

Rundbrief 14

www.vfcr.de



**Susanne
Wopfner-Oberleit:**

**Der
wissenschaftliche Weg zu
einer
neuen Übung und zu
einem neuen
Therapiemittel**

Regina Klossek:

**Die Kognitiv
Therapeutischen
Übungen in der
Pädiatrie**

Hanne Karow:

**Die
Durchführung der
Übung mit dem
„Tabellone“ bei
ausgeprägter
abnormaler
Reaktion auf
Dehnung und
Irradiation**



Verein für cognitive Rehabilitation

Der Vereinsvorstand



Erste Vorsitzende
Susanne Wopfner-Oberleit
Äueleweg 18 a
A-6170 Zirl
Susanne.wopfner@gmx.at

Susanne Wopfner

Kassierer
Uwe Steinkamp
Bahnhofstr. 3
59320 Ennigerloh
Info@ergotherapie-steinkamp.de



Uwe Steinkamp



Schriftführerin
Birgit Rauchfuß
Breite Straße 23-25
D-45657 Recklinghausen
Birgit.rauchfuss@t-online.de

Erster Beisitzer
Dr. Anselm Reiners
Grünbauerstr. 15
81479 München
dranselmreiners@aol.com



Dr. Anselm Reiners

Impressum:

Herausgeber: VFCR Verein für cognitive Rehabilitation

V.i.S.d.P.: Birgit Rauchfuß
Breite Straße 23-25
D-45657 Recklinghausen

Redaktion: Susanne Wopfner-Oberleit
Äueleweg 18 a
A-6170 Zirl

Redaktionsanschrift: Birgit Rauchfuß
Breite Straße 23-25
D-45657 Recklinghausen
e-mail.
Birgit.rauchfuss@t-online.de

Layout: Matthias Volquartz

Druck: Baginski & Krahn
Posener Str. 17
D-23554 Lübeck

www.vfcr.de

Editorial

Liebe
Vereinsmit-
glieder,



Nach einer
für alle hof-
fentlich er-

holzame Sommerpause hat nicht nur der Schulalltag unserer Kinder wieder begonnen, sondern auch unser Verein ist wieder hoch aktiv. Regina Klossek, Hanne Karow, Birgit Rauchfuß und meine Wenigkeit, wir alle waren fleißig und haben – wie ich hoffe – interessante Artikel für euch geschrieben. Mein Dank gilt natürlich allen Autoren. Besonders hervorheben muss man Hanne Karow, die noch schnell vor der Geburt ihres zweiten Kindes den Artikel geschrieben hat. Wir möchten diese Gelegenheit natürlich nützen, um ihr zur Geburt ihres Sohnes Oskar zu gratulieren! Also für Nachwuchs der „Perfettigemeinde“ ist gesorgt. Auch Matthias Volquartz war wieder sehr fleißig und hat den Rundbrief in ein schönes Layout gepackt. Zudem laufen die organisatorischen Vorbereitungen für den monografischen Kurs in Santorso (15. – 17.4.10) und den zweiten monografischen Kurs in Deutschland (7. – 9.10.10) und dem Symposium in Düsseldorf (18. / 19.6.10) . Nähere Details dazu könnt ihr im nächsten Rundbrief lesen.

Wir blicken also voll Elan in die Zukunft. Doch auch die Vergangenheit spielt noch eine gewisse Rolle in unseren Gedanken, denn wir waren doch ein wenig enttäuscht, dass nicht mehr Mitglieder zum Symposium nach Berlin gekommen sind. Wir hörten viele Jahre den Wunsch, das Symposium auch einmal im Norden von Deutschland abzuhalten und so sind wir diesem Wunsch nachgekommen. Anscheinend war Berlin doch zu sehr nördlich, genauso wie Innsbruck zu sehr südlich war. Wir haben uns wirklich bemüht, das Programm interessant

zu gestalten und haben uns nicht gescheut hochkarätige Wissenschaftler zu engagieren. Prof. Tölle ist nicht nur ein hervorragender Wissenschaftler, sondern wie wir erleben konnten, auch ein hervorragender Redner. Schade dass nur so wenige Mitglieder seinen Vortrag gehört haben. Wir vom Vorstand sehen uns jedoch als Dienstleister d.h. das Symposium veranstalten wir für euch. Daher lautet unsere Bitte, dass Ihr uns Eure Wünsche bezüglich Themen und Ort bekannt gebt. Ein Fragebogen dazu liegt bei. Wir hoffen, dass viele Fragebögen zurückkommen, sodass wir noch besser auf Eure Wünsche eingehen können. Also scheut Euch nicht, Eure Wünsche kund zu tun.

Wenn wir alle Kräfte bündeln, erreichen wir alle mehr – ein mehr an Qualität und ein mehr an Quantität beim nächsten Symposium.

In diesem Sinne wünsche ich einen schönen Herbst und eine schöne Vorweihnachtszeit!

Susanne Wopfner

Inhalt:

Kontoverbindungen VFCR

Deutschland: VFCR Volksbank Ennigerloh-Oelde-Neubeckum BLZ 412 614 19 KTO 19 17 15 04 00

Österreich: Kontoverbindung s. o. NICHT das Formular "Auslandsüberweisung" benutzen, dieses kostet ca. € 18,- Bearbeitungsgebühr. Formular "**EU-Standard**" benutzen, dieses kostet max. € 0,80
Folgende Nr. sind notwendig: BIC: GENODEM1OEN
IBAN: DE18 4126 1419 1917 1504 00
(www.iban-rechner.de zur Ermittlung von BIC und IBAN im Internet anhand BLZ und KTO)

Schweiz: (Für Bareinzahlung am Postschalter und Überweisung)
Euro SIC Clearing -Nr. Finanzinstitut: 9000
Name Finanzinstitut: Post Finance, Swiss CH - 3030 Bern Kontonummer: 91 - 24 28 59 - 5

Name Begünstigter: Verein für cognitive Rehabilitation VFCR e.V. DE-Singen

Susanne Wopfner-Oberleit:

Der wissenschaftliche Weg zu einer neuen
Übung und zu einem neuen Therapiemittel

Seite: 6**Regina Klossek:**

Die Kognitiv
Therapeutischen Übungen in der Pädiatrie

Seite: 14**Hanne Karow:** Die Durchführung der
Übung mit dem „Tabellone“ bei
ausgeprägter abnormer Reaktion auf
Dehnung und Irradiation**Seite: 16****Birgit Rauchfuß:** Aufenthalt eines
deutschen Patienten in der „Villa Miari“**Seite: 20****Heidrun Brand-Pingsten:** „Wissenschaft
leben“ Eindrücke vom 11. Symposium des
VFCR in Erkner**Seite: 21****Protokoll der Mitgliederversammlung****Seite: 24****Kurstermine 2009/10****Seite: 26**

**Susanne
Wopfner-Oberleit:**

Der wissenschaftli- che Weg zu einer neuen Übung und zu einem neuen Therapiemittel

Ein gewagter Titel – der wissenschaftliche Weg! Dürfen wir „Praktiker“, also wir Therapeuten, überhaupt das Wort „Wissenschaft“ in Anspruch nehmen? So mancher würde das verneinen. Doch was heißt „Wissenschaft“ bzw. „wissenschaftlich“ überhaupt? Bei meiner Recherche bin ich auf folgende Definitionen gestoßen: „Wissenschaft ist die Erweiterung des Wissens durch Forschung. Die Forschung beginnt mit einer Fragestellung, die sich aus früherer Forschung, einer Entdeckung oder aus dem Alltag ergeben kann. Der erste Schritt besteht darin, die Forschungsfrage zu beschreiben, um ein zielgerichtetes Vorgehen zu ermöglichen. Forschung ist die methodische Suche nach neuen Erkenntnissen sowie deren systematische Dokumentation und Veröffentlichung. Die Überprüfung der Wissenschaftlichkeit eines Forschungsprozesses erfolgt im Rahmen der internationalen Diskussion auf Workshops, Tagungen und Kongressen“.

Wenn man sich diese Definitionen vor Augen hält, so kann man schon sagen, dass auch mehr praktisch orientierte Berufsgruppen wissenschaftlich arbeiten können und sollten. Es ist das Suchen, das „sich Fragen stellen“, das Entwerfen und Verwerfen von Gedanken, das Neuentwickeln und das Kritisieren des eigenen Entworfenen, das einen Prozess zu einem wissenschaftlichen Prozess macht. Und genau das ist das Ziel dieses Artikels: Ich möchte und werde hier nicht die perfekte

Übung und das perfekte Therapiemittel vorstellen, denn auch das gehört zum wissenschaftlichen Denken, dass man das, was man geschaffen hat, ständig kritisch betrachtet und danach strebt eine immer bessere Lösung zu finden – insofern wird es nie eine perfekte Übung oder ein perfektes Therapiemittel geben. Das was ich näher bringen möchte, ist dieser Prozess des Forschens, der mit einer Frage beginnt und der nicht mit dem Entwerfen einer Übung endet, denn der wissenschaftliche Weg endet nie. Man kann also mit Recht sagen: der Weg ist das Ziel! In diesem Artikel wird nun ein kleiner Teil des wissenschaftlichen Weges geschildert.



Susanne Wopfner

Alles was man betrachtet und erforscht, kann man von unterschiedlichen Gesichtspunkten aus betrachten. Das was herauskommt, hängt entscheidend vom Blickwinkel ab. Das heißt, es entstehen völlig unterschiedliche Übungen, je nach dem von welchem Blickwinkel man die Pathologie betrachtet. Denken Sie nur an den gewaltigen Unterschied, der herauskommt, wenn das Bewegungsdefizit eines Hemiplegiepatienten als alleiniges Kraftdefizit oder eben als Defizit der Erkennungsprozesse angesehen wird – die unterschiedlichen Übungen haben nichts mehr gemeinsam.

Doch beginnen wir am Anfang: Von welchem Blickwinkel bzw. von welcher Hypothese ausgehend wurden die ersten „Perfetti-Übungen“ entwickelt? Die allerersten Anfänge der so genannten „Kognitiv Therapeuti-

schen Übung“ bzw. der neurokognitiven Rehabilitation begannen aus einer Unzufriedenheit heraus. Man wollte die Funktion der oberen Extremität und die der Hand besser wiederherstellen, als das zu jener Zeit erreicht wurde. Die erste Hypothese, und damit der erste angewandte Blickwinkel auf das Problem, war folgende: Die Hand ist ein wichtiges Tastorgan und daher muss man diesem Tastorgan taktile Reize anbieten, die der Patient zu Informationen verarbeiten muss. Um diese Hypothese zu überprüfen, wurden damals Übungen entwickelt, bei denen die Hand des Patienten über verschiedene Oberflächen geführt worden ist, und der Patient musste diese taktilen Reize mit geschlossenen Augen verarbeiten, d.h. die verschiedenen Oberflächen erkennen und unterscheiden.

Sehr schnell jedoch wurde das Problem von einem weiteren Blickwinkel betrachtet, nämlich dem Blickwinkel der spezifischen Motorik. Man sagte, der Patient kann nicht mehr entsprechend die obere Extremität und die Hand benutzen, nicht nur, weil er nicht mehr entsprechend Information vom Körper und der Umwelt einholen und benutzen kann, sondern auch, weil der Patient durch verschiedene pathologische Elemente, wie z.B. der abnormalen Reaktion auf Dehnung oder der abnormalen Irradiation an einem physiologischen Hantieren gehindert wird. Jetzt wurde das Problem also sowohl unter dem Gesichtspunkt der Informationseinhaltung erforscht, als auch unter dem Gesichtspunkt der heute bekannten vier pathologischen Elemente (abnormalen Reaktion auf Dehnung, abnormalen Irradiation, Elementares Schema, Rekrutierungsdefizit) untersucht.

Es mussten also Übungen gefunden werden, die das Problem gleichzeitig von beiden Blickwinkeln aus betrachten – vom Blickwinkel der „Bedeutung der Informationseinhaltung“ und vom Blickwinkel der „Spezifischen Motorik“ aus.

Es wurden sehr viele Übungen entwickelt, die positive Auswirkungen aus beiden Blickwinkeln haben – auf die Elemente der spezifischen Motorik und auf die Bedeutung der Informationseinhaltung.

Die Forschung ging jedoch weiter. Wie viele von Ihnen wissen, gibt Prof. Perfetti jedes Jahr ein Thema vor, das in dem jeweiligen Jahr zum Forschungsthema gemacht wird. Das heißt, in mehreren Forschungstagen unter den Dozenten und dann im Herbst beim großen Kongress in Santorso wird das Forschungsthema erläutert und diskutiert und Erkenntnisse ausgewertet, die man gemeinsam mit den Patienten und am Patienten erlangt hat. Es ist auch Ziel dieses Artikels, dem Leser die Ergebnisse aus dieser Forschungsarbeit bekannt zu geben.

Das Thema des letzten Jahres war die Rehabilitation der Hand. Der Beginn einer jeden Forschungsarbeit ist das kritische Reflektieren des bisher Gültigen und das sich Fragen stellen.

Eine der Fragen lautete: Ist die Hand gleich zu interpretieren wie alle anderen Körperteile oder hat die Hand spezielle Besonderheiten, die auch bei den Übungen berücksichtigt werden müssen?

Was spricht für gleich?

- Die motorische Organisation der Hand im primär motorischen Areal scheint nach heutigen Erkenntnissen gleich zu sein wie, die aller anderen Körperteile.
- Alle Körperteile haben eine Bedeutung vom informativen Standpunkt, also alle Körpersegmente sind bei der Konstruktion von Informationen beteiligt.

Speziell in den 90er Jahren hat man von der Besonderheit abgesehen und man hat gesagt, das was für die Hand gilt, gilt auch für die anderen Körperteile. Das heißt, alle Teile müssen daher nach denselben Prinzipien wiederhergestellt werden.

Also ist die Hand gleich wie alle anderen Körperteile zu betrachten, oder doch nicht?

Was spricht für anders?

Es wurde immer schon maximale Aufmerksamkeit auf die Erforschung der Fragmentierungsfähigkeit gerichtet. Aber das ist eine Eigenschaft des gesamten Körpers, auch der Rumpf und der Fuß haben eine Fragmentierungsfähigkeit.

Dennoch sind die einzelnen Körperteile unterschiedlich konstruiert und das hat eine Bedeutung. Dies ist nicht zufällig so gemacht, denn durch die unterschiedlichen Bauarten der Körperteile können sich die verschiedenen Segmente in unterschiedlicher Weise fragmentieren, um verschiedene Unterschiede wahrzunehmen. Es zählt also nicht nur die Fragmentierung, sondern auch welche Fragmentierung. Eben durch die andersartige anatomische Konstruktion sind die Rezeptor – Oberflächen anders und anders kombinierbar und damit sind auch andere Interaktionsarten möglich.

Die Fragen lauten daher:

- Wieso benötigt der Mensch ein Segment / ein System strukturiert wie die Hand?
- Welche Informationen kann die Hand einholen bzw. konstruieren, die die anderen Körperteile nicht konstruieren können?
- Welche Probleme kann die Hand lösen, die von den anderen Körperteilen nicht in dieser Form gelöst werden können?

