

Anwendungsempfehlungen
des
Arbeitskreises Frührehabilitation der GNP
zu den
„Leitlinien der Gesellschaft für
Neuropsychologie GNP für
neuropsychologische Diagnostik und
Therapie“
für den Bereich Frührehabilitation

Stand: September 2009

**Nach der öffentlichen Konsensrunde ab Oktober 2009 ist die nächste
Überarbeitung für Herbst 2010 geplant**

Verantwortlich: Der Arbeitskreis Frührehabilitation

Die folgenden Anwendungsempfehlungen des Arbeitskreises Frührehabilitation beziehen sich auf den Punkt 17 der „Leitlinien der Gesellschaft für Neuropsychologie GNP für neuropsychologische Diagnostik und Therapie“. Die Anwendungsempfehlungen ergänzen die Leitlinien durch konkrete Vorschläge und Beispiele zu diagnostischen und therapeutischen Vorgehensweisen.

Der Originaltext der Leitlinien ist umrahmt in Rot abgebildet. Die darauf bezogenen konkretisierenden Empfehlungen des Arbeitskreises werden direkt danach vorgestellt.

Durch den Fortschritt der Notfallmedizin überleben Menschen mit schwersten Hirnschädigungen, die in der Frührehabilitation behandelt werden. Neben Patienten mit neuen Störungsbildern (Wachkoma, Remission des apallischen Syndroms) betrifft dies wache Patienten mit schweren Behinderungen in Alltagshandlungen und mobile Patienten mit akuten schweren Störungen der höheren kognitiven Funktionen, der Orientierung und des Verhaltens. Der frühe Behandlungszeitpunkt zusammen mit dem Schweregrad der Störungen erfordert ein besonderes Vorgehen in Diagnostik und Therapie und eine enge Zusammenarbeit im interdisziplinären Team sowie mit den Angehörigen.

In der Regel zeigen sich in Abhängigkeit des Schweregrades der Verletzung bei Patienten in der Frührehabilitation folgende Störungsbilder:

- Komatöse Bewusstseinsstörung
- Wachkomatöse Bewusstseinsstörung
- Minimal bewusster Zustand (MCS)
- Locked- In- Syndrom (LIS)
- agitiertes Verhalten mit akuten Störungen des Denkens, des emotionalen Erlebens, der Orientierung, des Verhaltens und der kognitiven Funktionen („Durchgangssyndrom“)
- Dyspraktisches Verhalten mit schwerer Störung der Handlungsinitiierung und -durchführung ohne Bewusstseinsstörung (z.B. erworbene Dyspraxie/schwere exekutive Dysfunktion, akinetischer Mutismus)
- umschriebene kognitive und senso-motorische Störungen ohne Bewusstseinsstörung

Diagnostik

Im Mittelpunkt der Diagnostik (Ersterfassung) steht die Identifikation erhaltener Leistungs- und Kompetenzbereiche, um Interpretationssicherheit für die Befundung der gestörten Einzelleistungen zu gewinnen und Ressourcen des Patienten für den Therapiebeginn aufzudecken. Ausgehend vom Gesamtzustand des Patienten werden zunächst Sinnesreaktionen und Kommunikationsfähigkeit abgeprüft, danach spezifische kognitive Leistungen beginnend auf einfachstem „Alltagsniveau“. Die starke Belastbarkeitsminderung (z.B. rasche Ermüdbarkeit, vegetative Instabilität) und motorische Behinderungen kennzeichnen eine besondere Untersuchungssituation, die oftmals im Patientenzimmer stattfindet und dafür geeignetes Untersuchungsmaterial erfordert.

Zur Untersuchung können eingesetzt werden:

1. Verhaltensbeobachtungen und deskriptive Rating-Skalen (z.B. Koma-Remissions-Skalen, ADL- und Handlungskompetenz-Skalen) bei komatösen und schwer bewußtseinsgestörten Patienten als Verlaufsbeobachtung,

Der Arbeitskreis sieht einen starken Entwicklungsbedarf neuropsychologisch fundierter Verfahren in diesem Bereich. Aktuell in der neurologischen Rehabilitation angewandte deskriptive Rating-Skalen sind z.B.: Koma-Remissions-Skala (KRS), Coma Recovery Scale-Revised (CRS-R), Skala Expressive Kommunikation und Selbstaktualisierung (SEKS), Early Functional Abilities (EFA), Burgauer Verhaltensbeobachtung.

