII) Stuhlkontinenz

E 42	Gestörte Stuhlkontinenz/Stuhlinkontinenz soll nur von speziell geschultem Personal wie einem Kontinenzberater behandelt werden.
E 43	Gestörte Stuhlkontinenz/Stuhlinkontinenz ist ein hoch stigmatisierendes und schambesetztes Symptom, dem alle Mitglieder des interdisziplinären Teams aktiv und dabei sensibel begegnen sollen.
E 44	Der gesamten Belegschaft soll sich über die physischen und emotionalen Beeinträchtigungen einer gestörten Stuhlkontinenz/Stuhlinkontinenz auf Rehabilitanden und ggf. Bezugspersonen bewusst sein.
E 45	Das interdisziplinäre Team soll sicher stellen, dass Rehabilitanden und ggf. Bezugspersonen • vollständig über den Zustand informiert sind und Zugriff auf Informationen haben, die in Format und Sprache den individuellen Anforderungen entsprechen; • auf ambulante Unterstützungsangebote (z. B. Selbsthilfegruppen) hingewiesen werden; • die Möglichkeit erhalten, ihren Zustand, den Umgang mit diesem sowie relevante physische, psychologische und soziale Aspekte zu thematisieren; dabei sollen Ansichten, Erfahrungen und Einstellungen zu diesen Themen aktiv erfragt werden.
E 46	Das interdisziplinäre Team soll den Rehabilitanden Unterstützung bei der Bewältigung ihres Zustandes und dem Umgang mit diesem (Coping) anbieten. Dabei sollen emotionale und psychologische Unterstützungsangebote, einschließlich Beratung und Psychotherapie, angeregt werden, um die Akzeptanz und eine positive Einstellung zu fördern. Weiter sollen Rehabilitanden darin geschult werden, mit ihren Bezugspersonen (Freunde/Familie) über die gestörte Stuhlkontinenz/Stuhlinkontinenz und den Umgang mit dieser zu sprechen. Auch können Strategien besprochen werden, die zukünftig das Einplanen von z. B. der Verfügbarkeit von Sanitäranalage in der Öffentlichkeit beinhalten.
E 47	Bei einer zuvor nicht oder wenig erfolgreichen Behandlung der gestörten Stuhlkontinenz/Stuhlinkontinenz und diagnostizierten kognitiven Beeinträchtigungen soll eine Verhaltens- und Funktionsanalyse erfolgen, um verhaltensbedingte Ursachen für die Störung zu untersuchen. Daran anschließend kann ggf. eine spezifische Behandlung eingeleitet werden, die darauf abzielt, bedingenden Faktoren zu begegnen. CAVE: Bei schweren kognitiven Beeinträchtigungen kann eine solch spezifische Behandlung ungeeignet sein.

E 48

Bei einer persistierenden Stuhlinkontinenz oder dem Wunsch des Patienten, die aktive Behandlung zu unterbrechen, sollen die folgenden Punkte adressiert werden:

- Beratung hinsichtlich eines Erhalts von Selbstachtung, und wenn möglich, Unabhängigkeit.
- Psychologische und emotionale Unterstützung, ggf. durch eine ambulante Nachsorgeempfehlung bezüglich einer psychotherapeutischen Behandlung oder psychologischen Beratung.

E 49

Hinweis: Bei Patienten mit Darmentleerungsstörungen kann es zu einer starken Fixierung auf die tägliche Stuhlentleerung und Stuhlkonsistenz kommen, die kontraproduktiv sein kann. Ggf. sollen diese an den behandelnden (Klinischen Neuro)Psychologen, Arzt, die Pflege oder die Ernährungsberatung verwiesen werden.

Hinweis: Das Idiopathisch Parkinson-Syndrom beeinträchtigt bereits frühzeitig das autonome Nervensystem des Darms. Es kann insbesondere zur verzögerten Magenentleerung sowie Darmmotilität mit Neigung zur Obstipation kommen. Eine regelmäßige Darmentleerung ist für das Wohlbefinden und zur Vermeidung von Komplikationen wichtig. Eine Stuhlinkontinenz tritt dagegen selten und vorwiegend in späten Krankheitsstadien auf.

Anmerkungen

E 50

Die folgenden Bereiche sollen im Umgang mit einer gestörten Stuhlkontinenz/Stuhlinkontinenz stets Beachtung finden:

- Kommunikation
  → siehe Kapitel B V)
- Affektiv-motivationale Veränderungen, Verhalten & Persönlichkeit
  → siehe Kapitel C II)
- Stigma & Scham
  → siehe Kapitel C III)
- Störungsbewusstsein
  → siehe Kapitel C IV)
- Krankheitsbewältigung, Anpassungsreaktionen & Krisenbewältigung
  → siehe Kapitel C V)

Aufgrund der engen physiologischen Zusammenhänge sollten immer auch die Blasenfunktion (siehe → Kapitel E VI)) und Sexualfunktionen (siehe → Kapitel A I.II)) Beachtung finden.

E VIII) Chronischer Stress durch lang andauernde psychosoziale Belastungen

Diagnostik

E 51 Der Arzt/der (Klinische Neuro)Psychologe/der Ergotherapeut soll bei allen Rehabilitanden frühzeitig explorieren, ob Stress durch lang andauernde psychosoziale Belastungen (z. B. in der Partnerschaft, familiär oder im Beruf) vorliegt, da dieser mit der Häufigkeit und dem Auftreten von Schüben bzw. Symptomveränderungen oder –zunahmen assoziiert wird. 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.