Daher lautet die eigentliche Frage dann doch: Welche Besonderheiten unterscheiden die Hand von den anderen Segmenten?

Bei der Forschungsarbeit im letzten Jahr hat sich herausgestellt, dass die Hand doch spezielle informative Mechanismen besitzt. Unter Mechanismus versteht man eine zentral-periphere Einheit. Es ist das Ergebnis der interaktiven Einheit Körper – Geist. Es wurde informativer Mechanismus genannt, weil die Hand dank dieser Mechanismen Unterschiede bzw. Informationen konstruieren kann, die von großer Bedeutung für das gesamte System sind und die von anderen Körperteilen nicht in dieser Form eingeholt werden können.

Bei der Erforschung wurden 8 verschiedene informative Mechanismen identifiziert:

- Exploration außerhalb des Sehen:
- „Hinter der Ecke“ – die umhüllende Exploration: Die Hand kann einen Gegenstand er-

kunden, indem sie ihn umfasst und dementsprechend auch Elemente erkennt, die das Auge nicht erfasst.



- b) „Unter dem Tuch“: Die Hand kann beim Erkennen „sehen“, wo das Auge nicht sieht, wenn z.B. die Hand Dinge unter einem Tuch erfährt.

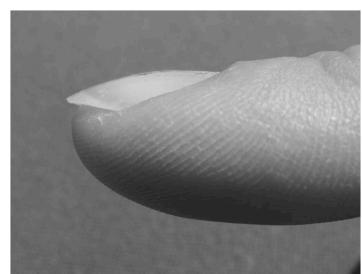


2. Ausdehnung der explorierenden Oberfläche: Die Hand kann die Dimension ihrer Oberfläche je nach Größe des Gegenstandes und je nach Interaktionsart extrem verändern – die

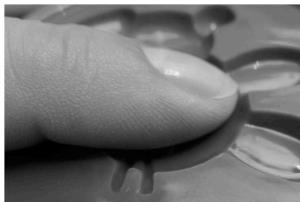


explorierende Oberfläche kann extrem klein oder sehr groß sein.

3. Fingerkuppe: Die Fingerkuppe ist nicht flach sondern geformt wie eine Halbkugel. So kann sie nicht nur eine zweidimensionale son-



4. denn auch dreidimensionale Analyse über die Dinge der Welt erstellen. Sie kann fast wie das kugelförmige Auge die Welt „sehen“. Bei Vertiefungen schmiegt sich der „Bauch“ der Fingerkuppe in die Einkerbung und sieht so,



was in der Tiefe liegt, und bei Erhebungen kann sich der weiche Fingerkuppenbauch an die



Kanten und Erhebungen anmodellieren. Für das Erkennen ist es von größter Bedeutung, ob man einen Reiz zentral in der Fingerkuppe zu spüren bekommt, oder weiter vorne, weiter hinten oder seitlich, ob es eine horizontale Berührung ist oder eine vertikale oder doch nur ein Punkt. Durch eine einzige Berührung der Fingerkuppe, bekommt das System schon die Information, in welche Richtung bewegt werden muss.

5. Variable Relationen zwischen den explorierenden Elementen: die fünf Finger zusammen mit dem variablen Handteller können



untereinander immer wieder neue Relationen, neue Beziehungen eingehen. Unsere Hand funktioniert fast so wie ein Kaleidoskop – die Elemente bleiben immer die gleichen - fünf Finger, ein Handteller und das Handgelenk - aber diese Elemente können enorm viele unterschiedliche

Relationen eingehen. Diese gewaltige Variabilität der Relationen macht die Hand zu etwas ganz Besonderem.



6. Pluridimensionale simultane Analyse: durch die relative Unabhängigkeit der Elemente untereinander kann die Hand simultan von vielen Rezeptoroberflächen unterschiedliche Informationen einholen, mitei-



nander vergleichen und integrieren. Die Hand leistet wahrlich eine enorme sensorische Integrationsarbeit. Wenn zum Beispiel die Hand einen Gegenstand hält, steht jeder Finger in einer leicht anderen Stellung, d.h., von jedem Gelenk kommt eine andere kinästhetische Information und unser ZNS muss nun all diese



Informationen integrieren. Man muss zu einer informativen Kohärenz kommen, sodass dann alle Finger melden: „Das ist ein Stift von ca. einem halben cm Dicke“. Noch schwieriger ist die sensorische Integration, wenn Informationen von mehreren unterschiedlichen Rezeptorquellen kommen – also taktile, kinästhetische In-

formationen, Druckinformationen etc., wie es z.B. beim Ertasten eines Stofftieres passiert. Alle fünf Finger plus der Handteller bekommen unterschiedliche taktile, kinästhetische und Druckinformationen. Diese gewaltige Informationsmenge muss zu einem Ganzen gemacht werden.

7. Austauschbare Bedeutung der Finger: Die Funktionen und Aufgaben der einzelnen Finger sind



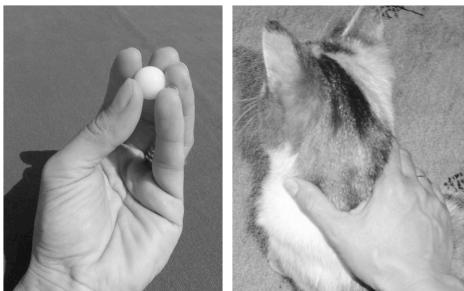
nicht fix festgelegt, sondern je nach Funktion und Ziel der Handlung veränderbar. In einer Situation wird der Daumen als Tastelement benutzt, in einer anderen Situation hat er Haltefunktion. Einmal spürt man mit dem Zeige-



finger, im nächsten Moment mit dem Mittelfinger.

8. Organisation Handteller: Ohne die Fragmentierbarkeit und damit Verformbarkeit des Handtellers, könnten die Finger nie diese variablen Beziehungen eingehen. Speziell der Kontakt zwischen Daumen und kleinem Finger oder Ringfinger ist nur durch die Verformungsmöglichkeit des Handtellers möglich. Der Handteller kann aber noch mehr – er kann selbst eine explorierende Oberfläche sein. Wenn man z.B. eine Katze streichelt, so erspürt man das weiche Fell der Katze nicht nur mit den Fingern sondern vor allem auch mit dem Handteller.

9. Kooperation von Handgelenk und Ellbogen: Um aber den Handteller und damit die Finger variabel im Raum ausrichten zu können,



braucht es noch mehr als Finger und Handteller. Nur dank des Handgelenks und des Unterarms ist die variable Ausrichtung der Hand im dreidimensionalen Raum möglich.

All diese informativen Mechanismen machen die Hand doch zu etwas Besonderem. Aber das Zauberhafte, das was schon an Magie grenzt, ist die Tatsache, dass all diese Mechanismen auch gleichzeitig aktiviert werden können.

Nachdem nun die informativen Mechanismen der Hand bekannt waren, haben wir uns überlegt, ob die bisher angewendeten Übungen für die Hand diesen Mechanismen gerecht werden und wir mussten feststellen, dass viele Übungen, wenn überhaupt, nur ein oder zwei dieser Mechanismen aktivieren.

Wir haben also letztes Jahr begonnen, Übungen zu kreieren, die möglichst viele informative Mechanismen aktivieren sollten. Herausgekommen sind viele sehr interessante Übungen, die in der Tat sehr hilfreich sind, um die genannten acht Mechanismen zu aktivieren.

Doch auch bei neu Entworfenem soll man nicht verifizierend arbeiten, also sich auf die Schulter klopfen und das hervorheben, was gut ist und was gelungen ist, sondern man sollte immer – wie Karl Popper sagt – falsifizierend arbeiten, also immer nach dem suchen, was nicht gut ist und was man besser machen könnte.

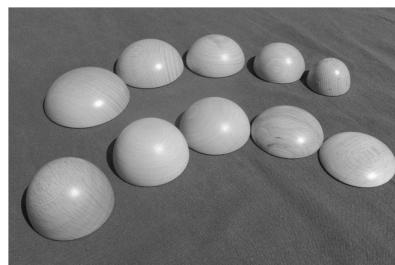
Also was ist nicht so gut: Die neuen Übungen sind primär aus dem Blickwinkel der informativen Mechanismen entstanden und das war meiner Meinung nicht ganz so günstig, denn der Blickwinkel der spezifischen Motorik wurde etwas außer Acht gelassen. Was war nun das Resultat dieser etwas einseitigen Sichtweise? Es sind sehr interessante Übungen ent-

standen, die aber bei vielen Hemiplegiepatienten oft nur schwer durchführbar sind, eben weil sie viele pathologische Elemente aufweisen, wie die abnorme Irradiation oder die abnorme Reaktion auf Dehnung oder schwere Sensibilitätsstörungen.

Mein Ziel war es diese zwei Blickwinkel zu vereinen, also den Blickwinkel der spezifischen Motorik und den Blickwinkel der informativen Mechanismen. Ich wollte eine Übung erfinden, die viele, wenn möglich alle, informative Mechanismen aktiviert und die gleichzeitig mit allen oder zumindest mit sehr vielen Hemiplegiepatienten durchführbar ist, d.h. mit Patienten, die z.B. Irradiationen oder erhöhten Stretchreflex aufweisen.

Die Entwicklung der neuen Übung

Ausgangspunkt meiner Überlegung war das Integrieren des Mechanismus „Handteller“, da dieser Mechanismus bei den alten Übungen so gut wie nie aktiviert worden ist. Der Mechanismus Handteller musste also unbedingt dabei sein. Daher kam ich auf die Idee die Halbkugeln der Fir-

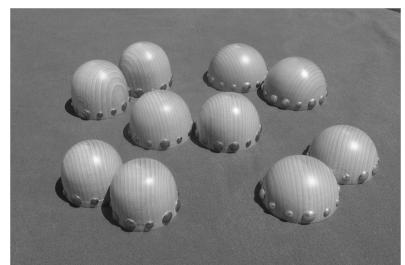


ma Atoform zu benutzen. Dabei muss der Patient seine Hand über die Halbkugel legen, also die Hand sozusagen wie ein Tuch so verformen und an die Halbkugel anpassen, dass er sowohl die Höhe als auch den Durchmesser der Halbkugeln erkennen kann. Bei dieser informativen Funktion ist hauptsächlich der Handteller beteiligt. Dies ist für sich schon eine sehr gute Übung und ich habe schon viele positive Effekte damit erzielt. Aber ich wollte bei dieser Übung auch noch den Mechanismus der Fingerkuppe und die pluridimensionale simultane Analyse integrieren. Die Idee war, zum Erkennen der Halbkugel noch eine ertastende Aufgabe für die Fingerkuppen hinzuzufügen. Die Idee war schnell geboren, doch die Realisie-

rung hatte so ihre Tücken und dauerte dann sehr viel länger als geplant.

Schritt 1: Form der Halbkugeln:

Zunächst musste ich mir Gedanken über die Form der Halbkugeln machen. Um die, für das Erkennen, optimale Höhe und Breite der Halbkugeln zu finden, habe ich zuerst mit Hilfe von Wachskerzen und dann mit Plastilin einige Prototypen entworfen. Durch das eigene Erleben dieser Erfahrungen und auch dank einiger Patienten, die die Prototypen ausprobierten, konnten die optimalen Höhen und Breiten gefunden werden. Einerseits mussten die Formen der Halbkugeln so sein, dass eine ausgewachsene Hand die Halbkugeln gut umfassen kann (für Kinder müsste man vielleicht kleinere Halbkugeln machen). Andererseits mussten die Unterschiede der Höhen und Breiten so groß sein, dass man sie zwar gut unterscheiden kann, der Abstand durfte wiederum nicht zu groß sein, da sonst der Erkennungsprozess zu gering angeregt werden würde, da der Unterschied zu offensichtlich wäre. Insgesamt sind 5 verschiedene Halbkugeln entstanden, sodass man unterschiedliche Serien kreieren kann – eine Dreier-Serie, bei der sich nur der Durchmesser der Halbkugeln ändert, eine Dreier-Serie, bei der sich nur die Höhe ändert und eine Dreier-Serie, bei der die kleinste Halbkugel gleich hoch ist wie die nächste aber einen kleineren Durchmesser hat und die mittlere Halbkugel

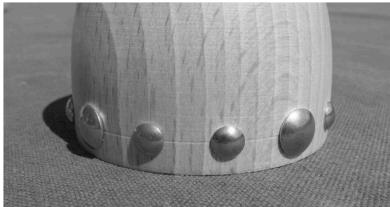


gleich breit ist wie die Höchste aber dafür weniger hoch ist. Bei dieser Serie ändert sich also entweder der Durchmesser oder die Höhe. Natürlich kann man für besonders talentierte Patienten alle 5 unterschiedlichen Halbkugeln als eine Serie benutzen.

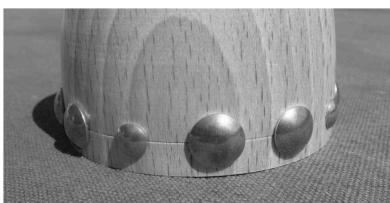
Schritt 2: Tastelement:

Nun musste ich mir Gedanken machen, wie ich die Tastelemente für die Fingerkuppen zu den Halbkugeln

hinzufügen kann. Die erste Idee war, aus Holz Halbkugeln mit kleinen Erhebungen am Rand machen zu lassen. Doch der beauftragte Schreiner gab mir zu Bedenken, dass das Umfangen kosten würde, da er für jede Halbkugel ein Modell anfertigen müsste. Es war die Idee dieses engagierten Schreiners, Polsternägel für die Tastaufgaben zu benutzen. Nun begann die Suche nach geeigneten Polsternägeln, was gar nicht so leicht war, denn die Idee lautete folgendermaßen: Von jeder Halbkugel gibt es zwei, die in Höhe und Breite identisch sind, die sich aber bei den Polsternägeln unterscheiden. Der Patient sollte aber nicht durch die Berührung einer Fingerkuppe mit einem Polsternagel erkennen, um welche Halbkugel es sich handelt. Sondern das Erkennen sollte nur dann möglich sein, wenn der Patient mit mehreren Fingerkuppen Polsternägel ertastet. Erst durch den Vergleich der Informationen von mehreren Fingerkuppen, sollte man die jeweilige Halbkugel erkennen. Die Idee war also zwei verschiedene Nagelköpfe zu benutzen, die aber bei den jeweiligen Halbkugeln unterschiedlich angeordnet werden: bei der ersten Halbkugel lautet die Anordnung A A B A A B ... – also zwei mal den einen Nagelkopf und einmal den anderen Nagelkopf – und bei der



zweiten Halbkugel lautet die Anordnung B B A B B A... Nach langer Suche habe ich zwei Polsternägelköpfe gefunden, die in ihrer Machart – wieder Halbkugelform – gleich sind und sich nur in ihrer Größe unterscheiden. Da die zwei Nagelköpfe jeweils halbrund sind, kann man beim Ertasten mit einer Fingerkuppe noch nicht sagen, ob es der kleine



oder der große Nagelkopf ist. Erst

durch das Ertasten eines zweiten oder oft auch eines dritten Nagelkopfes wird klar, welche Größe der erste Nagelkopf hat, denn Wahrnehmen ist das Erkennen von Unterschieden.