Zur Differentialdiagnostik von Bewusstseinsstörungen und zur Beurteilung der Wahrnehmung und Reaktionsfähigkeit für Umweltreize sowie von basalen Aufmerksamkeitsfunktionen, affektivem Verhalten, situativem Verständnis, kommunikativem und zielgerichtetem Verhalten können folgende Vorgehensweisen gewählt werden:

- Interpretation der Reaktionsfähigkeit mit verschiedenen Sinnesmodalitäten und aufsteigender Stimuluskomplexität, Identifikation individuell relevanter Stimuli auf möglichst großer Bandbreite
- Interpretation der Reaktionsfähigkeit auf (multimodale) Funktionsreize, die in alltägliche Handlungsschemata eingebunden sind (z.B. beim Waschen, Körperpflege, Positionsveränderungen im Rahmen therapeutischer Interventionen / Pflege)
- Beachtung verzögerter Reaktion und ausreichender Antwortzeiten (mind. 10-15 Sekunden)
- Vermeidung aversiver Reize
- Beachtung von Belastungsmüdigkeit (vorangegangener Therapie) und akuter leistungsmindernder Umstände (z.B. Fieber)
- wiederholte Untersuchung unter unterschiedlichen Kontext- und Leistungsbedingungen (störungsarm abgeschirmt vs. klinikalltagsnah)

Zur gezielten Überprüfung der Quantität beobachtbarer Einzelleistungen (z.B. Blickfixation / Befolgen von Aufforderungen) eignet sich das Verfahren nach Whyte & dePasquale)

2. zentralnervöse elektrophysiologische Messvariablen wie evozierte Potentiale sowie peripherphysiologische Maße wie Hautleitfähigkeit, Herzfrequenz und Muskelaktivität bei komatösen und schwer bewusstseinsgestörten Patienten,

3. körpergestützte und externe Hilfsmittel zur Kommunikation („Ja/Nein“) z.B. bei minimal responsiven Patienten,

Als Hilfsmittel eignen sich für Patienten in Abhängigkeit von fokussierbarer Aufmerksamkeit und willkürmotorischen Zeige- und Drückfähigkeiten

- Bildtafeln und Buchstabentafeln
- elektronische Kom-Hilfen
- Kommunikations-Software auf PC/ Notebook
- Kommunikationsbücher

4. orientierende Einzelaufgaben und standardisierte Screeningverfahren (z.B. Bedside-Screenings) bei wachen, stark belastungsgeminderten Patienten,

Für die frühest mögliche testpsychologische Diagnostik schwer hirngeschädigter Patienten ist der Einsatz von standardisierten Screeningverfahren zu empfehlen. Dabei ist zunächst die Testbarkeit selbst zu prüfen. Zur Beurteilung der Testbarkeit eines Patienten werden vom Arbeitskreis Frührehabilitation folgende patientenbezogene Kriterien vorgeschlagen.

1. verfügt über Situationsverständnis für die Untersuchung (Vertrautheit mit Raum, Zuwendung zum Untersucher)
2. zeigt Kooperationsbereitschaft und Belastbarkeit für die Untersuchung (durch anhaltende Zuwendung und Mitmachen über 10 Minuten)
3. zeigt Instruktions- und Aufgabenverständnis (durch selektive Fokussierung der Aufmerksamkeit auf Vorlagen /Objekte)
4. führt aufgefördert (verbal oder nonverbal) eine Serie (=> 3 Items) von interpretierbaren Antwortleistungen (verbal oder nonverbal, richtig oder falsch) aus (einfache Fragen/ Aufgaben mit Testmaterial (z.B. visuelle Vorlage zum Sprachverständnis Hören-Zeigen) oder manipulieren mit Alltagsobjekten der Situation (z.B. aus Glas trinken)

Die Testbarkeit kann beim orientierenden Erstkontakt im Rahmen einer kurzen Bettvisite mit Verhaltensbeobachtung und Probeaufgabe beurteilt werden.