Sollten dem Sozialarbeiter Anzeichen von Stress durch lang andauernde psychosoziale Belastungen auffallen, soll er diese dem Team rückmelden.

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

E 52 Bei entsprechenden Belastungen sollen folgende Maßnahmen eingeleitet werden:

- Bei Bedarf: Psychologisches Einzelgespräch und/oder Teilnahme an entsprechenden psychoedukativen Maßnahmen (in der Gruppe oder im Einzelsetting).
- Bei Bedarf: Stressbewältigungstraining
  [Informationen über entsprechende Schulungsprogramme sind z. B. erhältlich unter http://www.zentrum-patientenschulung.de/; Zugriff: Januar 2018]
- Bei Bedarf: Entspannungstraining.
- Bei Bedarf: Beratung durch den Sozialarbeiter.

Anmerkungen

E 53 (Chronischer) Stress wirkt sich grundsätzlich negativ auf die verschiedenen Problemlagen und Symptome aus uns sollte daher stets Beachtung finden.

E IX) Weitere psychische Komorbidität

Diagnostik

E 54

Der (Klinische Neuro)Psychologe soll bei allen Rehabilitanden frühzeitig auf das Vorliegen weiterer psychischer Komorbidität achten. Zusätzlich sollen Arzt, (Klinischer Neuro)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);
- Demenzielle Symptomatik bzw. schwere neurokognitive Beeinträchtigungen

  → siehe Kapitel B VII) Schwere neurokognitive Beeinträchtigungen

  → orientierend kann die *S3-Leitlinie Demenzen* (DGN, 2016) herangezogen werden
- Emotionale Labilität (emotional lability)

  [Emotionale Labilität ist wie folgt zu kodieren: organisch emotional labile (asthenische) Störung (ICD-10: F06.6)]

  → siehe Kapitel C II);
- Persönlichkeitsveränderungen/-störungen

  → siehe ebenfalls Kapitel C II);
- Iatrogene Veränderungen der Affektivität und des Verhaltens

  → siehe ebenfalls Kapitel C VII);
- Schädlicher Gebrauch von Alkohol/Abhängigkeitserkrankungen

  → siehe Kapitel D II);
- Akute Belastungsreaktion (ICD-10: F43.0)/Posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10: F43.01)/Anpassungsstörung (ICD-10: F43.2)

  → siehe auch Kapitel C V).

Therapie

E 55	Falls weitere psychische Komorbidität festgestellt wird, soll ggf. eine evidenzbasierte Behandlung entsprechend der Störung begonnen oder aber eine weiterführende Behandlung vorbereitet (evtl. mit Verweis auf die entsprechende Fachklinik) und als Nachsorge-Empfehlung in den Entlassungsbericht aufgenommen werden.

E X) Kraftfahreignung

Diagnostik

E 56	Alle Rehabilitanden müssen nach ihrer Motivation, ein Kraftfahrzeug zu führen, befragt werden.
E 57	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, 2018) verkehrsmedizinisch beraten.
E 58	Im Falle einer Überprüfung der Fahreignung müssen gemäß *Begutachtungsleitlinien zur Kraftfahreignung* (BAST, 2018) 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 besseren 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 (bei 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. Sie soll dann erfolgen, wenn die verkehrsmedizinischen Voraussetzungen der Fahreignung grundsätzlich gegeben sind.

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

Therapie

E 59	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.

Spezifische Empfehlungen – Idiopathisches Parkinson-Syndrom

E 60	Bei Rehabilitanden mit Idiopathischem Parkinson-Syndrom kann es zu Beeinträchtigungen der Fahreignung sowie (zeitlich begrenzt) der Fahrfähigkeit kommen. Zu Einschränkungen der Fahreignung kann es dabei durch ausgeprägte kognitive Defizite, aber auch durch Wahrnehmungseinschränkungen, Dopamin-induzierte Verhaltensstörungen, on/off Fluktuationen sowie schwere motorische Beeinträchtigungen kommen.

	Rehabilitanden mit Idiopathischem Parkinson-Syndrom und psychotischen Symptomen oder Halluzinationen sowie einer unzureichenden Hemmung automatischer Reaktionen soll grundsätzlich vom Führen eines Kraftfahrzeuges abgeraten werden. Besondere Beachtung müssen motorische und nicht-motorische on-/off-Fluktuationen (Medikation, DBS) bei der Beurteilung finden. Dabei ist auch die Medikamentenadhärenz zu berücksichtigen. Bei Einschränkungen der Fahreignung oder der Fahrfähigkeit soll nach Möglichkeit und mit Einverständnis des Rehabilitanden immer auch die Bezugspersonen hierüber informiert werden, da es oft ihnen obliegt, eine Umsetzung der Fahrempfehlungen zu gewährleisten.
E 61	Rehabilitanden mit Idiopathischem Parkinson-Syndrom und Tagesschläfrigkeit sollen gezielt über den Zusammenhang der Medikation und Schläfrigkeit sowie die Frühwarnsignale von Schläfrigkeit aufgeklärt werden. Dabei sollte den Rehabilitanden dringend empfohlen werden, bei einsetzender Schläfrigkeit vom Führen eines Kraftfahrzeuges abzusehen. Bei regelrechten Schlafattacken besteht keine Eignung zum Führen von Kraftfahrzeugen. In Rücksprache mit den behandelnden Ärzten müssen gegebenenfalls auslösende Medikamente umgestellt werden (insbesondere Dopaminagonisten).
E 62	Bei Rehabilitanden mit Idiopathischem Parkinson-Syndrom, die Inhaber der Fahrerlaubnis für Kraftfahrzeuge der Gruppe 2 (LKW, Bus, Taxi) sind, ist die Fahreignung für diese Fahrzeuggruppe in der Regel nicht gegeben. Daher muss hier vom Führen von entsprechenden Kraftfahrzeugen abgeraten werden.