Durch die Qualität und Anordnung der Nagelköpfe ist der Patient gezwungen immer mit drei verschiedenen Fingerkuppen Informationen einzuholen. Wieso? Wenn er mit zwei Fingerkuppen z.B. Daumen- und Zeigefingerkuppe zwei Nagelköpfe ertastet, kann er folgende Anordnung erspüren: entweder A B oder B A und kann somit nicht erkennen welche Halbkugel es ist. Er braucht die Information einer dritten Fingerkuppe. Selbst wenn er zwei gleich Nagelköpfe erwischt also z.B. A A oder B B, braucht er trotzdem noch die Information eines dritten Nagelkopfes, denn um erkennen zu können, ob es ein großer oder kleiner Nagelkopf ist, braucht man den Vergleich und damit den Unterschied zur anderen Größe. Diese Anordnung ist für das Aktivieren einiger informativer Mechanismen, wie es weiter unten noch erklärt wird, von großer Bedeutung.

Die berechtigte Frage lautete nun: Aktiviert diese Übung bzw. dieses Therapiemittel viele bzw. alle informativen Mechanismen und berücksichtigt sie auch die pathologischen Elemente der spezifischen Motorik?

Informative Mechanismen

1. Außerhalb des Sehen

a. hinter der Ecke: Da die Hand auf der Halbkugel liegt bzw. diese umfasst, ist für den Patienten nur der Handteller und eventuell der Daumen sichtbar aber nicht die Fingerkuppen der anderen Finger. Das heißt die Fingerkuppen II – V „sehen“, was das Auge nicht sieht.

b. unter dem Tuch: Als Übungsvariante kann man vor dem Ertasten noch zusätzlich einen Stoff über die Halbkugel legen, sodass sowohl das Erkennen der Halbkugel als auch das Erkennen der Nagelköpfe schwieriger wird. Je dicker der Stoff ist, desto schwieriger wird die Aufgabe.

2. Ausdehnung der explorierenden Oberfläche: Da sich die Halbkugeln in Höhe und Durchmesser unter-



Hinter der Ecke



scheiden, müssen sich der Handteller und die Finger in unterschiedlichem Maße „ausdehnen“, um sich über die Halbkugeln legen zu können.



3. Fingerkuppe: Die Fingerkuppen liefern bei dieser Übung äußerst wichtige Informationen. Ursprünglich dachte ich, dass es genügt, den zentralen Teil der Fingerkuppe – also dort wo der Fingerkuppenbauch am dicksten ist – auf den Nagelkopf zu legen, um ihn erkennen zu können. Aber es hat sich herausgestellt, dass der vordere Teil der Fingerkuppe – also der Teil gleich hinter dem Nagel – am Besten die Nagelköpfe erkennt und zwar, indem man den Finger so bewegt, dass eben der vordere Teil der Fingerkuppe über die Halbkugel des Nagelkopfes fährt. Man berührt als mit der vorderen Fingerkuppe das

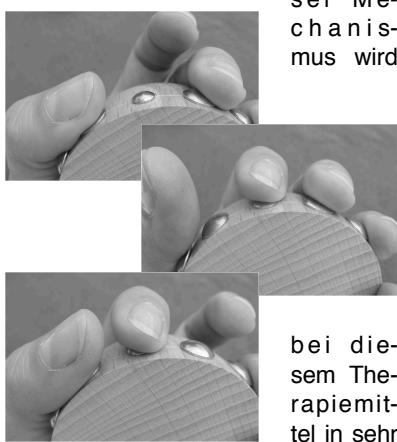


untere Ende und fährt den Nagelkopf bis zum oberen Ende entlang.



4. Variabilität der Relationen zwischen den explorierenden Elementen: Um die Nagelköpfe zu erkennen, ist es wichtig die Informationen zu vergleichen. Der Patient ist also gezwungen, immer wieder neue Relationen zwischen den Finger einzugehen, da er z.B. die Informationen von Daumen und Zeigefinger, dann wieder von Daumen und Mittelfinger und dann wieder von Mittelfinger und Daumen vergleichen muss.

5. pluridimensionale simultane Analyse: Dieser Mechanismus wird



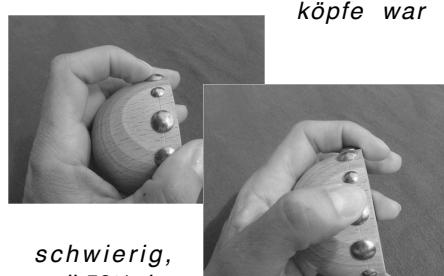
Ausmaß aktiviert. Das Schwierige bei der Wahrnehmung ist nicht das Einholen und Verarbeiten einer Information, sondern eben wie es bei dieser Übung notwendig wird, das simulta-



ne Einholen und Vergleichen von qualitätsmäßig verschiedenen Informationen aus unterschiedlichen Informationsquellen. Um die richtige Halbkugel erkennen zu können, muss der Patient einmal die primär kinästhetischen Informationen vom Handteller einholen. Zudem muss er taktile Informationen von mindestens drei Fingerkuppen verarbeiten. Schließlich muss er auch noch kinästhetische Informationen von den verschiedenen Fingergelenken einholen und verarbeiten. Denn wie schon erläutert, kann man die Nagelköpfe nur dann erkennen, wenn man dem halbkugelförmigen Nagelkopf entlangfährt, um so die Größe erspüren zu können. Dies ist eben nur möglich, wenn man den Finger bewegt. Somit ist in Summe das Einholen, Verarbeiten und Vergleichen von kinästhetischen Informationen vom Handteller, von taktilen Informationen der Fingerkuppen und von kinästhetischen Informationen der Fingergelenke notwendig.

6. austauschbare Bedeutung der Finger: Die Bedeutung der Finger ändert sich bei dieser Übung kontinuierlich. In einem Moment muss der Daumen die Halbkugel fixieren, im nächsten Moment ertastet der Daumen einen Nagelkopf.

7. Organisation Handteller: Dieser Mechanismus war ja der Ausgangspunkt für die Entstehung des Therapiemittels. Es war das Ziel den Handteller sehr bewusst zu machen, da dies bei den üblichen Übungen bisher nicht der Fall war. „Das Spüren der Nagelköpfe war



schwierig, weil 50% der

Aufmerksamkeit im Handteller war!“
Diese Aussage eines Patienten zeigt sehr gut, wie bewusst der Handteller bei der Benutzung dieses Therapiemittels wird.

8. Kooperation von Handgelenk und Unterarm: Auch dieser Mecha-



nismus wird bei dieser Übung aktiviert, da der Patient das Handgelenk in der

9. Dorsal- bzw. Palmarflexion variieren muss, um einerseits den Handteller an die Halbkugel anpassen zu können und um andererseits mit dem Handgelenk auch einen Gegendruck zu den Fingerspitzen ausüben zu können. Zudem kann man als Variante die Halbkugeln auch noch in Supinationsstellung erkennen lassen,



sodass man dadurch auch eine Variation in der Pro- und Supination hat.



Mit einem gewissen Erfinderstolz kann ich also sagen, dass bei der Anwendung dieses Therapiemittels alle acht informativen Mechanismen der Hand aktiviert werden.

Spezifische Motorik

Ob diese Übung auch positive Auswirkung auf die Elemente der spezifischen Motorik hat, war im Vorhinein nicht klar, sondern musste anhand von Patienten mit spezifischer Motorik ausgetestet werden.

Abnorme Irradiation: Sehr erfreulich, da in diesem großen Ausmaß nicht erwartet, ist die Kontrolle der abnormen Irradiation. Bei allen (!) getesteten Patienten, die teilweise starke Irradiationen aufwiesen, zeigte sich eine deutliche bis vollständige Verminderung der Irradiationen an den Fingern. Meist sind zu Beginn der Übung noch deutliche Irradiationen zu sehen und zu spüren. Doch sobald sich die Patienten verstärkt auf das Erkennen der Nagelköpfe konzentrieren, spürt man, wie die Finger „dahin schmelzen“. Gemeint ist natürlich, dass die Irradiation kontrolliert wird.

Abnorme Reaktion auf Dehnung: Es hat sich gezeigt, dass bei dieser Übung auch die abnorme Reaktion der Finger- und Handgelenksflexoren sehr gut unter Kontrolle gebracht werden kann. Da die einzelnen Finger immer wieder leicht abgehoben werden, kommt es immer wieder zur Dehnung der Flexoren, womit eine Kontrolle der abnormen Reaktion auf Dehnung (ARD) angeregt wird. Durch die hohe Konzentration auf den jeweiligen bewegten Finger, konnte diese Kontrolle der ARD bei allen getesteten Personen erreicht werden. Wenn ein Patient eine ARD aufweist, lege ich auch großen Wert auf das anschließende bewusste – passive oder aktive - Öffnen der Finger und auf das Ablegen der geöffneten Hand auf den Tisch.

Fragmentierung: Wenn die Übung 3. Grades durchgeführt wird, muss der Patient seine Hand in einer äußerst komplexen Form fragmentieren. Bei den Übungen 2. und 1. Grades muss natürlich der Therapeut die Fragmentierung je nach Entwicklungsstand des Patienten mehr oder weniger unterstützen. Bei der Anwendung dieses Therapiemittels ist eine Fragmentierung sowohl in transversaler als auch in sagittaler Ebene

notwendig. Damit sich der Handteller der jeweiligen Halbkugel anpassen kann, muss er sich mehr oder weniger in transversaler Ebene fragmentieren, d.h. die ulnare und radiale Kante müssen sich mehr oder weniger annähern.

Die Fragmentierung in sagittaler Ebene erfolgt einmal zwischen Handgelenk und Fingerspitzen. Um die Nagelköpfe ertasten zu können, muss die jeweilige Fingerkuppe über den Nagelkopf fahren, wodurch ein Druck Richtung Handgelenk aktiviert wird. Andererseits muss das Handgelenk einen Druck Richtung Fingerspitzen aufbauen, um die Halbkugel stabil halten zu können. Zudem kommt es zu einer sagittalen Fragmentierung zwischen den einzelnen Fingern, da immer wieder ein Finger leicht abgehoben wird, also in Extension geht und ein anderer Finger einen Nagelkopf berührt, also in Flexion geht.

Rekrutierungsdefizit: Auch die Verminderung des quantitativen Rekrutierungsdefizites wird bei dieser Übung angeregt, da der Patient beim diesem Erkennungsprozess zu Mikrobewegungen von Handteller und Fingern animiert wird.

Sehr erfreulich ist die schnell eintretende Kontrolle des qualitativen Rekrutierungsdefizites. Schnell ist den Patienten bewusst, dass zu festes Drücken auf die Nagelköpfe das Erkennen verhindert und dass nur ein langsames Gleiten über die Nagelköpfe zum Ziel führt.

Taktiles Sensibilitätsdefizit: Erstaunlich ist, in welchem Ausmaß die taktile Wahrnehmungsfähigkeit im Bereich der Fingerkuppen gesteigert werden kann. Bei fast allen getesteten Patienten schien der Anfang ernüchternd, denn zu Beginn der Übung sagten fast alle Patienten: „Ich spür überhaupt keine Nagelköpfe!“ Geschweige denn, dass sie die Größe der Nagelköpfe erkennen konnten. Doch schon nach wenigen Sekunden, in denen ich die Fingerkuppe eines Fingers mehrmals über einen Nagelkopf geführt habe, sagen sie plötzlich: „Ja jetzt ist er da. Jetzt spür ich ihn.“ Die hohe Fokussierung auf einen Teil der Fingerkuppe scheint für die plötzliche Verbesserung der taktilen Wahrnehmungsfähigkeit verantwortlich zu sein.

Durchführung bei Hemiplegiepatienten

Es war von Beginn an klar, dass sich die Durchführung der Übung bei gesunden Personen und bei Patienten unterscheiden wird. Doch inwieweit man die Durchführung verändern muss, konnte man im Vorhinein nicht sagen, sondern musste man mit Patienten austesten.

Es hat sich gezeigt, dass die verschiedenen Funktionen, die bei der Anwendung dieses Therapiemittels aktiviert werden, bei Patienten und insbesondere bei neurologischen Patienten nacheinander erarbeitet werden müssen, um letztendlich alle Funktionen gleichzeitig aktivieren zu können.

Nur die Halbkugeln erkennen lassen

a) **Das Erkennen der Halbkugel mit einer Hand:** Es hat sich als günstig herausgestellt, die Halbkugeln zuerst mit der gesunden Hand erkennen zu lassen, sodass der Patient schon die richtigen mentalen Prozesse aktiviert, wenn er beginnt, die Halbkugeln mit der betroffenen Hand zu erspüren. Natürlich kann man auch hier den Schwierigkeitsgrad variieren, indem man die Anzahl der zu ertastenden Halbkugeln verändert – von nur zwei sehr unterschiedlichen Halbkugeln bis zu 10 verschiedenen Halbkugeln.

b) **Das Erkennen von zwei Halbkugeln mit beiden Händen:** Schon sehr viel schwieriger wird die Übung, wenn der Patient sowohl unter die gesunde als auch unter die betroffene Hand eine Halbkugel gelegt bekommt. Hier muss der Patient von beiden Handtellern Informationen aufnehmen und miteinander vergleichen. Besonders das Vergleichen stellt den schwierigeren Teil dieser Übungsvariante dar. Auch beim Vergleichen kann man zwei Schwierigkeitsgrade anwenden: Leichter ist es, wenn man den Patienten nur fragt: „Sind die Halbkugeln gleich?“ Schwieriger wird es schon, wenn man anschließend oder von Anfang an fragt: „Welche Halbkugeln liegen unter Ihren Händen?“

Nur Nagelköpfe ertasten lassen:

Eine weitere mögliche leichtere Übungsvariante ist das Erkennen lassen der Nagelköpfe, ohne dass der Patient die Halbkugel erkennen muss. Er kann sich also gänzlich auf die Fingerkuppen konzentrieren. Mögliche Varianten sind folgende:

- Nur mit einem Finger der betroffenen Hand hintereinander zwei Nagelköpfe ertasten lassen. Fragestellung: „Sind sie gleich oder nicht?“ Dieser Vergleich ist insofern leichter, da nur ein Finger benutzt wird.
- Mit einem Finger der betroffenen Hand und einem Finger der gesunden Hand (z.B. Zeigefinger) zwei Nagelköpfe vergleichen – Fragestellung: „Sind sie gleich oder nicht?“ Dieser Vergleich ist sehr viel schwieriger, da Informationen von zwei verschiedenen Informationsquellen kommen, wobei die Information, die vom gesunden Finger kommt eindeutig und klar ist, was meistens ein Vorteil ist, da der Patient einen Nagelkopf sehr gut spürt. Manchmal kann dieser Vergleich aber auch schwieriger sein und zwar dann, wenn sich die Information von der betroffenen Seite durch das Sensibilitätsdefizit völlig anders anfühlt als auf der gesunden Seite. Dann wird ein Vergleich oft schwierig. Bei unterschiedlichen Nagelköpfen kann man dann fragen: „Welcher ist größer?“
- Mit zwei Fingern der betroffenen Hand abwechselnd zwei Nagelköpfe ertasten und dadurch vergleichen: Fragestellung: „Sind sie gleich oder nicht?“ „Welcher ist größer?“ Bei dieser Variante können natürlich immer wieder neue Fingerkombinationen gewählt werden, um so noch besser den informativen Mechanismus Nummer 4, also die Variabilität der Relationen zwischen den explorierenden Elementen, zu aktivieren. Das heißt, einmal können Daumen und Zeigefinger, einmal Daumen und Mittelfinger, einmal Zeigefinger und Mittelfinger zum Ertasten aktiviert werden.