Um der besonderen Untersuchungssituation in der Frührehabilitation gerecht zu werden, sollten folgende Aspekte der Vorgehensweisen bei der neuropsychologischen Diagnostik berücksichtigt werden :

- Begrüßung und Beziehungsaufbau
- situative (Re-)orientierung zur Untersuchung, zu Zielen und Umfang (Eduktion)
- Möglichst frühe Erhebung und Einbeziehen biographischer Daten (z.B. durch Fremdanamnese)
- bestmögliche Ausgangsbedingungen für eine optimale Leistungsfähigkeit des Patienten (günstige Tageszeiten hinsichtlich Wachheit, Belastbarkeit, Erholung, gute Mobilisation in funktionelle Ausgangsstellung /Arbeitsposition, Verfügbarkeit erforderlicher Hilfsmittel wie Brille, Hörgerät , Sprechkanüle usw.)
- Ressourcenorientiertes Vorgehen zur Identifikation erhaltener Leistungen, welches eine tatsächliche Prüfung der vermuteten Ressourcen zwingend beinhaltet (z.B. Sehfähigkeit, Sprachverständnis)
- hypothesengeleitetes Vorgehen mit vorrangiger Untersuchung der aufgrund der individuellen Hirnschädigung und des klinischen Verhaltenseindrucks zu erwartenden Leistungsstörung (z.B. Sehstörung, Gesichtsfelddefekt, Sprachstörung, Gedächtnisproblem usw.)
- Einbezug der aktuellen Umweltbedingungen / Kontextfaktoren (z.B. Anwesenheit von Angehörigen) in die Leistungsinterpretation und bei auffälligen Leistungsdiskrepanzen Überprüfung der Belastung durch vorausgegangene Therapien, veränderte körperliche Befindlichkeit oder Medikation)
- Berücksichtigung der Beobachtungen des therapeutischen Teams, des Pflegediensts und der Angehörigen in Alltags- und Therapiesituationen bei der Gesamtbeurteilung

Frührehabilitative Patienten sind in besonderem Maße auf adaptierte Instruktionsformen (verbal und nonverbal) und Lösungsmöglichkeiten (z.B. nonverbal Multiple-Choice) angewiesen, wobei Einschränkungen wie Neglect, Hemiplegie oder Aphasie schon beim Aufgabendesign zu berücksichtigen sind. Auf zeitkritische Bewertungen und Speed-Tests (Ausnahme: Aufmerksamkeitsdiagnostik) sollte in der Frühphase verzichtet werden.

Aufgrund der unterschiedlichen Rahmenbedingungen in den Einrichtungen und dem spezifischen Patientenklientel in der Frühreha wird ein für diese Bedingungen angepasstes Screening empfohlen. Derzeit angewandete Verfahren sind z.B. das Burgauer Bedside Screening (BBS), MiniMax,.

Folgende Kriterien sollten Screeningverfahren erfüllen:

- Prüfung einer großen Bandbreite von Leistungen
- Aufgaben in der Schwierigkeit gestuft - aufsteigend
- Leistungen selektiv untersuchen
- mindestens 1-2 Instruktionselemente
- verbale und nonverbale Instruktionsmodi
- verbale und nonverbale Antwortmöglichkeiten
- 3-5 Items pro Leistungsaspekt
- dichotome Items
- keine Zeitbewertung
- Wiedererkennungs- und Reproduktionsaufgaben
- Material mobil verfügbar (auch im Patientenzimmer bedside)

Verhaltensbeobachtungen bei der Aufgabenbewältigung sind ein wesentlicher Bestandteil des diagnostischen Prozesses und beziehen sich auf:

- Arbeitstempo und Verlangsamung
- Konzentration und Belastbarkeit
- Ablenkbarkeit

Diese Aspekte sollten bei ausreichender Mobilität des Patienten im Rahmen der PC-gestützten Aufmerksamkeitsdiagnostik präzisiert werden.

Leistungsbereiche eines orientierenden neuropsychologischen Screenings beziehen sich auf:

- Sprachverständnis und Sprachproduktion (Kommunikation)
- Verbale Orientierung
- Visus, Gesichtsfeld und halbseitige Aufmerksamkeitszuwendung (Neglect)
- Praxie (gestisch, gegenständlicher Objektgebrauch)
- diskriminative Wahrnehmung für Sehen – Hören - Spüren
- verbale und nonverbale Merkspannen
- verbales Langzeitgedächtnis
- Lesen und Schreiben
- Zahlenverständnis und Rechnen
- visuell-kognitive und visuell-konstruktive Leistungen

und sind nicht als abzuarbeitende Testbatterie zu verstehen, sondern modular als auswählbare Untersuchungsbereiche in Abhängigkeit von der Fragestellung im Rehabilitationsprozess (z.B. orientierender Aufnahmebefund, hypothesengeleitete Untersuchung, Empfehlung für weitere Rehapphasen usw.)