Anmerkungen

E 63	Folgende Bereiche sollen im Rahmen einer Überprüfung der Kraftfahreignung stets Beachtung finden: ➢ Kognitive Beeinträchtigungen → siehe Teil B) ➢ Affektiv-motivationale Veränderungen, Verhalten & Persönlichkeit → siehe Kapitel C II) ➢ Störungsbewusstsein → siehe Kapitel C IV)

	➢ Adhärenz → siehe Kapitel C VI) ➢ Schlaf → siehe Kapitel E I) ➢ Fatigue → siehe Kapitel E II)
E 64	Sämtliche Empfehlungen zum Fahrverhalten sollen in der Patientenakte schriftlich dokumentiert werden.
E 65	Für weiterführende Informationen sei auf die Leitlinien *Begutachtungsleitlinien zur Kraftfahreignung, Bundesanstalt für Straßenwesen – Gültig ab 14.08.2014* (Bundesanstalt für Straßenwesen (BAST) (Hrsg.), 2018) 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

APA – American Psychiatric Association (2014). Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen - DSM-5 ®. [Deutsche Ausgabe herausgegeben von P. Falkai und H.-U. Wittchen]. Göttingen: Hogrefe-Verlag.

BAR – Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2016). ICF-Praxisleitfaden 2. Medizinische Rehabilitationseinrichtungen. 2. überarbeitete Auflage.

BAST – Bundesanstalt für Straßenwesen (Hrsg.) (2018). Begutachtungsleitlinien zur Kraftfahreignung, Bundesanstalt für Straßenwesen, Bergisch Gladbach: BAST [Stand 30.08.2018].

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.

DEGAM – Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (2012). DEGAM-Leitlinie Nr. 8 – Schlaganfall, Langfassung, AWMF-Register-Nummer: 053/011,
URL: http://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/053-011.html, [Zugriff: 21.09.2014].

DGN – Deutsche Gesellschaft für Neurologie (2018_a). S1-Leitlinie Diagnostik und Therapie erektiler Dysfunktionen, AWMF-Register-Nummer: 030/112,
URL: http://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/030-112.html, [Zugriff: 30.08.2018]

DGN – Deutsche Gesellschaft für Neurologie (2018_b). S1-Leitlinie Neurogene Sprechstörungen (Dysarthrien), AWMF-Register-Nummer: 030/103,
URL: http://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/030-103.html, [Zugriff: 30.08.2018].

DGN – Deutsche Gesellschaft für Neurologie (2017_a). S1-Leitlinie Rehabilitation bei Störungen der Raumkognition, AWMF-Register-Nummer: 030/126,
URL: http://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/030-126.html, [Zugriff: 30.08.2018].

DGN – Deutsche Gesellschaft für Neurologie (2017_b). S2k-Leitlinie für die ärztliche Begutachtung von Menschen mit chronischen Schmerzen, AWMF-Register-Nummer: 030-102,
URL: http://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/030-102.html, [Zugriff: 30.08.2018].

DGN – Deutsche Gesellschaft für Neurologie (2016). S3-Leitlinie Demenzen, AWMF-Register-Nummer: 038-013,
URL: http://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/038-013.html, [Zugriff: 01.03.2017].

DGN – Deutsche Gesellschaft für Neurologie (2015_a). S1-Leitlinie Diagnostik und Therapie von neurogenen Blasenstörungen, AWMF-Register-Nummer: 030/121,
URL: http://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/030-121.html, [Zugriff: 01.03.2017].

DGN – Deutsche Gesellschaft für Neurologie (2015_b). S1-Leitlinie Pharmakologisch nicht interventionelle Therapie chronisch neuropathischer Schmerzen, AWMF-Register-Nummer: 030-114,
URL: http://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/030-114.html, [Zugriff: 01.10.2017].

DGN – Deutsche Gesellschaft für Neurologie (2012_a). S1-Leitlinie Diagnostik neuropathischer Schmerzen, AWMF-Register-Nummer: 030-132,
URL: http://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/030-132.html, [Zugriff: 01.10.2017].

DGN – Deutsche Gesellschaft für Neurologie (2012_b). S1-Leitlinie Insomnie, AWMF-Register-Nummer: 030/045,
URL: http://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/030-045.html, [Zugriff: 01.03.2017].

DGN – Deutsche Gesellschaft für Neurologie (2012_c). S1-Leitlinie Multiprofessionelle neurologische Rehabilitation, AWMF-Register-Nummer: 030/122,
URL: http://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/030-122.html, [Zugriff: 21.09.2014].