Halbkugel und Nagelköpfe erkennen lassen:

Schließlich kann man dazu übergehen, beide Elemente, also Halbkugel und Nagelköpfe erkennen zu lassen. Auch hier kann man dem Patienten helfen, indem man die verschiedenen Aufgaben mit dem Patienten nacheinander „abarbeitet“. Zuerst wird also die Hand über die Halbkugel gelegt. Nun soll sich zu Beginn der Patient ausschließlich auf die Halbkugel konzentrieren, bis er sagen kann, welche Halbkugel es ist. Dann beginnt der Patient mit mehr oder weniger Hilfe des Therapeuten einen Finger über einen Nagelkopf zu bewegen. Da der Patient noch keinen Größenvergleich hat, kann er noch nicht sicher sagen, ob es sich um einen großen oder kleinen Nagelkopf handelt. Der Therapeut führt einen Finger des Patienten – entweder 1. oder 2. Grades – solange über den Nagelkopf, bis der Patient sagt: „Ja, jetzt spür ich ihn gut. Ich glaube, das ist ein größer.“ Dann beginnt man mit dem zweiten Finger über den nächstfolgenden Nagelkopf zu fahren, bis der Patient ihn sicher spürt. Um aber einen Vergleich zum vorhergehenden Nagelkopf machen zu können, ist es oft wichtig noch einmal über den ersten Nagelkopf zu fahren, da die Patienten die erste Information bzw. die erste Empfindung wieder vergessen haben. Darauf ist oft notwendig, immer wieder abwechselnd mit dem ersten Finger und dann mit dem zweiten Finger über den jeweiligen Nagelkopf zu fahren, da der Vergleich oft nur möglich ist, wenn die Information hintereinander kommt. Erst dann beginnt man mit dem dritten Finger, und auch hier ist es immer wieder notwendig die Informationen vom ersten und dritten Finger oder vom zweiten und dritten Finger hintereinander aufzunehmen zu lassen.

Bis also dieses Therapiemittel vollständig erkannt wird, kann schon eine Zeit lang vergehen. Aber nicht die Zeitdauer ist das Ausschlaggebende, sondern das erfolgreiche Aktivieren der acht informativen Mechanismen und die Kontrolle der spezifischen Motorik. Dies scheint bei diesem Therapiemittel gegeben zu sein.

Photos: Susanne Wopfnner-Oberleit

Bibliographie:

- Ehrsson Henrik H., Fagergren Anders, Johansson Roland S., Forssberg Hans: "Evidence for the Involvement of the Posterior Parietal Cortex in Coordination of Fingertip Forces for Grasp Stability in Manipulation", *J Neurophysiol* 90: 2978–2986, 2003.
- Kapandji Ibrahim A.; "Funktionelle Anatomie der Gelenke – Schematisierte und kommentierte Zeichnungen zur menschlichen Biomechanik", Thieme Verlag 2006
- Lang Catherine E., Schieber Marc H.: "Differential Impairment of Individuated Finger Movements in Humans After Damage to the Motor Cortex or the Corticospinal Tract", *J Neurophysiol* 90: 1160–1170, 2003.
- Lederman Susan J., Klatzky Roberta L.: "Action for Perception – Manual Exploratory Movements for Haptically Processing Objects and their Features" in "Hand and Brain: The neurophysiology and Psychology of Hand Movements" Academic Press 1996
- Schieber Marc H., Poliakov Andrew V.: "Partial Inactivation of the Primary Motor Cortex Hand Area: Effects on Individuated Finger Movement", *The Journal of Neuroscience*, November 1, 1998, 18(21):9038–9054, 1998
- Schieber Marc H., Santello Marco: "Hand function: peripheral and central constraints on performance", *J Appl Physiol* 96: 2293–2300, 2004.
- Wilson Frank R.: "Die Hand – Gennestreich der Evolution – Ihr Einfluss auf Gehirn, Sprache und Kultur des Menschen", Rowohlt Taschenbuch Verlag GmbH, 2002
- Mitschrift beim deutsch-italienischen Kurs in Santorso / Italien: „Lo specchio del cervello: considerazioni sulla mano e sul conoscere“, 3. – 5. April 2008
- Mitschrift beim Seminar in Tonezza / Italien: „Lo specchio del cervello: per un approccio neuro-riabilitativo al recupero della mano“, 5. – 7. 6.08

Regina Klossek:

Die Kognitiv Therapeutischen Übungen in der Pädiatrie

Erfahrungsbericht aus meinem Praktikum bei Dr.ssa Ise Breghi in Pisa

Vielleicht haben auch Sie wie ich vor geraumer Zeit schon mal versucht, Kinder nach den Kognitiv Therapeutischen Übungen von Prof. Perfetti zu behandeln. Bereits die Befundaufnahme gestaltete sich mehr als schwierig. Ich habe mich auch schon häufig mit meinen Kolleginnen, die viel im pädiatrischen Bereich arbeiten, darüber unterhalten. Der Konsens war immer ziemlich ähnlich: Wie lassen sich die (gerade für Kinder) auf den ersten Blick recht abstrakt erscheinende Übungen kindgerecht gestalten? Wie kann man die Aufmerksamkeit der Kinder für derartige Übungen gewinnen und diese dann innerhalb der Übungen für einen längeren Zeitraum aufrecht erhalten?

Ich hatte auf all diese Fragen keine Antworten und entschloss mich also, zur Quelle der Erkenntnisse zu gehen. Ich entschied mich zu einem 3 monatigem Praktikum in Pisa bei Dr.ssa Ise Breghi (Physiotherapeutin) und Dr.ssa Paula Puccini („neurofisiatra riabilitatore“ (italienische Berufsbezeichnung für einen Arzt, der sich auf den Bereich der Rehabilitation konzentriert).

Zunächst zur Institution dort:

Das Therapiezentrum heißt „centro studi Vygotskij“. Es ist eine private Institution, in welcher ausschließlich Kinder und Jugendliche behandelt werden. Neurologische Krankheitsbilder wie SHT, Schlaganfall, ICP aber auch verhaltensauffällige, ent-

wicklungsverzögerte oder dyspraktische Kinder habe ich dort in der Behandlung sehen können. Zur Zeit meines Praktikums habe ich Kinder von 3 – 19 Jahren in Behandlung gesehen. Einige Dinge sind ähnlich zur Erwachsenenbehandlung, andere wiederum sehr unterschiedlich. In diesem Artikel möchte ich Ihnen erste, vielleicht auch recht einfach in die Praxis umzusetzende Tipps mit an die Hand geben, um auch im pädiatrischen Bereich mehr nach den Behandlungsprinzipien des Perfetti-Konzeptes arbeiten zu können.

Erst mal zu den rein praktischen



Umsetzungen der Übungen mit Kindern:

Anstatt Positionsbezeichnungen 1, 2, 3 usw. werden eher Tiernamen oder Spielzeuge verwendet, die dann auch schön z.B. in eine Geschichte eingebaut werden können („Ist der Startpunkt unserer Reise der Bagger oder das Auto? Und fühl jetzt mal genau, welches Tier wir als erstes mit in unser Auto nehmen.“).

Anstatt nur zu fragen, wo auf dem Kippbrett sich mehr Gewicht befindet, könnten man gut Figuren auf die jeweiligen Seiten setzen und dann die Frage stellen: „Welches Tier von beiden hat mehr gegessen?“.

Die verschiedenen Höhen der farbigen Stäbchen könnten ihrer Farbe entsprechend zu verschiedenen Obst- und Gemüseteilen assoziiert werden.

Beim Arbeiten mit der unteren Extremität von Kindern, könnte man diese einfach mit verschieden hohen

Bänken abdecken, um zu vermeiden, eine Augenbinde benutzen zu müssen. Auch wenn sich diese „Ablage“ eigentlich gut dafür eignen würde, z.B. die möglichen Oberflächen darauf sichtbar zu machen, ist davon eher abzuraten, weil es das Kind nur dazu einlädt, damit zu spielen und so von der eigentlichen Aufgabenstellung ablenkt. Wenn das Kind die möglichen Oberflächen, die z.B. unter den Füßen dargeboten werden, auch sehen soll, ist es angebracht, diese außerhalb der Reichweite des Kindes zu positionieren, damit die Aufmerksamkeit zum größten Teil in den jeweiligen Körperabschnitt, mit dem gerade gearbeitet wird, gelenkt werden kann.

Einen anderen schwierigen Aspekt, den ich direkt in meiner ersten Erprobung dieser Übungen mit Kindern erleben musste, ist es, die Aufmerksamkeit und Motivation der Kinder für diese spezielle Art von Übungen zu gewinnen. Auch für diese Schwierigkeit habe ich in der Interaktion mit Kindern in Italien einige recht wirksame „Tricks“ miterleben können. Teilweise sind es nur scheinbare Kleinigkeiten z.B. hinsichtlich der Wortwahl, jedoch haben sie teilweise große Wirkung.

Die erste Annäherung an die Kinder erfolgte häufig über das Angebot, dass das Kind selbst ein erstes Fangsspiel auswählen durfte. Das folgende wurde dann von der Therapeutin ausgesucht.

Auch wurde sehr bewusst das Wort „Übung“ ersetzt durch „Spiel“. Denn ein Kind äußerte mal sehr klar, dass es nicht üben, sondern spielen wolle. Auch dies zeigt die große Bedeutung, die der Sprache/Wortwahl der Therapeutin zukommt.

Wenn der Therapeut bemerkt, dass die Aufmerksamkeit des Kindes während der Übung nachzulassen droht, kann ein Modalitätenwechsel sehr hilfreich sein. Besonders das Angebot, dass das Kind sich selbst eine Position, zu der z.B. seine Hand geführt wird, aussuchen kann, weckt direkt das Interesse und damit die Aufmerksamkeit des Kindes. Denn anschließend soll es überprüfen, ob der Therapeut wirklich zu seiner ausgewählten Position gegangen ist, oder ob er einen Fehler gemacht hat. Dies könnte man als

eine spielerische Umsetzung der Benutzung der Antizipation und damit der Anbahnung einer Imaginatior ansehen. Wenn auch dies nicht ausreicht, könnte auch ein Übungswechsel z.B. auf eine andere Informationsart in der Behandlung des selben Körperteils sinnvoll sein.

Auch die Therapeutin kann zwischendurch immer mal wieder zum Patienten werden. Übungen, die zuvor am Kind durchgeführt wurden, führt nun das Kind an der Therapeutin aus. Dabei macht die Therapeutin bewusst Fehler, um während der anschließenden Korrektur durch die Verbalisierung der kognitiven Prozesse die innere Sprache des Kindes bewusst zu machen.

Insgesamt gesehen sollte die Therapeutin extrem variabel sein und das ihr vom Kind Angebotene aufnehmen, um es dann weiter in eine sinnvolle therapeutische Richtung lenken zu können.

Dann habe ich noch einen anderen großen Schwerpunkt erlebt, den ich so ausgeprägt nicht aus der Erwachsenen Behandlung kannte (abgesehen vielleicht von Apraxiebehandlungen):

Den Bereich der Transformationsleistungen, der häufig bei dyspraktischen Kindern stark eingeschränkt ist.

Transformation heißt Umwandlung und bedeutet, dass Informationen aus einem System, z.B. dem visuellen in somästhetische umgewandelt werden können.

Beispiele:

Visuell – somästhetisch (und umgekehrt):

Kinästhetisch: Wenn eine bestimmte Raumorientierung einer visuell erfassten Linie anschließend mittels geführter Bewegungen der Schulter aus anderen gespürten Bewegungen differenziert werden soll (und umgekehrt).

Taktil: Wenn nur visuell dargebotene Oberflächenqualitäten taktil erkannt werden sollen und umgekehrt, wenn die Oberflächen nicht gesehen, sondern nur erspürt wurden und das

Kind anschließend zeigen soll, welche es gewesen sein könnte.

Somästhetisch – linguistisch:

Wenn eine taktile und/oder kinästhetische Information verbalisiert werden soll (z.B. das Kind soll beschreiben, welchen Unterschied es bei der einen bzw. anderen Oberflächenqualität bzw. bei der einen oder anderen Position und damit Gelenkposition spürt).

Bezüglich dyspraktischer Störungen haben Dr.ssa Puccini und Dr.ssa Breghi einen speziellen Dyspraxietest erarbeitet. In diesem Test wird jede Arbeitseinheit (Augen, Kopf, Rumpf, obere und untere Extremität) sowohl in Dekodierung als auch Produktion in allen Transformationsleistungen befunden. Natürlich auch alle Sensibilitätsformen (taktil, kinästhetisch, Druck usw.) werden innerhalb jeder Arbeitseinheit für sich



gesehen in der punktuellen und sequentiellen Erkennung getestet. Nach Auswertung dieses Tests ist die Therapeutin sehr genau in der Lage, zu bestimmen, bei welcher Arbeitseinheit welche Sensibilitätsdefizite und Transformationsleistungen eingeschränkt sind. Diese Auswertung bildet dann die Basis für die Auswahl der adäquaten Übungen und Auswahl der entsprechenden Übungsmodalitäten.

Das nur kurz zur Dyspraxie.

Kurz möchte ich noch von einem anderen Schwerpunkt in der pädiatrischen Behandlung gerade neurologischer Fälle erzählen.

Und zwar der Bedeutung des visuellen Systems:

Leider waren zu meiner Praktikumszeit wenig Babies oder Klein-

kinder in der Therapie angemeldet, so dass ich nur selten Übungen für das visuelle System gesehen habe. Jedoch haben diese Beispiele bereits ausgereicht, um mir noch mal die Bedeutung des visuellen Systems z.B. für die Kopfhaltung deutlich werden zu lassen. Denn häufig bedingt mangelnde Fixierungsfähigkeit der Augen oder mangelnde Fragmentierung zwischen Kopf- und Augenbewegungen eine Fehlstellung des Kopfes. Auch die Wahl der Übungsmodalität wird anhand des jeweiligen Entwicklungsstandes ausgesucht. Zuerst wird die Blickfixierung peripher zu beiden Raumseiten hin von schwarz/weißen Figuren angestrebt, später werden Gesichter, also bereits deutlich komplexere Figuren verwendet, hin zu bunt und zentralem Fixieren. Dann wird die Blickalternanz zwischen zwei visuellen Stimuli gefordert und erst danach die Teilung der Aufmerksamkeit z.B. zu einem Erwachsenen hin, indem das Kind dort hinschaut, wohin der Therapeut seinen Blick hinrichtet bzw. mit seinem Zeigefinger hinzeigt. Und auch dazu gibt es jeweils immer noch sehr viele Variationen.