5. normierte Testverfahren bei Patienten mit entsprechendem Leistungsvermögen.

Das hypothesengeleitete Vorgehen hier entspricht den allgemeinen neuropsychologischen Diagnostikleitlinien und sollte auf den Ergebnissen der Screeningverfahren aufbauen.

Therapie

Die Förderung der Wachheit, Belastbarkeit, Kommunikations- und Handlungsfähigkeit steht im Fokus der frühen Therapieziele, in der Regel in enger Zusammenarbeit mit anderen Therapieangeboten des interdisziplinären Teams. Mit ausreichender Vigilanz und Belastbarkeit rücken störungsspezifische neuropsychologische Therapien in den Mittelpunkt, begleitet durch psychotherapeutische Gespräche zur einsetzenden Orientierung, Krankheitsbewältigung und Identitätsfindung. Neuropsychologische Therapie findet in der Frührehabilitation in der Regel als Einzeltherapie statt.

Für die Zielfindung und Strukturierung der Kontextbedingungen der Therapie wird als Vorgehensweise empfohlen:

- Identifikation neuropsychologischer Leistungsstörungen aufgrund vorheriger (Screening-) Diagnostik mit Benennung relevanter störungsspezifischer Therapieziele
- Auswahl eines Therapiefokus (Hauptziel/e) für den nächsten Behandlungszeitraum unter Orientierung an übergeordneten Zielen hinsichtlich Aktivität und Teilhabe (ICF) in der Regel in enger Zusammenarbeit mit den Therapiezielen des interdisziplinären Teams und evtl. formulierten Teilhabezielen des Patienten
- Platzierung der Therapie im Tagesplan unter Berücksichtigung eines auf die Bedürfnisse des Patienten angepassten Angebots an stimulierenden Therapien und Erholungszeiten
- Schaffung bestmöglicher Ausgangsbedingungen für eine optimale Leistungsfähigkeit des Patienten z.B. durch Positionierung/ Mobilisation in funktioneller Ausgangsstellung, Benutzen von Hilfsmitteln wie Brille, Hörgerät, Zeigeinstrumente)
- Beziehungsaufbau und vertraut machen mit der Therapiesituation (Raum, Material, Ablauf - z.B. Kommunikations- und Begrüßungsrituale)
- Einbeziehen der Angehörigen und von Co-Therapeuten bei Bedarf
- Einzeltherapie oder der Phase B angepasste Kleingruppenangebote

Zur Therapie können eingesetzt werden:

1. Dialogaufbau, Interaktions- und Kommunikationsanbahnung, sensorische Stimulation bei komatösen, schwer bewusstseinsgestörten und minimal responsiven Patienten z.B. unter Einsatz von Kommunikations- und Zeichentafeln, elektronischen oder körpergestützten Kommunikationshilfen

Mögliche Vorgehensweisen unter Berücksichtigung der individuellen Ressourcen:

- spezifische Stimulation zur Anbahnung und Verstärkung willkürlich/gezielter Reaktionen und Verhaltensweisen (wie Blickkontakt, Berührungskontakt, zielgerichtete Bewegungen)
- Einüben von körpergestützten Kommunikationsregeln wie Ja-Nein – Augen/ Körpercode, Verwenden von bedeutungstragenden Gesten
- Einbeziehen von autobiografisch bedeutsamem Reizmaterial wie z.B. vertraute persönliche Gegenstände, Bilder, Musik, Gerüche, Talisman usw. mit positivem emotionalen Inhalt
- Kommunikationsanbahnung und Dialogaufbau durch interpersonelle Interaktion mit Zuwendung/ Blickkontakt, Mimik, sozial akzeptierte Berührung

- Einüben des interaktiven Umgang mit Bild- und Zeichentafeln, elektronischen oder körpergestützten Kommunikationshilfen, auch in interdisziplinärer Zusammenarbeit z.B. mit Sprach- und Ergotherapeuten
- Förderung der Wahrnehmungsorganisation und Unterstützung von Aktivitäten des täglichen Lebens/ der Selbstversorgung z.B. durch nonverbale gespürte Interaktion (Affolter-Modell)
- Heranziehen von psychologisch orientierten Lernverfahren (z.B.: operantes Lernen, Chaining, Shaping, (soziale) Verstärkung für Zeigen von Zielverhalten oder willkürlichem Verhalten, errorless learning)

2. störungsspezifische Therapien mit an die Belastbarkeits- und Tempominderung adaptierten Verfahren bei wachen Patienten mit Behinderungen und multiplen kognitiven Störungen,

Störungsspezifische Therapien beinhalten restitutive Funktionstherapien, funktionelles repetitives Üben und kompensatorische Ansätze, die im Regelfall miteinander kombiniert werden.