DGN – Deutsche Gesellschaft für Neurologie (2012_d). S1-Leitlinie Rehabilitation aphasischer Störungen nach Schlaganfall, AWMF-Register-Nummer: 030/090,
URL: http://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/030-090.html, [Zugriff: 30.08.2018].

DGN – Deutsche Gesellschaft für Neurologie (2012_e). S2e-Leitlinie Diagnostik und Therapie von Aufmerksamkeitsstörungen bei neurologischen Erkrankungen, AWMF-Register-Nummer: 030/135,
URL: http://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/030-135.html, [Zugriff: 01.03.2017]

DGN – Deutsche Gesellschaft für Neurologie (2012_f). S2e-Leitlinie Diagnostik und Therapie von Gedächtnisstörungen, AWMF-Register-Nummer: 030/124,
URL: http://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/030-124.html, [Zugriff: 01.03.2017].

DGN – Deutsche Gesellschaft für Neurologie (2011). S2e-Leitlinie Diagnostik und Therapie von exekutiven Dysfunktionen bei neurologischen Erkrankungen, AWMF-Register-Nummer: 030/125,
URL: http://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/030-125.html, [Zugriff: 03.03.2017].

DGKJP – Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (2018). S3-Leitlinie: Diagnostik und Behandlung der Rechenstörung, AWMF-Register-Nummer: 028/046,
URL: https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/028-046.html [Zugriff: 01. 07. 2018].

DGPPN – Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (2017). S3-Leitlinie Unipolare Depression, AWMF-Register-Nummer: nvl-005,
URL: http://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/nvl-005.html, [Zugriff: 30.08.2018].

DGSM – Deutsche Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin (2017). S3-Leitlinie Nicht erholsamer Schlaf/Schlafstörung, AWMF-Register-Nummer 063/001, Somnologie, 13, 4-160.

DG-Sucht – Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. (2015). S3-Leitlinie Screening, Diagnostik und Behandlung des schädlichen und abhängigen Tabakkonsums, AWMF-Register-Nummer 076/006,
URL: http://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/076-006.html, [Zugriff: Februar 2015].

DIMDI – Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (2005). Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Genf: World Health Organization.

DNQP – Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.) (2013). Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege – 1. Aktualisierung 2013. Osnabrück: Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege.

DRV – Deutsche Rentenversicherung (Hrsg.) (2014). Strukturqualität von Reha-Einrichtungen - Anforderungen der Deutschen Rentenversicherung. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.

Glattacker, M., Farin-Glattacker, F., Quaschning, K., Dibbelt, S., & Bredehorst, M. (2015). Arbeitsbuch Reha-Ziele – Zielvereinbarungen in der medizinischen Rehabilitation. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.
URL: www.reha-ziele.de/, [Zugriff: Februar 2015].

GNP – 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), 075-199.

Hellwig, K. (2011). Sexualität und Schwangerschaft bei Multipler Sklerose. DMV Deutscher Medizin Verlag.

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., Barucchieri, L., Bengel, J., Claros-Salinas, D., Darkow, R., Gaug-gel, 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.

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), 332-8.
URL: https://www.uniklinik-freiburg.de/aqms/praxisempfehlungen.html, [Zugriff: 01.10.2017].

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.

Keus, S.H.J., Bloem, B.R., Hendriks, E.J.M., Bredero-Cohen, A.B., & Munneke, M. on behalf of the Practice Recommendations Development Group (2007). Evidence-Based Analysis of Physical Therapy in Parkinson's Disease with Recommendations for Practice and Research. Movement Disorders, 22(4), 451–460.

Kluger, B.M., Krupp, L.B., & Enoka, R.M. (2013). Fatigue and fatigability in neurologic illnesses: proposal for a unified taxonomy. Neurology, 80(4), 409-416.

Meissner, H., Volkert, J., König, H., Alpers, G., & Flachenecker, P. (2007). Fatigue in multiple sclerosis: subjective complaints and intensity of attention. Mult Scler, 13(2): S228.

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., Bartsch, H., Bengel, J., Birmele, M., Böckmann, J., Böhme, C., Faller, H., Gruber, H., Herschbach, P., Kröger, O., Meißler, K., Paradies, K., Schmucker, D., Teichmann, J., Weis, J. & Worringen, U. (2016_a). Praxisempfehlungen für psychologische Interventionen in der Rehabilitation: Onkologische Erkrankungen (Mamma-, Prostata- oder Kolonkarzinom).
URL: https://www.uniklinik-freiburg.de/severa/praxisempfehlungen.html, [Zugriff: 29.01.2016].

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., & Worringen, U. (2016_b). Praxisempfehlungen für psychologische Interventionen in der Rehabilitation: Typ-2-Diabetes. URL: https://www.uniklinik-freiburg.de/aqms/praxisempfehlungen.html, [Zugriff: 01.10.2017].

Reese, C., Mittag, O., Bengel, J., Deck, R., Ehlebracht-König, I., Faller, H., Fleig, L., Geigges, W., Glombiewski, J., Grande, G., Hautzinger, M., Höder, J., Jäckel, W.H., Kortenhaus, H., Lüking, M., Mai, B., Niebling, W., Pfingsten, M., Pomp, S., Rink, M., Schmucker, D., Wörner, S. & Worringen, U. (2012_a). Praxisempfehlungen für psychologische Interventionen in der Rehabilitation: Chronische Rückenschmerzen.
URL: https://www.uniklinik-freiburg.de/aqms/praxisempfehlungen.html, [Zugriff: 01.10.2017].