2 Kleinkinderbehandlungen mit Traparese durfte ich sehen, in denen besonders am visuellen System gearbeitet wurde, um dieses dann als Basis für die darauf folgende Auge – Hand- bzw. Auge – Fuß Koordination zu benutzen. Ich war beeindruckt, wie Ise Breghi es immer wieder schaffte, die Aufmerksamkeit des Kindes auf seinen Körper zu lenken und wie schnell dies nach außen z.B. durch Kontrolle der abnormen Reaktion auf Dehnung deutlich wurde.

All diejenigen, die ich vielleicht ein wenig neugierig auf mehr Wissen zur Umsetzung der Übungen in der Pädiatrie machen konnte, kann ich sagen, dass ich dabei bin, für 2010 anerkannte Kurse mit Ise Breghi hier in Deutschland zu organisieren, in denen ich als Übersetzerin fungieren werde. Geplant sind Einführungs- und Basiskurse sowie monographische Kurse zum Thema „Dyspraxie“ und „Die Bedeutung des visuellen Systems“. Ich wäre sehr froh, dazu beitragen zu dürfen, wenn zukünftig in Deutschland auch Kinder nach den Kognitiv Therapeutischen Übungen von Prof. Perfetti behandelt werden könnten.

Hanne Karow:

Die Durchführung der Übung mit dem „Tabellone“ bei ausgeprägter abnormer Reaktion auf Dehnung und Irradiation

Um die Durchführung etwas deutlicher zu machen, wird im Folgenden ein Patientenbeispiel erläutert, welches zeigen soll, wie die Durchführung aussehen kann und vor allem warum sie so effektiv auch bei solch einer starken Ausprägung der spezifischen Motorik sein kann.

Zu Beginn ein paar klinische Patientendaten:

- Frau K.
- 53 Jahre
- Z.n. Territorialinfarkt am ACM-Territorium rechts, postoperativ-cardioembolisch (Juli '07), zu Beginn mit stark ausgeprägtem senso-motorischen, visuellen und akustischen Neglect.
- Der Infarkt ereignete sich im Anschluss an eine Herzoperation die nach einer missglückten Herzkathederuntersuchung notwendig wurde. Im Anschluss an die OP wurde sie ins Koma gelegt, so dass leider einige Tage vergingen bis bemerkt wurde, dass die Patientin einen Schlaganfall erlitten hat.
- Nach Stabilisierung ihres Allgemeinzustands hat man die Patientin mit einem Kunstherz versorgt.
- Bevor sie in eine neurologische Reha verlegt werden konnte, sind drei Monate vergangen, da es viele Probleme mit der Kunstherzversorgung und dem Allgemeinzustand der Patientin gab. Nach ca. 6 Monaten stationärer Reha folgten dann 6 Monate ambulante Reha in einer

Tagesklinik und seit dem ist sie Patientin in unserer Praxis.

Ziele der Patientin zu Beginn unserer Behandlung:

Da die Patientin bereits mit einer stark ausgeprägten Symptomatik der spezifischen Motorik zu mir kam und was die OEX betrifft keinerlei Rekrutierungen vorhanden waren, wollte ich von ihr wissen, welches ihre Ziele im Bezug auf die OEX sind.

Ihre Antwort war eindrucksvoll: Sie äußerte den Wunsch nur einmal wieder den Arm und die Hand spüren zu können (zu dem Zeitpunkt unserer ersten Behandlung lag der Schlaganfall ca. 15 Monate zurück). Sie äußerte, dass sie seit dem sie bewusst wahrnimmt, dass sie eine

Die ersten Therapieeinheiten haben wir nur damit verbracht, sehr unterschiedliche Reize taktiler und kinästhetischer Art zu verarbeiten, oder ich stellte nur die Frage: „Spüren sie eine Bewegung? Spüren sie Berührung ja oder nein?“

Es stellte sich schnell raus, dass sie etwas fühlen kann aber dafür ein hoher Grad an Konzentration und Aufmerksamkeit notwendig ist. Das erste Mal etwas zu fühlen, war für die Patientin ein sehr emotionales und motivierendes Erlebnis. Sie hatte von dem Tag an das Gefühl, dass sie selber ein Stück weit ihren Körper bestimmen kann und ihn verstehen kann und nicht immer von außen bearbeitet werden muss und selber passiv bleibt.

Oberflächensensibilität:

Leichte Berührungen werden von der Patientin nur bei gerichteter Aufmerksamkeit wahrgenommen, Berührungen bei ungezielter Aufmerksamkeit lösen Irradiation aus. Es kostet sie einen großen Aufmerksamkeitsgrad Berührungen einzusortieren.

Oberflächen werden unterschieden nur bei großem Unterschied (Z.B. Schmiergelpapier zu weichem Teppich), auch hier reagiert sie mit sinken der ARD bei gerichteter Aufmerksamkeit und mit Aufbau der ARD bei unvorbereiteter Berührungen = Grund für starke ARD und IRR.

Das taktile Empfinden nimmt von distal nach proximal ab und das größte „Loch“ in der Empfindung liegt im EG vor.

Gekoppelte Fragen wie z.B. „Wo berühre ich Sie mit der Oberfläche?“ sind dann einfach, wenn die Oberfläche einen starken Reiz ermöglicht (rauer Teppich).

Kinästhetik:

Bewegung **ja oder nein** spürt sie nur bei gerichteter Aufmerksamkeit und auch hier deutlich von proximal nach distal abnehmend. Es kommt häufig vor, dass sie schon eine Bewegung beschreibt, ohne dass ich angefangen habe zu bewegen, oder sie empfindet ein Bewegungsende obwohl noch Bewegung stattfindet. Es besteht ein deutliches Sensibilitätsdefizit aber auch ein Aufmerksamkeitsdefizit. Beim Verarbeiten von somästhetischen In-



Hemisympomatik hat, ihren Arm nicht mehr gefühlt habe, mit Ausnahme von Schmerzen in der Schulter und stechende Schmerzen bei nicht angekündigter Berührung.

Teile aus dem Patientenprofil:

Ich brauche nach diesem Ziel der Patientin nicht mehr ausführlich auf die Defizite im Bereich der **Wahrnehmung** eingehen. Ihre Sensibilität war zu dem Zeitpunkt sowohl in der Oberflächensensibilität als auch in der Tiefensensibilität sehr stark eingeschränkt und wenn sie etwas fühlt hat, dann nur bei stark gerichteter Aufmerksamkeit. Dieses deutet noch auf eine Restneglectsymptomatik hin. Sie sagte mir, dass das Arbeiten oder besser das erkennende Arbeiten mit Oberflächen oder anderen taktilen oder kinästhetischen Reizen ihr nicht bekannt wäre. Stimulierende Geräte wie Vibrax, Bürste oder Eis sind bekannt, aber ohne ein zu erkennendes Problem.

formationen kommt es zu vegetativen Reaktionen z.B. zum Schwitzen. Nachfragen nach **WO** findet Bewegung statt, ist mittlerweile möglich, aber auch nur wenn vorher gesagt wird „Achten Sie darauf, wo die Bewegung stattfindet!“

In welcher **Reihenfolge** Bewegung stattfindet, erkennt sie bei sehr langsamen Durchführung der Bewegung und auch nur wenn die Bewegungen beim Wechsel durch Start und Stopp gekennzeichnet sind.

Das Wahrnehmen und Verarbeiten von Richtungswechseln gelingt dann besonders gut, wenn vorher die Bewegungsempfindung mittels der perzeptiven Hypothese erarbeitet wurde. Distanzen sind etwas schwerer zu erspüren, da die Empfindung im Ellenbogen sehr schwierig ist und dort auch die größte ARD besteht.

Abnorme Reaktion auf Dehnung (im Folgenden ARD genannt):

In der Schulter

Bei langsam Bewegungen kann sie diese sehr gut hemmen, bei schnelleren Bewegungen und ohne Aufmerksamkeit noch nicht. Vor allem im Pectoralis besteht eine starke ARD und bei Bewegungen in die Außenrotation also bei Dehnung des M.subscapularis, welcher vor allem beim Laufen eine IRR zeigt und den Arm sehr stark am Körper hält.

Im Ellenbogen

Hier ist die ARD am stärksten ausgeprägt und schon bei langsamer passiver Dehnung prüfbar. Dies ist stark gekoppelt an die Wahrnehmung und die Vorstellung für diesen Bereich. Die Patientin äußert sehr häufig „der EG ist nicht da“ „oder wie soll ich in fühlen, wenn er in der Vorstellung nicht existiert“. Auch über die Aufmerksamkeit und den Gebrauch der motorischen Imagination ist es sehr schwer die ARD zu hemmen. Bewegungen passiv durchzuführen, ist nur nach vorangegangen Arbeiten mit der motorischen Imagination oder nach der Nutzung von gemachten Erfahrungen möglich. Schnell und **vor allem ohne Vorankündigung** der Berührung und der folgenden passiven Bewegung ist der Bereich fast wie blockiert. Die ARD tritt sowohl in der

Extension als auch bei der Flexion auf.

HG

Das Herstellen eines kognitiven Zugangs über das Nutzen der Vorstellung gelingt für das HG bei gerichteter Aufmerksamkeit gut. Die Patientin ist in der Lage über die Aufmerksamkeit und den Vergleich mit der gesunden Seite einen entspannteren Zustand herzustellen, so dass bis zur neutralen Stellung das HG ohne ARD bewegt werden kann. Je größer der Winkel umso ausgeprägter ist die ARD.

Auch hier sind schnelle passive Bewegungen nicht ohne das provozieren von ARD möglich.

Finger

Auch in den Fingern besteht die ARD bis hin zum kompletten Faustschluss, das passive Öffnen ist abhängig von der Stellung im HG, aber auch bei einer HG Flexion ist die ARD prüfbar. Auch hier hilft das Lokalisieren der Bewegung und das Nutzen der motorischen Imagination und der Aufmerksamkeit um diese zu hemmen.

Zusammengefasst:

Die ARD stellt neben der stark eingeschränkten Wahrnehmung eines der größten Probleme der Patientin dar. Zu hemmen ist sie nur bei gerichteter Aufmerksamkeit, bei langsamer und gut verbalisierter Durchführung der Berührung und Bewegung, und über das Nutzen der motorischen Imagination und dem Vergleich mit gemachten Erfahrungen. Die Wahrnehmung und die ARD sind bei ihr nur im Zusammenhang zu sehen, da die ARD umso ausgeprägter ist je weniger der Bereich wahrgenommen wird.

Irradiationen:

Jeder Versuch Eigenaktivität auszuüben, führt zur Irradiation. Die Irradiationen sind vor allem beim Laufen und emotionalen Regungen sehr stark ausgeprägt. Leider reagiert sie auch mit Irradiationen wenn sie banale Tätigkeiten, wie z.B. die Tasche aufheben, mit der rechten Seite ausführt und sich dabei nicht auf die linke Seite konzentriert.

Auch bei allen posturalen Veränderungen kommt es zu Irradiationen. Besonders ausgeprägt sind sie im EG und den Fingerflexoren.

Patienteninterview:

Um zu verdeutlichen, wie sich die Patientin wahrnimmt, wird im Folgenden ein Teil aus einem Interview dokumentiert.

Wie ist die spontane Wahrnehmung der linken Seite ohne Reizverarbeitung?

- *Ich nehme Berührung wahr, aber irritiert, also eher unkonkret.*

Wie ist die Wahrnehmung bei ungezielter nicht angekündigter Berührung?

- *Meine Wahrnehmung ist unkonkret, manchmal schmerhaft.*

Wie ist die Wahrnehmung bei gezielter und durch Aufmerksamkeit geleitete Reizverarbeitung?

- *Sehr angenehm und freudvoll, aber da ich dabei sehr konzentriert arbeite auch anstrengend.*

Wie verändert der Vergleich mit der rechten Seite das Verhalten auf der linken Seite?

- *Durch das Bewusstmachen (damit befassen, verbal beschreiben) der Gefühle auf der rechten Seite fällt mir eine Vorstellung der gleichen Bewegung auf der linken Seite sehr viel leichter, es wird klar, worauf ich achten muss und womit ich vergleichen kann.*

Hintergrund und Bedeutung der Arbeit mit dem Tabellone:

Es wird auch hier wieder sehr deutlich, dass die Patientin große Schwierigkeiten hat, ihren Körper zu fühlen und ihn zu kontrollieren, aber gleichzeitig wird klar, wie wichtig gerade bei einer so starken Ausprägung von Wahrnehmungsdefiziten das Verarbeiten von Körperinformationen ist.

Prof. Perfetti hat gesagt:

„Ein Hemiplegiker stellt die korrekte Bewegung nicht durch die Bewegung wieder her sondern denkend.“

Wenn aber doch wie in diesem Fall die Bewegungen, also auch die Erkenntnisprozesse, stark beeinträchtigt sind, sind die Bedürfnisse des Körpers vernachlässigt, was wird also benötigt um zu denken?

Frau K. fehlt durch die Fähigkeit zu fühlen ein wichtiger Schritt für den Erkenntnisprozess, den sie benötigt um zuerst zu lernen, die spezifische Motorik zu kontrollieren. Also ist es eine der ersten Aufgaben in der Rehabilitation ihr genau diese Fähigkeit wiederzugeben, um sie zu befähigen ihren Körper zu kontrollieren und ihn zu verstehen.

Im Laufe einer Therapieeinheit habe ich mit der Patientin dahingehend gearbeitet, dass sie benennen sollte, welches Gelenk bewegt wird und in welche Position das Gelenk steht. Die Antworten waren adäquat aber die ARD veränderte sich nicht so wie erhofft. Auf die Frage was sie meint, warum der Arm nicht locker wird antwortete sie;

„Mir fehlt die Vorstellung mit der durchgeführten Bewegung am Ende etwas erkennen, fühlen zu können, die Bewegung ist bedeutungslos.“

Wie kann also die ARD in diesem Fall interpretiert werden?

Eine der Basisprinzipien der kognitiven Rehabilitation lautet „**die Bewegung als Mittel zum Erkennen**“ zu sehen.

Die Rehabilitation hat die Aufgabe, den Patienten durch die Rehabilitation zu führen, um die Fähigkeit wieder herzustellen aus der Umwelt Informationen aufzunehmen, sie „begreifbar“ zu machen. Denn das ZNS modifiziert sich in Verbindung mit Erfahrung, und in diesem Fall wird die Erfahrung des Fühlen gemacht.