Vorrangige Bereiche für eine störungsspezifische funktionelle Therapie sind:

- Aufmerksamkeit
- visuelle Wahrnehmung (vorzugsweise bei Neglect und Gesichtsfeldeinschränkungen)
- Orientierung zur Person und Situation

Eine Funktionstherapie sollte hochfrequent durchgeführt werden (möglichst täglich), wobei die Dauer an die Belastbarkeit des Patienten angepasst wird.

Die kompensatorische Übungstherapie (z.B. Sakkadentraining bei Gesichtsfelddefekten, Kommunikationshilfen) sollte frühzeitig unter Nutzung und Förderungen aller individuellen Ressourcen zum Einsatz kommen. Sie verhindert und ersetzt Restitutionsprozesse nicht. Das Ausmaß der Kompensationsmaßnahmen sollte regelmäßig an die Restitution des Patienten angepasst werden.

Die Funktionstherapien und kompensatorischen Übungen sollten im Sinne einer Verlaufskontrolle auf mehreren Ebenen wiederholt evaluiert werden:

- Bei der Beurteilung der Wirksamkeit der Therapie sind zunächst kurzfristige Übungseffekte in der Therapieeinheit zu registrieren (Fehlerhäufigkeit, Tempo, Aufstieg zu höherer Schwierigkeitsstufe)
- Die Beurteilung anhaltender Leistungsverbesserungen kann über standardisierte, der geübten Leistung entsprechende Tests im pre-post-Vergleich erfolgen
- Als weiteres relevantes Kriterium ist der Transfer der Funktionsverbesserung in die Aktivitäten und Teilhabe im Alltag zu überprüfen (Verhaltensbeobachtung im Stationsalltag, ADL zur Selbsthilfe z.B. abgebildet in ADL-Skalen)

Das Beurteilungskriterium für die Therapiefortführung sollte sich an der kurzfristigen Wirksamkeit/dem registrierbaren Übungseffekt bei einer Therapieaufgabe orientieren. Finden hier über wiederholte Evaluationen keine Verbesserungen statt, sollte eine Veränderung der Therapieinhalte, -methoden oder -schwerpunkte erwogen werden. Aufgrund des sehr individuellen Krankheitsverlaufs der Frührehabpatienten besteht eine hohe Varianz im Therapieverlauf. Entsprechend sind Therapieziele, -methoden und -schwerpunkte davon

abhängig zu machen. Das bedeutet beispielsweise, dass zur Erreichung eines Therapieziels möglicherweise eine Vielzahl von Methoden angewendet werden oder das Therapieziel neu definiert werden muss.

Dabei ist zu beachten, dass je nach zugrundeliegender Störung im Einzelfall auch eine Stabilisierung von Funktionen als Therapieziel und -erfolg gewertet werden kann.

3. tagesstrukturierende Hilfen und Orientierungstraining, Gedächtnishilfen, Gesprächsgruppen und interdisziplinäre Projektgruppen, verhaltenstherapeutische oder milieutheraeutische Programme bei mobilen Patienten mit schweren alltagsrelevanten Störungen der höheren kognitiven Funktionen und des Verhaltens,

Zur Orientierungs- und Gedächtnistherapie können unter anderem eingesetzt werden:

- Elektronische und sonstige Kommunikationshilfen (z.B. Buchstabentafel, Zeigetafel mit Symbolen)
- andere elektronische Hilfen (z.B. Pager, „Sprechende“ Uhren bei visuellen Störungen)
- Tagespläne bei exekutiven Störungen und Gedächtnisstörungen
- Gedächtnisbuch (autobiografisch, Kliniktagebuch)
- Gestaltung des unmittelbaren Umfelds durch externe Orientierungshilfen (Bilder, Uhr, persönliche Orientierungstafeln)

Gruppentherapien sind frühzeitig sinnvoll.