Reese, C., Mittag, O., Bengel, J., Boll-Klatt, A., Cordes, C., Deck, R., Dräger-Recktenwald, R., Faller, H., Fleig, L., Gauggel, S., Geigges, W., Grande, G., Hautzinger, M., Herrmann-Lingen, C., Langosch, W., Mai, B., Niebling, W., Pomp, S., Schmucker, D., Wörner, S. & Worringen, U. (2012_b). Praxisempfehlungen für psychologische Interventionen in der Rehabilitation: Koronare Herzerkrankung.
URL: https://www.uniklinik-freiburg.de/aqms/praxisempfehlungen.html, [Zugriff: 01.10.2017].

Rothgang, H. (2009). Theorie und Empirie der Pflegeversicherung. Die sozialstaatliche Absicherung des Pflegerisikos am Beispiel der Bundesrepublik Deutschland. Münster: LIT Verlag.

Rütten, A., & Pfeiffer, K. (Hrsg.) (2016). Nationale Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung. Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg.

Sackett, D. L., Straus, S. E., Richardson, W. S., Rosenberg, W., & Haynes, R. B. (2000). Evidence-based medicine. Edinburgh: Churchill Livingstone.

Sander, C., Voelter, H.-U., Schlake, H.-P., Eling, P., & Hildebrand, H. (2017). Diagnostik der Fatigue bei Multipler Sklerose. Akt Neurol, 44(04), 252-259.

Schelling, D., Drechsler, R., Heinemann, D., Sturm, W. (2009). Handbuch neuropsychologischer Testverfahren. Aufmerksamkeit, Gedächtnis und exekutive Funktionen. Göttingen: Hogrefeverlag.

Schwarzer, R. (2002). Health action process approach (HAPA). In: R. Schwarzer, M. Jerusalem & H. Weber (Hrsg.), Gesundheitspsychologie von A bis Z (S. 241-245). Göttingen: Hogrefe.

Schwarzer, R., Lippke, S., & Luszcynska, A. (2011). Mechanisms of Health Behavior Change in Persons With Chronic Illness or Disability: The Health Action Process Approach (HAPA). Rehabilitation Psychology, 56(3), 161–170.

Seitz, H. K., & Bühringer, G. (2010). Empfehlungen des wissenschaftlichen Kuratoriums der DHS zu Grenz-werten 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).

WHO – World Health Organisation (2003). Adherence to long-term therapies: evidence for action. URL: http://de.slideshare.net/AnaCarolinaNascimento/adherence-report, [Zugriff: Februar 2015].

Anhang

Anhang 1: Abkürzungsverzeichnis

Anhang 2: PHQ-4 – Patient Health Questionnaire-4

Anhang 3: SIMBO-C – Screening-Instruments zur Feststellung des Bedarfs an Medizinisch-Beruflich Orientierten Maßnahmen

Anhang 4: Einbezogene Leitlinien & Literatur

Anhang 1: Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
APA	American Psychiatric Association
BAR	Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation
BAST	Bundesanstalt für Straßenwesen
DEGAM	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin
DGN	Deutsche Gesellschaft für Neurologie
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde
DGSM	Deutsche Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin
DG-Sucht	Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V.
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
DNQP	Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege
DRV	Deutsche Rentenversicherung
GNP	Gesellschaft für Neuropsychologie
SGB XI	Sozialgesetzbuch XI: Elftes Buch Sozialgesetzbuch
WHO	World Health Organization

Anhang 2: PHQ-4

© Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W., & Löwe, B. (2005).
Deutsche Version: Löwe et al. (2006). Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-4).
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf.

Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-4)

Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?	**Überhaupt nicht**	**An einzelnen Tagen**	**An mehr als der Hälfte der Tage**	**Beinahe jeden Tag**
Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
Nervosität, Ängstlichkeit oder Anspannung	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
Nicht in der Lage sein, Sorgen zu stoppen oder zu kontrollieren	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3

Wenn eines oder mehrere dieser Probleme bei Ihnen vorliegen, geben Sie bitte an, wie sehr diese Probleme es Ihnen erschwert haben, Ihre Arbeit zu erledigen, Ihren Haushalt zu regeln oder mit anderen Menschen zurecht zu kommen:

Überhaupt nicht erschwert	**Etwas erschwert**	**Relativ stark erschwert**	**Sehr stark erschwert**
☐	☐	☐	☐

Möchten Sie Hilfe für diese Beschwerden in Anspruch nehmen?	**JA**	**NEIN**
	☐	☐

Der Patient Health Questionnaire (PHQ-4) wurde entwickelt von Drs. Robert L. Spitzer, Kurt Kroenke, Janet B.W. Williams und Bernd Löwe.
© 2005 Pfizer Inc.; Deutsche Version: Bernd Löwe et al., Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, 2006.

Anhang 3: SIMBO-C

© Streibelt, M. (2009). Screening-Instruments zur Feststellung des Bedarfs an Medizinisch-Beruflich Orientierten Maßnahmen.