Über das Einholen und Verarbeiten von somästhetischen Reizen wird der Patientin die Möglichkeit gegeben wieder Informationen mit ihrem Körper aufzunehmen, welche an das Gehirn geleitet werden. Diese Art von taktil-kinästhetischen Informationen bekommt das Gehirn auch stetig im Normalfall (physiologischen Zustand), da sie elementar für die Bewegungsplanung und die Bewegungskontrolle sind. Da diese Pati-

entin, genau wie viele andere, durch ihre Lähmung nicht mehr in der Lage ist, adäquat mit der Umwelt in Kontakt zu treten, ist es extrem wichtig, ihr über die Übungen die Möglichkeit zu geben, genau jene Informationen einzuholen, die sie vorher ganz selbstverständlich eingeholt und verarbeitet hat. An dieser Stelle ist es sinnvoll ein weiteres Basisprinzip zu erwähnen. Unser **Körper ist eine rezeptorielle (wahrnehmende) Oberfläche** und so sollte er in der Rehabilitation auch gesehen werden. Der Therapeut hat die Aufgabe dem Körper des Patienten die Chance zu geben, sich zu fühlen damit Bewegung gelernt werden kann (**Rehabilitation als Lernprozess** als drittes Basisprinzip) und damit die Elemente der spezifischen Motorik kontrollierbar für den Patienten werden. Wie wichtig dies auch für die Bedürfnisse dieser Patienten ist, zeigt ganz deutlich der Wunsch der Patientin sich **einmal** wieder zu fühlen.

Wenn der Körper als Rezeptoroberfläche Informationen einholt, dann gilt dies für das gesamte System, es kommt zu einer Veränderung im gesamten System Mensch. So ist die Informationsaufnahme über taktil-kinästhetische Verarbeitung nicht nur entscheidend für das Verbessern der Sensorik, sondern für das Überwinden der spezifischen Motorik der gesamten OEX, da über die Erfahrung das System modifiziert wird.

Ohne Erfahrung, ohne „Erkenntnisprozesse“ gibt es keine Veränderung auf zentraler Ebene und somit auch nicht auf peripherer Ebene, weder im normalen noch im pathologischen Zustand eines Menschen. Wichtig ist natürlich, dass der Therapeut durch gezielte Problemformulierung auch jene kognitiven Prozesse anspricht, die für das ZNS der Patienten auch wichtig sind.

Wie bereits oben zitiert sagte Prof. Perfetti „**ein Hemiplegiker stellt die korrekte Bewegung nicht durch die Bewegung wieder her sondern denkend; die Bedürfnisse des Körpers sind aber vernachlässigt, was wird denn benötigt um zu denken?**“

So ist bei dieser Patientin das Erspüren einzelner Körperteile nicht so gewinnbringend wie eine Übung an der Tabellone, in der alle Bereiche des Arms bewegt werden und die Hand am Ende der Bewegung et-

was erfahren darf. Sie sagt z.B. „*„es fällt mir leichter, den Ellenbogen zu lösen wenn ich weiß, dass er locker sein muss um am Ende der Bewegung etwas zu fühlen“*“ (Bewegung als Mittel zum Erkennen).

Das Tabellone bietet die Möglichkeit allen Teilen der OEX eine Bedeutung zuzuschreiben, alle Bereiche spielen für den Erkenntnisprozess eine Rolle. Diese Patientin empfindet dieses Therapiematerial als sehr effektiv um die spezifische Motorik zu überwinden, da sie der gesamten oberen Extremität Aufmerksamkeit schenken kann und muss um das Problem Figur- und Positionserkennung zu lösen. Dieses wiederum geschieht nur dann, wenn sie während der Bewegung in der Lage ist die ARD zu kontrollieren und dies geht in diesem Fall leichter in Verbindung mit einem Erkenntnisprozess, an dem am Ende auch die Hand beteiligt ist.

Das Tabellone ist ebenfalls aus dem Grund ein so besonders effektives Therapiemittel, weil man mit ihm in allen drei Phasen der Bewegungswiederherstellung der OEX gleichzeitig arbeitet. Sowohl die Annäherungsphase, die Vorbereitungsphase und das Greifen an sich werden bei der Übung angesprochen.

Durchführungsbeispiel am Tabellone:

Arbeitseinheit:
OEX

Inhalte:

- Einholen und Verarbeiten von taktil-kinästhetischen Informationen zum Verbessern der Wahrnehmung
- Verbesserung der motorischen und sensorischen Vorstellung der linken Körperhälfte
- Kontrolle der ARD in SG, EG, HG und Finger
- Verbesserung der gezielten Aufmerksamkeit auf die betroffene Seite

Modalitäten:

Die Patientin sitzt auf einem Stuhl mit RL, die Übungen werden komplett im 1° durchgeführt. Die motorische Imagination wird eingesetzt und das Erarbeiten der perzeptiven Hypothese stellt einen wichtigen Bestandteil dar. Es ist fortlaufend

wichtig, die Patientin auf den Kontakt oder die Bewegung vorzubereiten, da sie die Aufmerksamkeit gezielt einsetzen muss, um zu spüren, wo sie hinbewegt wird oder was sie gerade fühlt. Auch muss immer Achtung und Stopp als Signal genannt werden, damit die Patientin auch genau weiß, wann sie berührt wird und wann die Bewegung startet bzw. stoppt. Zu dem kommt, dass die Nachfrage nach dem Kontakt ja/nein wichtig ist, da es sein kann, dass der Finger bereits im Kontakt mit der Figur steht, sie diesen Kontakt aber noch nicht wahrnimmt. Allgemein besteht bei dieser Patientin noch die Notwendigkeit, dass jeder Kontakt, ob Therapeut-Patient oder Patient-Objekt vorher angekündigt werden muss, da es sonst sein kann, dass die Patientin mit Irradiationen reagiert, die ARD stärker wird oder sie nicht bemerkt, dass die Bewegung begonnen hat oder dass sie beendet ist.

Zu Beginn wird nur in einem Feld und mit einer Figur gearbeitet, darauf folgend dann mit zwei-drei Figuren in einem Feld und zum Schluss mit drei Figuren in zwei unterschiedlichen Feldern. Als Figuren stehen ein Quadrat, ein schmales und ein breites T zur Verfügung. Die Figuren sind aus dem Grund so gewählt, da sie große Unterschiede aufweisen. Auf Grund der noch bestehenden Defizite im Bereich der kinästhetischen Wahrnehmung stellen zu komplexe Figuren eine zu hohe Anforderung dar und die Patientin wäre nicht mehr in der Lage während der geführten Bewegung die ARD zu kontrollieren. So wird gewährleistet, dass die Verarbeitung von Richtungen und Distanzen möglich ist.

Übungsvarianten:

Arbeiten mit den Figuren:

Die Patientin soll zu Beginn erspüren, in welche Richtung der Arm bewegt wurde. Dafür wird zu Beginn erspürt wo sie sich z.B. beim T befindet. Wenn sie z.B. oben links am T positioniert ist, besteht ihre Aufgabe darin zu antizipieren, in welche beiden Richtungen sich der Arm nun bewegen könnte und wie sich diese Bewegungen anfühlen würden (erstellen der perzeptive Hypothese). Zuerst wird die Bewegung an der gesunden Seite geführt und später dann an der betroffenen Seite, also wird hier auf die **motorische Imagination** zurückgegriffen, da sie

gebeten wird, sich diese Bewegung, die sie rechts gespürt hat, auch für die linke Seite vorzustellen. In dieser Phase geht es vor allem um das Erstellen der **perzeptiven Hypothese** und den Gebrauch der **motorischen Imagination** um eine korrekte Vorstellung von Bewegungsrichtung und Bewegungsdistanzen zu bekommen, da ihr dieses hilft während der Durchführung die ARD zu kontrollieren, da sie nachspüren und gedanklich mitgehen kann.

Nach dieser Vorgehensweise wird die Übung so umgestaltet, dass die Patientin zwei-drei unterschiedliche Figuren gezeigt bekommt, sie soll die Unterschiede benennen und beschreiben wie sich diese Unterschiede auf die Bewegungsempfindung auswirken. Auch hier kommen die Übungsinstrumente perzeptive Hypothese und motorische Imagination zum Einsatz, so dass die Durchführung auf der rechten Seite beginnt. In dieser Phase werden die Figuren immer in dem gleichen Feld positioniert.

Die letzte Variante besteht darin, ein Feld hinzuzunehmen. Nun soll die Patientin erspüren, welche Figur sich in welchem Feld befindet. Auch in dieser Phase spielen weiterhin die perzeptive Hypothese und die motorische Imagination eine entscheidende Rolle.

Was auch durchgehend wichtig bleibt, ist die stetige verbale Anleitung, womit die Patientin auf den Kontakt mit dem Objekt oder den Griff des Therapeuten vorbereitet werden soll, um keine pathologischen Symptome zu provozieren.

Ziele:

Die Patientin ist in der Lage in sitzender Position die Hand auf dem Oberschenkel abzulegen. Das Handgelenk und die Finger sind dabei in einer entspannten Position, so dass die Hand komplett aufliegen kann. Bei kleinen Bewegungen in sitzender Position mit der rechten Seite oder im Gespräch bleibt diese locker liegen, wichtig dabei bleibt, dass die Aktivitäten der rechten Seite nicht zu kraftvoll sind oder zu viel Aufmerksamkeit kosten.

Entscheidend für die erfolgreiche Durchführung bei dieser Patientin:

- Klarer Griff vom Therapeuten ohne viel umzugreifen

- Stark unterstützende Führung vom Therapeuten und die Richtungswechsel nicht zu schnell durchführen
- Klare verbale Anweisung beim Kontakt und Bewegungen
- Erarbeiten der Bewegungsempfindung über die weniger betroffene Seite (motorische Imagination)
- Das verbale Beschreiben der Patientin, welche perzeptive Hypothese sie erstellt hat
- Die obere Extremität nicht in Segmente aufteilen, sondern ihn die ganze Zeit als komplexes System zu definieren, in dem alle Teile wichtig für den Erkenntnisprozess sind.

Fazit:

Auch oder vielleicht gerade bei Patienten mit einer ausgeprägten Symptomatik der spezifischen Motorik kann das Tabellone ein Therapiematerial darstellen, welches einen großen und vor allem anhaltenden Erfolg bei den Patienten hat. Das Wichtigste dabei ist, dass der Patient die Erfahrung macht, dass der gesamte Arm ein Ziel verfolgt und wieder „zu etwas zu gebrauchen ist“. Durch die große Bandbreite an Möglichkeiten der Informationsaufnahme kann die ARD gezielt reduziert werden.

Natürlich ist die Komplexität der Übung (Anzahl der Figuren, welche Figur, wie viele Positionen...) abhängig von den kognitiven Leistungen der Patienten. Dahingehend bieten sich ja viele Variationsmöglichkeiten an, um so den Erkenntnisprozess auf den Patienten abzustimmen, um ihn nicht zu überfordern aber auch nicht zu unterfordern.

Ein Teil des Patienteninterview habe ich mir bis zum Schluss aufgehoben, da ich es nicht schöner formulieren kann.

Also etwas Schönes zum Schluss...

Wie ist für Sie das Arbeiten mit dem Tabellone?

- „Es ist fantastisch mit dem Tabellone zu arbeiten, der Arm verfolgt als ganzes ein Ziel, er ist nicht mehr in Segmente aufgeteilt“

Birgit Rauchfuß:

Aufenthalt eines deutschen Patienten in der Villa Miari

In der Zeit von 1998 bis 2002 war ich bereits einige Male mit eigenen Patienten in der Klinik Bethedsa in Tschugg/Schweiz, die dort behandelt wurden, während ich hospitierte. Eine gute Möglichkeit, mit und am eigenen Patienten zu lernen, die eigene Arbeit zu präsentieren und gemeinsam zu reflektieren.

Nach meiner ersten Hospitationswoche 2005 mit zwei Kolleginnen in der Villa Miari in Santorso/Italien bei Prof. Perfetti und seinem Team, dachte ich immer wieder darüber nach, wie es wohl wäre, wenn ich mit einem Patienten nach Italien fahren würde. Welcher Patient ist daran interessiert, wie klappt die Verständigung, wo kann ein Patient während seines Aufenthaltes mit den Angehörigen wohnen oder auch wie erfolgt die Kostenübernahme?

Im Dezember 2007 übernahm ich einen Patienten aus der Rehaklinik Hattingen Holthausen, der in meiner Nähe wohnt. Weil eine Therapie in der Praxis nicht möglich war, erfolgte die Behandlung als Hausbesuch. Dr. M. (Chemiker) hat nach einer Stammganglienblutung eine Hemiparese rechts mit Aphasie und Apraxie. Aufgrund der positiven Erfahrungen, der Begeisterung für das Konzept auf beiden Seiten, meinen Erzählungen von der Villa Miari und den optimalen Therapiebedingungen (jeweils 1,5-2 Stunden vormittags und nachmittags), äußerte die Ehefrau im September 2008 ganz vorsichtig den Wunsch, mit ihrem Mann nach Italien zu fahren.

Was nun? Zunächst musste ich irgendwie klären, ob er überhaupt in



der Villa Miari aufgenommen wird. Glücklicherweise fuhr Regina Klosssek im Oktober 2008 für eine Woche nach Santorso und ich konnte für eine Woche zum Hospitieren mitfahren. Regina, die fließend italienisch spricht, hat meine erste Anfrage bezüglich des Patientenaufenthaltes übersetzt und die „Italiener“ waren nicht abgeneigt. Aber ich sollte noch mal alles schriftlich mitteilen (Informationen über den Patienten, Dauer des Aufenthaltes, Unterbringung, etc.). Zurück in Deutschland habe ich mit Hilfe meines Italienisch-Lehrers und von Susanne Wopfner-Oberleit die Korrespondenz geschafft, nicht immer ganz einfach. Aber irgendwann

stand dann fest: Wir können kommen. Und entsprechend unseren Wünschen konnten wir die gemeinsame Anreise mit dem monographischen Kurs Anfang April verbinden. Der Patient war bereit, die Kosten für den Aufenthalt selbst zu zahlen. Er war so motiviert und überzeugt. Nach ihrer Rückkehr wollten sie

die Kosten bei der Krankenkasse einreichen und um Teilerstattung bitten.

Doch dann passierte noch ein Unglück: Mein Patient fiel Anfang Februar im Bad auf das betroffene Bein und hatte danach starke Schmerzen. Eine Röntgenaufnahme ergab keine Auffälligkeiten. Doch die starken Schmerzen machten eine Therapie zunächst unmöglich. Es bestand der Verdacht, dass einige Hämatome diese starken Schmerzen und die damit wieder verstärkt auftretenden abnormalen Irradiationen verursachen. Irgendwie half nichts!

Sollen wir fahren? Mein Patient und seine Ehefrau entschlossen sich trotzdem zu fahren, in der Hoffnung, dass die Schmerzen durch die intensive Therapie in Santorso weniger werden bzw. aufhören.

So reisten wir am 28. März nach 12 Stunden Fahrt mit einem gut gepackten Auto in Santorso an. Noch am Sonntag war ihm die Müdigkeit und die Belastung durch die Schmerzen deutlich anzusehen.

Das Ehepaar war in dem angrenzenden Seniorenheim untergebracht, das extra für Angehörige ein paar Zimmer reserviert hat. Schnell



wurden die Betten zusammen geschoben, ein zusätzlicher Tisch organisiert, so dass fast ein gemütliches Hotelzimmer entstand. Und weil das Frühstück in Italien ja bekanntlich sehr spärlich ist, haben die beiden so einiges mitgenommen: eine Kaffeemaschine, einen Wasserkocher, Brettchen, Besteck und ein wenig Geschirr. Ja sogar Geschirrtücher und Spülmittel.