Voraussetzungen für die Teilnahme sollten sein:

- Integrierbarkeit in eine sozial angemessene Interaktion mit Zuwendung zu anderen Personen und Einhalten von Kommunikationsregeln
- Körperliche Belastbarkeit über die Zeiteinheit (z.B. Sitzfähigkeit)
- Einverständnis des Patienten und Kooperationsbereitschaft

Ausschlusskriterium ist fremd- und autoaggressives Verhalten.

Die Gruppengröße sollte auf vier bis sechs Patienten begrenzt sein. Die Gruppe sollte neben dem Haupttherapeuten immer mit einem Co-Therapeuten für Einzelbetreuungen (z.B. Toilettengang, vorzeitige Rückkehr ins Zimmer) durchgeführt werden. Interdisziplinäre Gruppenleitungen sind zu empfehlen und haben sich bewährt.

Mögliche Gruppenangebote sind beispielhaft:

- Orientierungsgruppe (z.B. Tagesstruktur, räumliche Orientierung)
- Gedächtnisgruppe
- Ressourcenaktivierende Gruppen (z.B.: Malen, Musik, Ton, Tiere)
- Allgemeine Aktivierungsgruppe
- stationsbezogene Patientengesprächsgruppe
- zeitlich begrenzte Projektgruppe (Ausflug, Feste)
- Edukationsgruppe (Wissensvermittlung über Hirnschädigung)
- Psychologische Gesprächsgruppe

4. Einzeltherapie zur Krankheitsverarbeitung, Verhaltenssteuerung und Identitätsfindung sowie zum Aufbau einer Zukunftsperspektive bzw. zur Rehabilitationsplanung

Beratung und Psychotherapie zur Bewältigung und Integration der Hirnverletzung in das Erleben und Verhalten sind bereits frühzeitig sinnvoll. Die anzuwendenden Methoden orientieren sich an den psychotherapeutischen Verfahren, in denen der/die jeweils behandelnde Neuropsychologe/in ausgebildet / fortgebildet ist.

Dabei müssen die Methoden kreativ an die psychische und kognitive Belastbarkeit der Frührehabilitierten adaptiert werden. Rahmenbedingungen für eine psychotherapeutische Intervention sind:

- Einverständnis und Motivation des Patienten
- Absprache über Inhalte, (begrenzte) Dauer und zeitweilig Einbeziehen weiterer Personen (Angehörige)
- Ausreichende Kommunikationsfähigkeit und Ich- Selbsterleben des Patienten
- beginnende Awareness der Krankheitssituation

Inhalte psychotherapeutischer Behandlung in der Frühphase können u.a. sein:

- Bewältigung aktueller emotionaler Belastungen
- Störungswahrnehmung und Krankheitseinsicht
- Veränderte Lebensziele / zukünftiger Rehabilitationsverlauf
- Linderung komorbider psychischer Störungen
- Kriseninterventionen bei Suizidalität
- Förderung sozial angemessener Verhaltensweisen

Angehörigenberatung: Das traumatische Ereignis einer erworbenen Hirnschädigung trifft Angehörige ebenso unvorbereitet wie Patienten. Die frühe Beratung der Angehörigen bezieht sich auf das Verständnis des neuropsychologischen Krankheitsbildes und seiner Rehabilitation, auf den eigenen Umgang mit dem angehörigen Patienten sowie auf die Bewältigung der neuen familiären und sozialen Belastungssituation. In dieser Phase ist ein vorsichtiger Umgang mit prognostischen Aussagen geboten, im Vordergrund stehen emotional stützende und aktuell beratende Betreuungsangebote.

Angehörige sollten möglichst frühzeitig mit in die Therapie einbezogen werden. Spezifische Inhalte der Arbeit mit Angehörigen sind:

- Emotionale Entlastung
- Stufenweise, individuell angepasste Information über die neuropsychologischen Störungen und den sich daraus ergebenden Konsequenzen im Alltag
- Unterstützung bei der Klärung der Bedeutung der möglichen prognostischen Krankheitsentwicklung für die eigene Lebensführung
- Information über die notwendige Therapie und prognostische Unsicherheit der neuropsychologischen Störungen (in Rücksprache mit dem Arzt/Team)
- Vermittlung bei Konflikten zwischen Team und Angehörigen
- Beratung über psychotherapeutische Behandlungsangebote und Hilfestellungen für Angehörige
- Unterstützung bei der Planung der nachfolgenden stationären oder ambulanten neuropsychologischen Behandlung
- Gruppenangebote