Sehr geehrte Versicherte, sehr geehrter Versicherter,

damit wir uns ein Bild von Ihrer beruflichen Situation machen können, bitten wir Sie die nachfolgenden Fragen zu beantworten.

Alter: _____ Jahre **Geschlecht:** ☐ männlich ☐ weiblich

1. **Welche der folgenden Angaben trifft auf Ihre derzeitige Erwerbssituation zu?**

☐ ganztägig berufstätig
☐ mindestens halbtags berufstätig
☐ weniger als halbtags berufstätig
☐ Hausfrau/-mann
☐ arbeitslos/erwerbslos
☐ RentnerIn wegen Erwerbsminderung
☐ AltersrentnerIn
☐ aus anderen Gründen nicht erwerbstätig

2. **Sind Sie zur Zeit krankgeschrieben (arbeitsunfähig)?**

☐ nein ☐ ja

3. **Waren Sie in den letzten 12 Monaten krankgeschrieben?**

☐ nein ☐ ja

falls ja: Wie lange waren Sie insgesamt krankgeschrieben?

☐ unter 1 Woche ☐ 1-6 Wochen ☐ 7-12 Wochen ☐ 13-26 Wochen ☐ >26 Wochen

4. **Wie stark sind Sie durch Ihren derzeitigen Gesundheitszustand in Ihrer Arbeit beeinträchtigt?**

keine Beeinträchtigung völlige Beeinträchtigung

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

5. **Wie stellen Sie sich Ihre berufliche Zukunft vor?** *(Bitte kreuzen Sie alles für Sie Zutreffende an.)*

Ich denke, dass ich in der nächsten Zukunft wahrscheinlich…

☐ in meinem Beruf weiterhin arbeiten kann.
☐ in meinem Beruf nicht mehr arbeiten kann.
☐ eine andere Arbeit suchen will.
☐ überhaupt nicht mehr arbeiten kann.
☐ eine Rente beantragen/bekommen werde.
☐ arbeitslos sein werde.
☐ krankgeschrieben sein werde.
☐ Ich weiß es noch nicht.

6. **Was erhoffen Sie sich von Ihrem Reha-Aufenthalt?**

Ich hoffe, dass…	überhaupt nicht	etwas	mäßig	ziemlich	sehr
man hier endlich Zeit für mich haben wird.	☐	☐	☐	☐	☐
mir Entlastung durch psychologische Betreuung angeboten wird.	☐	☐	☐	☐	☐
die Rehabilitation zur Klärung oder Besserung meiner beruflichen Situation beiträgt.	☐	☐	☐	☐	☐

Anhang 4: Einbezogene Leitlinien & Literatur

Im Folgenden ist die Literatur abgebildet (bestverfügbare Evidenz), auf denen die Praxisempfehlungen für die neurologischen Erkrankungen Multiple Sklerose, Idiopathischem Parkinson-Syndrom und Schlaganfall basieren.

APA Work Group on Alzheimer's Disease and other Dementias, Rabins. P.V., Blacker, D., Rovner, B.W., et al. (2007). American Psychiatric Association practice guideline for the treatment of patients with Alzheimer's disease and other dementias (Second Edition). Am J Psychiatry, 164(1), 5-56.

Aragon, A., & Kings, J. (2010). Occupational therapy for people with Parkinson's – Best practice guidelines. Parkinson's UK and College of Occupational Therapists, London.

Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), Ärztliche Zentralstelle für Qualitätssicherung (ÄZQ) (2001). Das Leitlinien Manual. Entwicklung und Implementierung von Leitlinien in der Medizin. ZaeFQ, 95(1), 1-84.

Becher, K., Bojack, B., Büntig, N., et al. (2016). S2e-Leitlinie Harninkontinenz bei geriatrischen Patienten, Diagnostik und Therapie, AWMF-Registernummer: 084/001,
URL: http://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/084-001.html

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.

Coutts, S., & Kelloway, L. (Co-Chairs), on behalf of the Prevention of Stroke Best Practices Writing Group (2012). Chapter 2 – Sroke Prevention. In: M. P. Lindsay, G. Gubitz, M. Bayley, & S. Phillips (Editors), on behalf of the Canadian Stroke Best Practices and Standards Writing Groups, Canadian Best Practice Recommendations for Stroke Care. Ottawa, Ontario Canada: Heart and Stroke Foundation, Canada.

Dawson, A.S., Knox, J., McClure, A., Foley, N., & Teasell, R. (Leads), on behalf of the Stroke Rehabilitation Best Practices Writing Group 2013 (2013). Chapter 5 – Sroke Rehabilitation. In: M. P. Lindsay, G. Gubitz, M. Bayley, & S. Phillips (Editors), on behalf of the Canadian Stroke Best Practices and Standards Writing Groups, Canadian Best Practice Recommendations for Stroke Care.Ottawa, Ontario Canada: Heart and Stroke Foundation, Canada.

Der Vorstand der GNP, die Abreitskreise der GNP, der wissenschaftliche Beirat der GNP, Gauggel, S., & Sturm, W. (2005). Leitlinien der Gesellschaft für Neuropsychologie (GNP) für neuropsychologische Diagnostik und Therapie. Zeitschirft für Neuropsychologie, 16(4), 075-199.