Bereits am Montag um 8.30 Uhr begann die erste Therapie meines Patienten. Natalia (Spanierin), die fließend italienisch spricht, war die behandelnde Therapeutin und Sandra Hanika, eine deutsche Ergotherapeutin, die für 3 Monate in der Villa Miari war, zunächst die Übersetzerin. Anfang April kam Ines Schröder für 6 Monate und übernahm nach dem Praktikum von Sandra die Übersetzung.



Zunächst standen eine gemeinsame Befundaufnahme und die Weitergabe von Informationen auf dem Plan. Sandra und Ines, vielen Dank noch einmal für die Übersetzung. Am Vormittag wurde schwerpunktmäßig die obere und nachmittags die untere Extremität behandelt.

Leider standen auch hier immer wieder die Schmerzen im Vordergrund, die unterschiedlich intensiv waren. An einigen Tagen waren sie fast weg, an anderen wiederum sehr stark. Manchmal waren alle etwas ratlos. Eine erneute radiologische Überprüfung im örtlichen Kranken-

haus lehnte mein Patient allerdings ab.

Nach einer Woche hieß es für mich dann Abschied zu nehmen. Ich bin nach Hause gefahren und erst An-



fang Mai wieder nach Santorso gefahren. Die letzte Woche seines Aufenthaltes wollte ich erneut zum Hospitieren nutzen und das weitere Vorgehen für die Behandlung in Deutschland besprechen.

In der Zwischenzeit stand ich mit dem Patienten und seiner Ehefrau telefonisch in Kontakt und erfuhr, dass die Schmerzen leider nicht weniger wurden. Ein Teil der erwarteten Therapieerfolge blieben somit aus.

Am 9. Mai fuhren wir wieder zurück nach Hause. Dort führte ein direkter Weg zum behandelnden Arzt und anschließend ins Krankenhaus. Dort stellten die Ärzte nach einem Knochenszintigramm und einem weiterem Röntgenbild fest, dass die Schmerzen durch eine gestauchte Schenkelhalsfraktur bedingt sind, die auf den Sturz zurückzuführen sind! Nach einer weiteren längeren Pause ohne Stand und zusätzliche Transfers, sind die Schmerzen fast weg. Eine befürchtete Beinverkürzung ist nicht eingetreten, die abnormalen Irradiationen kann der Patient besser kontrollieren.

Fazit: Ein Aufenthalt in Italien ist nicht ganz billig (aber billiger als man denkt) und lohnt sich! Mein Patient und seine Frau waren von der Therapiefrequenz, der Intensität und der Betreuung sehr begeistert und würden jederzeit wieder nach Italien reisen. Ich wurde in meinem bisherigen therapeutischen Vorgehen bestätigt, habe viel dazu gelernt und möchte diese positiven Erfahrungen nicht mehr missen. Für weitere Rückfragen stehe ich gerne zur Verfügung.
birgit.rauchfuss@t-online.de.

Heidrun Brand-Pingsten: „Wissenschaft Leben“ Eindrücke vom 11. Symposium des VFCR in Erkner

„Wissenschaft leben“ – so war das 11. internationale Symposium für neurokognitive Rehabilitation nach Prof. Perfetti über schrieben, das am 19./20. Juni 2009 in Erkner bei Berlin stattgefunden hat. Tatsächlich hat dieses Motto in allen Vorträgen und auch bei den Pausen diskussionen deutlich „gelebt“. Hier trafen Wissenschaftler, Therapeuten und Betroffene zusammen, und es fand ein spannender Austausch statt.

Im Eingangsvortrag hat Susanne Wopfner-Oberleit sehr deutlich auch den wissenschaftlichen Weg in unserer täglichen Arbeit markiert. Natürlich sind wissenschaftlich erwiesene Thesen Ausgangspunkt unserer Arbeit mit den Patienten. Dennoch – und das ist ausdrücklicher Wunsch von Prof. Perfetti – muss das Forschen, das Lernen, sich Fragenstellen und wissenschaftliches Denken ständig in unsere Arbeit einfließen.

In diesem Jahr konnte Prof. Tölle, tätig im Zentrum für interdisziplinäre Schmerztherapie und Oberarzt der neurologischen Klinik rechts der Isar, TU München für den sehr spannenden Vortrag „Kann man Schmerz sichtbar machen? Gedanken zur neuronalen Plastizität und



Bildgebung“ gewonnen werden. Er gab Einblicke in neue Forschungen der Schmerzverarbeitung und der Möglichkeit, diese bildlich darzustellen - somit auch Ansatzpunkte für mögliche Wege der Therapie.

Prof. Tölle und Prof. Perfetti sind sich noch nicht begegnet, doch es finden sich viele Berührungs punkte: beide Forscher legen die **neuronale Plastizität** dem therapeutischen Konzept zugrunde.

Dr. Reiners spannte in seinem Vortrag „Was haben Perfetti und Moseley gemeinsam – und warum sollten sie sich kennenlernen?“ - den Bogen

noch weiter – nach Australien. Dort forscht Lorimer G. Moseley über Schmerzverarbeitung und therapeutische Wege. In diesem Zusammenhang möchte ich an den Artikel von Matthias Volquartz im Rundbrief, Ausgabe 13, erinnern; dort stellt er das Buch „Schmerz verstehen“ von Moseley vor. Moseley:

„train the brain“ und „active involvement“ - Perfetti: „Rehabilitieren mit Gehirn“, auch hier ist gemeinsame Grundlage der therapeutischen Ansätze die Nutzung der Plastizität des Gehirns.

Wir hatten das große Glück, dass die langjährige Mitarbeiterin von Prof. Perfetti, Dr.ssa Franca Pantè, über neueste Forschungsthemen in der Villa Miari, Forschungszentrum für

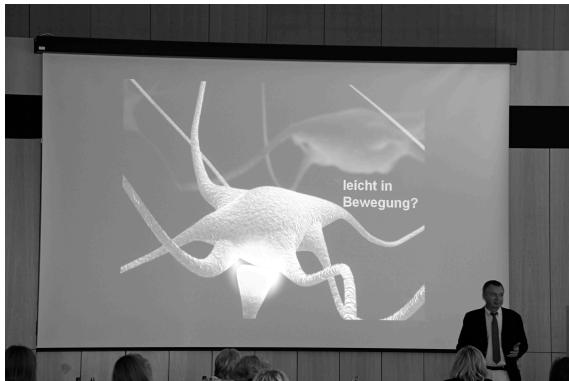
neurokognitive Rehabilitation in Santorso, Italien, berichtete. Der Titel ihres Vortrages lautete: „Die Sprache und die



Vorstellung: **Repräsentation, Imagination und Zwischenwelten** bei der Kognitiv-Therapeutischen Übung“.

Zentrale Themen waren: der **Dialog** – also das Sprechen **mit** dem Patienten, nicht zum Patienten und der Umgang mit der motorischen Imagination.

An dieser Stelle möchte ich Susanne



Wopfner-Oberleit und Regina Klossek für die einfühlsame und professionelle Übersetzung danken.

Wieder hat Dr. Conti uns einen spannenden, im wahrsten Sinne des Wortes sehr „anschaulichen“ Vortrag geschenkt – durch Präsentation sehr außergewöhnlicher Bilder, gemalt von Künstlern vor und nach dem Schlaganfall, die uns einen großen Einblick in deren Befindlichkeit und Selbstwahrnehmung gaben. Die neuropsychologische Betrachtung und Interpretation dieser „inneren Sprache“ ermöglichen tiefergehendes Verständnis für die Ausdrucksweise im Zusammenhang mit dem Läsionsort.

Einen praktischen Einblick gab uns Hanne Karow in „Übungsaufbau und Durchführung der Tabellone-Übung bei ausgeprägter ARD und IRR“. Sie zeigte in sehr schöner Weise, dass dieses von Prof. Perfetti sehr früh entwickelte Therapiemittel in der Behandlung von sehr komplexen Bewegungsstörungen eine große Bedeutung hat.

Auf besondere Weise bereichert hat das Symposium der Vortrag des Schlaganfall-Betroffenen Peter Rattke: „Die getäuschte Wahrnehmung – wie ich die Welt manchmal falsch empfinde“. Er hat sehr eindrücklich seine Veränderung der Wahrnehmung und die daraus resultierenden Schwierigkeiten im täglichen Leben geschildert.

Als Neuheit stellten uns Stefanie Jung und Birgit Rauchfuß eine „Evaluation des Perfetti-Konzeptes aus

Sicht von Klienten und Ergotherapeuten“ vor.

Im Rahmen ihres Ergotherapie-Studiums war dies Thema ihrer Bachelorarbeit. Es wurden sowohl Klienten als auch Therapeuten (nur Therapeuten mit Examens-Kurs) mittels Fragebögen befragt. Hierbei standen ihre Erfahrungen zu den Aspekten der Wirksamkeit, Klientenzentrierung, Motivation und Zufriedenheit im Zusammenhang mit der Behandlung nach dem Perfetti-Konzept im Vordergrund.

Die vorgestellten Teilergebnisse ihrer Studie zeigen, dass die Zusammenarbeit im Rahmen der ergotherapeutischen Behandlung nach dem Perfetti-Konzept von klientenzentrierten Aspekten geprägt ist. Ergotherapeuten und Klienten erleben die Behandlung als wirksam. Therapieerfolge werden u. a. an der Verbesserung der Bewegungsfähigkeit und der Durchführung alltäglicher Aktivitäten festgemacht.

Die Klienten sind motiviert, nach dem Therapiekonzept zu arbeiten, weil sie diese Veränderungen bewusst erleben und Ziele, die für sie wichtig sind, in die Behandlung einzbezogen werden. Sie bestätigen auch eine hohe Zufriedenheit mit der Behandlung u. a. aufgrund der erlebten Therapieerfolge. Ergotherapeuten begründen ihre Zufriedenheit mit den differenzierten Behandlungsmöglichkeiten, die ihnen das Behandlungskonzept bietet.

Der Bezug des Therapiekonzeptes zu aktuellen neurowissenschaftlichen Erkenntnissen, die positiven Therapieergebnisse und die aktive Rolle des Klienten sind motivierende Faktoren für Ergotherapeuten und Physiotherapeuten sich fortlaufend weiterzubilden, um Klienten eine qualitativ hochwertige Behandlung anbieten zu können.

Zum Abschluss des Symposiums lud uns Regina Klossek, Ergotherapeutin, tätig im logopädisch interdisziplinären Rehabilitationszentrum Dr. Middeldorf in Lindlar, zu einem „Spaziergang“ in die Behandlung von Kindern ein. Sie berichtete über das

Therapiezentrum „Centro Studi di Vygotskij“ in Pisa. Hier arbeiten Dr. Ise Breghi (Referentin beim Symposium 2008) und Dr. Paula Puccini. Die äußerst sensible Therapie mit Kindern unterscheidet sich in den Grundzügen nicht von der Therapie mit Erwachsenen. Neurokognitive Therapie ist mit Kindern, sogar Kleinstkindern, möglich. Regina Klossek beendete den Vortrag mit der Ankündigung, dass es bald „Kinder-Perfetti-Kurse“ mit Ise Breghi in Deutschland geben wird.

Beim Schreiben dieser Zusammenfassung wurde mir klar, dass es mir unmöglich ist, alle Ergebnisse aus

den Vorträgen zu erwähnen

ohne sie aus dem Zusammenhang zu reißen; deshalb hier eine Ermunterung, doch selbst am Symposium teilzunehmen. Abschließend ein Dank an

die Referenten und Organisatoren, die für einen reibungslosen Ablauf und eine Atmosphäre gesorgt haben, in der der Wissensdurst gestillt wurde, gute Begegnungen und Austausch möglich waren und auch fröhliches Beisammensein stattfand.

Geringe Teilnehmerzahl beim Symposium in Erkner

Anders als erwartet war das jährlich stattfindende Symposium in Erkner trotz hochkarätiger Referenten schlechter besucht. Das Programm bestand aus einer Kombination von wissenschaftlichen und praktischen Vorträgen

Wir vom Vorstand haben nach den Gründen für die geringe Teilnehmerzahl gesucht. Aus diesem Grunde bitten wir alle Mitglieder, uns eine Rückmeldung mit Wünschen, Anregungen und Kritik zu geben. Hierfür können Sie den beigefügten Frage- und Antwortbogen nutzen und an die angegebene Adresse zurücksenden. Vielen Dank im Voraus!



Therapeutenliste auf der Homepage

Immer wieder gibt es Anfragen von Patienten und TherapeutInnen nach KollegInnen, die wohnortnah die Behandlung weiterführen können. Bis dato wurden die Anfragen von Kira Tschirner als ehrenamtliche Schriftführerin des Vereins bearbeitet und die entsprechenden Adressen der Kollegen weitergeleitet. Dies soll nun durch die Online-Suche einfacher werden.

Voraussichtlich ab Oktober können sich Therapeuten, die nach Perfetti arbeiten, in eine Therapeutenliste auf der Homepage eintragen und jeder kann entsprechende Kollegen in der Liste suchen. Auf der Mitgliederversammlung in Erkner wurde ein Vorschlag für eine entsprechende Liste vorgestellt und von den anwesenden Kollegen positiv bewertet.

Tobias Strauß, der die Homepage eingerichtet hat und betreut, erstellt ein Datenformular, welches die Eintragung in die Liste ermöglicht. Er schreibt gerade seine Diplomarbeit und hat deshalb vorher keine Zeit. Hier deshalb vorab einige Informationen zur geplanten Liste:

Für Vereinsmitglieder ist die Eintragung kostenlos, für Nicht-Mitglieder kostet dieser Service € 20,00 pro Jahr.

Voraussetzung für die Aufnahme in die Liste ist die Teilnahme mindestens an einem Einführungskurs (2 Tage bzw. 15 Stunden) **oder** einem Basiskurs (5 Tage bzw. 35 Stunden). Alle Kurse müssen AIDETC anerkannt sein.

Weiterhin müssen alle 2 Jahre mind. 15 Fortbildungspunkte (kognitiv-therapeutische Übungen) nachgewiesen werden. Dies entspricht z. B. der Teilnahme an einem Symposium.

Jeder, der sich in die Liste eintragen lassen will, muss seine Fortbildungsnachweise in Kopie einreichen. Erst dann erfolgt die Freischaltung seiner Daten. Der Nachweis der Fortbildungspunkte ist unAufgefordert einzureichen (per E-mail oder per Post – VFCR Sekretariat), ansonsten erfolgt die Löschung aus der Liste.

Beispiel:

Wer sich z. B. 2009 anmeldet, muss die Teilnahme an den Kursen für die

Aufnahme innerhalb von 6 Wochen einreichen und die Nachweise für die Weiterbildung (15 Fortbildungspunkte) bis Ende 2011 erbringen. Wer sich 2010 anmeldet, muss die Nachweise für die Aufnahme innerhalb von 6 Wochen nach der Anmeldung einreichen und die Fortbildungspunkte bis Ende 2012 nachweisen.

Die Liste soll für jeden zugänglich sein und ist alphabethisch sortiert; Sucht man einen Therapeuten in einer bestimmten Stadt, klickt man einfach auf PLZ und die Liste ist nach PLZ sortiert.