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (2012). DEGAM-Leitlinie Nr. 8 – Schlaganfall, Langfassung, AWMF-Register-Nummer: 053/011,
URL: http://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/053-011.html, [Zugriff: 21.09.2014].

Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) (2013). S3-Leitlinie Klinische Ernährung in der Neurologie, AWMF-Register-Nummer: 073/020,
URL: http://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/073-020.html, [Zugriff: 01.03.2017].

Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN) (2016). S3-Leitlinie Demenzen, AWMF-Register-Nummer: 038-013,
URL: http://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/038-013.html, [Zugriff: 01.03.2017].

Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN) (2016). S3-Leitlinie Idiopathisches Parkinson-Syndrom, AWMF-Register-Nummer: 030-010,
URL: http://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/030-010.html, [Zugriff: 01.03.2017].

Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN) (2015). S1-Leitlinie Diagnostik und Therapie von neurogenen Blasenstörungen, AWMF-Register-Nummer: 030/121,
URL: http://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/030-121.html, [Zugriff: 01.03.2017].

Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN) (2014). S2e-Leitlinie Diagnose und Therapie der Multiplen Sklerose, AWMF-Register-Nummer: 030/050,
URL: http://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/030-050.html, [Zugriff: 01.03.2017].

Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN) (2012). S1-Leitlinie Diagnostik und Therapie erektiler Dysfunktionen, AWMF-Register-Nummer: 030/112,
URL: http://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/030-112.html, [Zugriff: 01.03.2017].

Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN) (2012). S1-Leitlinie Insomnie, AWMF-Register-Nummer: 030/045,
URL: http://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/030-045.html, [Zugriff: 01.03.2017].

Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN) (2012). S1-Leitlinie Neurogene Sprech- und Stimmstörungen (Dysarthrie/ Dysarthrophonie), AWMF-Register-Nummer: 030/103,
URL: http://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/030-103.html, [Zugriff: 01.03.2017].

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/ll/030-090.html, [Zugriff: 21.09.2014].

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/ll/030-126.html, [Zugriff: 01.03.2017].

Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN) (2012). S1-Leitlinie Trigeminusneuralgie, AWMF-Register-Nummer: 030/016,
URL: http://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/030-016ml, [Zugriff: 03.03.2017].

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/ll/030-135.html, [Zugriff: 01.03.2017].

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/ll/030-124.html, [Zugriff: 01.03.2017].

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/ll/030-125.html, [Zugriff: 03.03.2017].

Deutsche Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie (2014). S1-Leitlinie Funktionsdiagnostik und Therapie von Kommunikationsstörungen bei neurogenen Sprech- und Stimmstörungen im Erwachsenenalter, AWMF-Register-Nummer: 049-014,

URL: http://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/049-014.html, [Zugriff: 01.03.2017].

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) (2015). S3-Leitlinie Unipolare Depression, AWMF-Register-Nummer: nvl-005, URL: http://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/nvl-005.html, [Zugriff: 01.03.2017].

Deutsche Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin (DGSM) (2009). S3-Leitlinie Nicht erholsamer Schlaf/Schlafstörung, AWMF-Register-Nummer 063/001, Somnologie, 13, 4-160.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) (2011). Psychische Komorbidität. Leitfaden zur Implementierung eines psychodiagnostischen Stufenplans in der medizinischen Rehabilitation. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (Hrsg.) (2013). Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege – 1. Aktualisierung 2013. Osnabrück: Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege.

Eskes, G. (Chair), on behalf of the Stroke Mood and Cognition Best Practices Writing Group 2013 (2013). Chapter 7 – Mood and Cognition in Patients Following Stroke. In: M. P. Lindsay, G. Gubitz, M. Bayley, & S. Phillips (Editors), on behalf of the Canadian Stroke Best Practices and Standards Writing Groups, Canadian Best Practice Recommendations for Stroke Care.Ottawa, Ontario Canada: Heart and Stroke Foundation, Canada.

Europäische Schlaganfall Organisation (2008). Leitlinien zum Management von Patienten mit akutem Hirninfarkt oder TIA 2008 der Europäischen Schlaganfall Organisation (ESO). URL: http://www.eso-stroke.org/eso-stroke/education/education-guidelines.html [Zugriff: 21.09.2014].

Harvath, T.A., & McKenzie, G. (2012). Depression in older adults. In: M. Boltz, E. Capezuti, T. Fulmer, D. Zwicker (Eds.). Evidence-based geriatric nursing protocols for best practice. 4th ed. (pp. 135-62). New York (NY): Springer Publishing Company.

Keus, S.H.J., Bloem, B.R., Hendriks, E.J.M., Bredero-Cohen, A.B., & Munneke, M. on behalf of the Practice Recommendations Development Group (2007). Evidence-Based Analysis of Physical Therapy in Parkinson's Disease with Recommendations for Practice and Research. Movement Disorders, 22(4), 451–460.

KNGF – Royal Dutch Society for Physical Therapy (2004). KNGF Guidelines for physical therapy in patients with Parkinson's disease. Supplement. Dutch Journal of Physical Therapy, 114(3).

Küst, J. (2011). Kapitel 31 – Fahreignung. In. Frommelt P, & Lösslein H. (Hrsg.), NeuroRehabilitation: Ein Praxisbuch für interdisziplinäre Teams. Springer: Berlin, Heidelberg.

Lachenmayer L. (2000). Parkinson's disease and the ability to drive. J Neurol, 247(4), IV28-IV30.

Lewrenz, H. (2000). Krankheit und Kraftverkehr. Begutachtungs-Leitlinien des Gemeinsamen Beirats für Verkehrsmedizin beim Bundesministerium für Verkehr und beim Bundesministerium für Gesundheit. Bonn: Bundesministerium für Verkehr.

Lindsay, M.P., & Gilmore, P. (Co-Chairs), on behalf of the Stroke Transitions of Care Best Practices Writing Group 2013 (2013). Chapter 6 – Managing Stroke Transitions of Care. In: M. P. Lindsay, G. Gubitz, M. Bayley, & S. Phillips (Editors), on behalf of the Canadian Stroke Best Practices and Standards Writing Groups, Canadian Best Practice Recommendations for Stroke Care.Ottawa, Ontario Canada: Heart and Stroke Foundation, Canada.

Malaysia Health Technology Assessment Section (MaHTAS) (2015). Clinical Practice Guideline – Management of Multiple Sclerosis.

Management of Stroke Rehabilitation Working Group (2010). VA/DoD clinical practice guideline for the management of stroke rehabilitation. Washington (DC): Veterans Health Administration, Department of Defence. (NGC-8250).

Meissner, H., Volkert, J., König, H., Alpers, G., & Flachenecker, P. (2007). Fatigue in multiple sclerosis: subjective complaints and intensity of attention. Mult Scler, 13(2): S228.

National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2014). Multiple sclerosis in adults: management. Clinical guideline. (CG186).

National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2013). Falls in older people: assessing risk and prevention. (CG161).

National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2012). Urinary incontinence in neurological dis-ease: assessment and management. (CG148)

National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2007). Faecal incontinence in adults: management. (CG49).

National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2006). Parkinson's disease in over 20s: diagnosisand management. (CG35).

Oertel et al. (2011). Chapter 15 – Late (c omplicated) Parkinson ' s disease. In: N. E. Gilhus, M. P. Barnes and M. Brainin (eds.). European Handbook of Neurological Management: Volume 1 (2nd Edition). Blackwell Publishing Ltd.

Parkinson Society Canada (2012). Canadian Guidelines on Parkinson's Disease. Canadian Journal of Neurological Sciences, 39(4).

Preissner K. (2014). Occupational therapy practice guidelines for adults with neurodegenerative diseases. Bethesda (MD): American Occupational Therapy Association, Inc. (AOTA).

Sander, C., Voelter, H.-U., Schlake, H.-P., Eling, P., & Hildebrand, H. (2017). Diagnostik der Fatigue bei Multipler Sklerose. Akt Neurol, 44(04), 252-259.

Scottish Intercollegiate Guidelines Network (2010). Diagnosis and pharmacological management of Parkinson's disease – A national clinical guideline. Edinburgh, SIGN Publication Number 113. SIGN Secretariat. Royal College of Physicians of Edinburgh.
URL: http://www.show.scot.nhs.uk/sign/home.htm, [Zugriff: 01.03.2017].

Scottish Intercollegiate Guidelines Network (1999). SIGN Guidelines – An introduction to SIGN methodology for the development of evidence-based clinical guidelines. Edinburgh, SIGN Publication Number 39. SIGN Secretariat. Royal College of phsicians of Edinburgh.
URL: http://www.show.scot.nhs.uk/sign/home.htm, [Zugriff: 01.03.2017].

Sihvonen, A.J., Särkämö, T., Leo, V., Tervaniemi, M., Altenmüller, E., & Soinila, S. (2017). Music-based interventions in neurological rehabilitation. Lancet Neurol, 16. 648–60.

Stroke Foundation of New Zealand, New Zealand Guidelines Group (2010). New Zealand Clinical Guidelines for Stroke Management 2010.
URL: http://www.stroke.org.nz/stroke-health-professionals, [Zugriff: 21.09.2014].

Thaut, M.H., Peterson, D.A., McIntosh, G.C., & Hoemberg, V. (2014). Music mnemonics aid verbal memory and induce learning – related brain plasticity in multiple sclerosis. Frontiers in Human Neuroscience, 8(395).

van der Kolk, N.M., & King, L.A. (2013). Effects of Exercise on Mobility in People With Parkinson's Disease. Movement Disorders, 28(11), 1587-1596.

Wallace Kazer, M. (2012). Issues regarding sexuality. In: M. Boltz, E. Capezuti, T. Fulmer & D. Zwicker (Eds.), Evidence-based geriatric nursing protocols for best practice (4th ed., pp. 500-515).New York (NY): Springer Publishing Company.

Willmes-von Hinckeldey, K. (2005). Kapitel 7 - Akalkulie. In: H. O. Karnath, W. Hartje, & W. Ziegler (Hrsg.), Kognitive Neurologie (S. 84-95). Thieme.

Working group of the Clinical Practice Guideline for the Management of Patients with Parkinson's Disease (2014). Clinical Practice Guideline for the Management of Patients Parkinson's Disease. Ministry of Health, Social Services, and Equality. Institute of Health Sciences Aragon. Clinical Practice Guidelines of the NHS.

World Health Organisation (WHO) (2010). Global recommendations on physical activity for health.
URL: http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_recommendations/en/index.html, [Zugriff: 14.08.2014].