Beim Anklicken des Namens oder Vornamens erscheinen in einem zusätzlichen Fenster die eingegebenen Kontaktdaten (Name, Vorname, Anschrift, PLZ, Ort, Telefon, Fax, E-Mail und ggf. die Web-Adresse).

Zusätzlich werden neben den Fachbereichen (Neurologie, Orthopädie, Chirurgie, Pädiatrie und Handchirurgie) auch die absolvierten Fortbildungen genannt.

Die Überprüfung der eingereichten Unterlagen auf Aktualität erfolgt in einem halbjährlichen Rhythmus.

Wir hoffen auf eine umfangreiche Liste und hoffen, dass die Suche nach einem Therapeuten dadurch erleichtert und beschleunigt wird. Rückfragen und Anregungen bitte an: birgit.rauchfuss@t-online.de oder Tel.: 02361/ 106 29 49.

Liebe VFCR-Mitglieder,

ich möchte diese Ausgabe des Rundbriefes nutzen und mich kurz vorstellen. Seit der Mitgliederversammlung im Juni in Erkner bin ich Schriftführerin des Vereins und freue mich sehr, dass ich gewählt wurde.

Zu meiner Person: Ich habe mein Ergotherapieexamen im Oktober 1993 in Recklinghausen (Ruhrgebiet oder auch Ruhrpott) absolviert und nach einer kurzen Anstellung in einem Seniorenheim wechselte ich 1995 in ein Akutkrankenhaus. Dort konnte ich einige Jahre viele Erfahrungen in der Behandlung neurologischer Patienten sammeln, bevor ich mich 1999 mit einer eigenen Praxis selbstständig machte.

Bereits 1995 besuchte ich meinen ersten Kurs bei unserem Ehrenpräsidenten Dr. Conti in Hannover und wurde schnell „Perfettianerin.“ Gleich im Anschluss bin ich zum Aufbaukurs nach Tschugg in die Schweiz gefahren, habe einen Praxiskurs bei Susanne Wopfner absolviert und war auch Teilnehmerin des ersten Examenskurses in Brissago. Sehr hilfreich für meine praktische Arbeit waren mehrere Hospitationsaufenthalte mit eigenen Patienten in Tschugg und in diesem Jahr erstmals in Santorso.

So war es für mich auch selbstverständlich, an der Gründungsversammlung des Vereins 1998 in Köln teilzunehmen und mich im Verein aktiv einzubringen. Zunächst waren es regelmäßige Anwendertreffen, die ich mit Stefanie Jung abwechselnd in Marl und Hattingen organisierte. Hinzu kam die Anmeldung für die monographischen Kurs und die Organisation und Betreuung der Infostände beim Ergotherapiekongress.

Der Anfrage des Vorstandes (vor allem von Susanne!!!) für das Amt der Schriftführerin zu kandidieren, habe ich gerne entsprochen. Private und berufliche Veränderungen gaben mir hierfür die Möglichkeit.

Ich hoffe, dass ich den Erwartungen gerecht werde und die Aufgaben von Kira Tschirner in ihrem Sinne und ihrer Qualität erfüllen kann. Über Anregungen und Rückmeldungen freue ich mich sehr.

Herzliche Grüße



Protokoll der Mitgliederversammlung 2009

19. Juni 2009

Ort: Bildungszentrum Erkner (Berlin) Sitzungsleitung: Susanne Wopfner-Oberleit
Protokoll: Kira Tschirner

TOP 1 Eröffnung und Begrüßung durch die 1. Vorsitzende Susanne Wopfner-Oberleit

Eröffnung der Mitgliederversammlung und Begrüßung der Anwesenden durch die 1. Vorsitzende Frau Wopfner-Oberleit. Es wurde festgestellt, dass form- und fristgerecht zu dieser Sitzung eingeladen wurde.

TOP 2 Ergänzungen der Tagesordnung

Die Tagesordnung wird um weitere Punkte ergänzt, die den jeweiligen TOPs zugeordnet werden.

TOP 3 Jahresberichte

3.1. Bericht der 1. Vorsitzenden Susanne Wopfner-Oberleit

Frau Wopfner-Oberleit gibt einen Überblick über die Tätigkeiten der Vorstandsmitglieder.

3.2. Bericht der Schriftführerin Kira Tschirner

Frau Tschirner berichtet über die Mitgliederverwaltung und bittet die anwesenden Mitglieder, die ausgeteilte Mitgliederliste zu unterschreiben und sie bei Bedarf zu ergänzen.

3.2.1. Ankündigung der geplanten Satzungsänderungen 2010

Frau Tschirner berichtet von der geplanten Überarbeitung der Satzung in den kommenden Monaten. Es wird bei der nächsten Mitgliederversammlung zur Abstimmung kommen. Vorher werden die Mitglieder in einem Brief informiert.

3.3. Bericht des Kassierers Uwe Steinkamp

Das letzte Geschäftsjahr war vom 15. Juni 2008 bis 14. Juni 2009. Dieses gibt beim Kassenbericht immer ein verzerrtes Bild, da die Kasse kurz vor dem Symposium gemacht wird und das Symposium noch nicht abgerechnet ist.

Herr Steinkamp hält es für sinnvoll, das Kassenjahr analog zum Kalenderjahr zu führen. Die Mitglieder sind einstimmig dafür, so dass Herr Steinkamp zum Jahresende 2009 noch einmal einen Kassenabschluss machen wird und das Kassenjahr ab dann immer vom 01. Januar bis 31. Dezember gehen wird.

3.4. Bericht der Kassenprüferinnen Heidrun Brand-Pingsten und Birgit Rauchfuß. Heidrun Brand-Pingsten und Birgit Rauchfuß berichten von der korrekten Kassenführung und danken Herrn Steinkamp für die vorbildliche Vorbereitung der anstandslosen Prüfung.

TOP 4 Entlastung des Vorstandes

Es wird der Antrag gestellt, den gesamten Vorstand zu entlasten. Der Vorstand wird einstimmig entlastet.

TOP 5 Wahl der neuen KassenprüferInnen

Für die kommende Kassenprüfung Ende Dezember 2009 werden Heidrun Brand-Pingsten und Klaus Pingsten vorgeschlagen. Heidrun wird einstimmig gewählt und nimmt die Wahl an. Klaus Pingsten wird einstimmig gewählt und nimmt die Wahl an.

TOP 6 Rücktritt der Schriftführerin

Kira Tschirner berichtet von ihrer Arbeit während ihrer Zeit als Schriftführerin und bedankt sich bei den Mitgliedern für das bislang entgegengebrachte Vertrauen. Sie hebt noch einmal die ausgesprochen gute und sehr produktive Zusammenarbeit mit Susanne Wopfner-Oberleit, Uwe Steinkamp und Dr. Anselm Reiners hervor. Sie bedankte sich auch für die Unterstützung der vielen aktiven Mitglieder, ohne die der Verein nicht so gut funktionieren könnte.

TOP 7 Vorschläge und Wahl eines neuen Schriftführers/ einer neuen Schriftführerin

7.1. Eingegangener Vorschlag: Birgit Rauchfuß

Neben Birgit Rauchfuß werden keine weiteren Mitglieder während der Mitgliederversammlung für das Amt vorgeschlagen.

Birgit Rauchfuß wird einstimmig von den Mitgliedern zur Schriftführerin des VFCR gewählt und nimmt die Wahl an.

TOP 8 Therapeutenliste

Birgit Rauchfuß stellt die Therapeutenliste vor, die auf der Homepage geführt werden soll. Heidrun Brand-Pingsten, Bea Wulff, Stefanie Jung und Birgit Rauchfuß haben sich zusammengesetzt und einen Vorschlag erarbeitet. Birgit stellt das Procedere vor. Die Mitglieder diskutieren die Umsetzung. Folgende Ideen gehen ein:

Als Eingangsvoraussetzung, um auf die Therapeutenliste zu kommen, ist mindestens ein Einführungskurs **oder** ein Basis-kurs notwendig. Der Informationskurs wird nicht mit aufgelistet.

Beim Anmeldeformular (Kontaktbogen o.ä.) soll man anklicken können, ob man

- a) sich neu anmeldet,
- b) eine Änderung eingeben möchte (Adressänderungen, etc.) oder
- c) seine Fortbildungen aktualisieren möchte.

Bei den Kursen, die dort dargestellt werden, soll innerhalb der Homepage eine Verlinkung erfolgen, so dass man beim Anklicken sofort zu den Kursinhalten u. ä. kommt.

TOP 9 Homepage

Kira Tschirner berichtet über den aktuellen Stand der Homepage und die geplanten Ergänzungen. Sie möchte die Mitglieder dazu gewinnen, sich aktiv an den Inhalten zu beteiligen, so dass die Homepage immer umfangreicher wird und umfassende Informationsmöglichkeit bietet.

Sie weist darauf hin, dass man die Möglichkeit hat, sich für einen Newsletter anzumelden, der unregelmäßig erscheint.

TOP 10 Symposium 2010

Uwe Steinkamp stellt Düsseldorf als Tagungsort für das 12. Symposium 2010 vor. Es findet am 18. und 19. Juni 2010 statt. Er zeigt verschiedene Bilder vom Tagungsort. Susanne Wopfner dankt Uwe für die ausdauernde und schwierige Arbeit, geeignete Tagungsmöglichkeiten zu finden. Sie hebt noch einmal hervor, dass Uwe sich viele Tagungsräume privat in seinem Urlaub ansieht.

TOP 11 Termine und Planungen 2010

- 11.1. Monographischer Kurs in Italien: 15. – 17. April 2010
- 11.2. Monographischer Kurs in Deutschland: 07. – 09. Oktober 2010

Das Thema für den monographischen Kurs in Deutschland ist noch offen und wird in der Mitgliederversammlung angesprochen. Folgende Vorschläge gehen ein: „Gehen“, „Hand“, „Hemiparesis links – Neglect“

- 11.3. Examenskurs: Beginn Dezember 2010 in München Bogenhausen
- 11.4. Symposium 2010: 18. + 19. Juni Düsseldorf

TOP 12 Bericht über den Info-Stand beim Ergotherapiekongress 2009 in Köln

Heidrun Brand-Pingsten berichtet vom Ergotherapiekongress, auf dem der VFCR in Kooperation mit der Firma Atoform Austria mit einem Info-Stand vertreten war. Birgit Rauchfuß berichtet von der Standorganisation und ruft die Mitglieder auf, im nächsten Jahr in Erfurt den VFCR-Stand aktiv zu unterstützen.

Ein kleiner Teil der für die Mitglieder entstandenen Unkosten wurden vom Verein übernommen, dies wurde in der letzten Mitgliederversammlung von den Mitgliedern beschlossen.

Der gesamte Vorstand bedankt sich bei den aktiven Mitgliedern, dass sie diesen Stand ermöglichten.

Auf dem Kongress wurden mehrere interessante Vorträge von Mitgliedern zum Thema der kognitiven Rehabilitation gehalten.

U. a. gab es einen „Vortrags-Versuch“: „Perfetti meets Bobath“; dort wurde den Teilnehmern ein Patient vorgestellt und ein Video von ihm gezeigt. Hanne Karow hat dann kurz die kognitive Rehabilitation vorgestellt, während Heidrun Piekenbrock einen Vortrag über die Behandlung nach Bobath kurz umrissen hat. Insgesamt wurde die Gegenüberstellung sehr interessiert verfolgt und wird im kommenden Jahr vielleicht wiederholt werden.

Susanne Wopfner-Oberleit möchte die Mitglieder dazu ermuntern, sich aktiv beim Kongress einzubringen, um die kognitive Rehabilitation darzustellen.

TOP 13 Bericht der PR-Gruppe

Die PR-Gruppe bestand bislang aus: Regina Klossek, Claus Hosang, Nicole Thelen und Dominic Kätzler.

Regina tritt von der Leitung der PR-Gruppe zurück. Die verbleibenden Teilnehmer können es sich nicht vorstellen, federführend die PR-Arbeit zu übernehmen. Es wird insgesamt deutlich, wie schwierig es ist, ehrenamtlich PR-Arbeit zu übernehmen.

Die PR-Gruppe wird in der Form geschlossen.

Carola Ganster unterstreicht die Wichtigkeit der PR Arbeit und hofft, dass sich jemand interessiert und diese Arbeit übernehmen kann. Matthias Volquartz bringt zur Sprache, wie schwer es ist, PR-Arbeit professionell zu machen und regt an, jemanden dafür zu engagieren.

Dennoch wurden einige Ideen gesammelt:

- Es wird angeregt in verschiedenen Fachzeitzeitschriften zu publizieren.
- Carola Ganster bietet sich an, die Adressen von Ergoschulen in eine Datei zu schreiben, damit der Verein und die Mitglieder die Möglichkeit haben, einfacher Informationen per Serienbrief zu versenden.
- Nicole Thelen wurde vom Thieme-Verlag gefragt, ob sie einen Artikel über das Symposium schreibt.

TOP 14 Rundbrief

Matthias Volquartz schlägt vor, auch das Layout des Rundbriefes in Form des einheitlichen Vereinsbildes zu gestalten. Dieser Vorschlag soll schon beim kommenden Rundbrief umgesetzt werden.

Rundbriefe erscheinen 2x im Jahr: im Frühjahr und im Herbst

Anregung: Rundbrief Abo für ein Jahr.

TOP 15 Verschiedenes

- Patientenflyer

Hanne Karow stellt die erste Rohversion des Patientenflyers vor. Es besteht die Möglichkeit, diese Fassung bei ihr und Regina Klossek zu erhalten, um sie testweise Patienten vorzulegen.

Stefanie Jung bietet sich an, einen Fragebogen für Patienten zu erstellen, die daraufhin Rückmeldung geben können.

Hanne schickt Stefanie den Flyer.

Die Flyerversion und der Rückmeldebogen werden gemäßt an: Susanne Wopfner, Uwe Steinkamp, Olga Goldbach, Silvia Weise, Heidrun Brand-Pingsten, Carola Ganster, Nina Heimig, Tilly Pirker, Ilka Hornig, Dania Melz, Karin Sperr, Julia Einbecker.

- Studiengruppe

Es gibt eine Studiengruppe, bestehend aus: Nicole Thelen, Anne Hosang und Katja Hessler. Diese lesen und diskutieren Studien. Jeder, der Interesse hat diesbezüglich einen Austausch zu pflegen, kann sich bei Nicole Thelen (thelen.nicole@yahoo.de) melden.

TOP 16 Beendung der Sitzung

Susanne Wopfner-Oberleit beendet die Sitzung und lädt die Mitglieder zum bunten Abend ein.

Für das Protokoll: Kira Tschirner, Ehrenamtliche Schriftführerin VFCR

Datum: 22. Juni 2009

Perfetti Kurstermine

Oktober 2009

Basiskurs (Susanne Wopfner-Oberleit, Zirl / A)

Teil: 16. – 18. Oktober 2009, 2. Teil: 18. – 20. Dezember 2009, "imPuls - Center" Elbchaussee 38, 22765 Hamburg, Tel.: 040 - 87 88 17 00, Fax: 040 - 87 88 17 01, info@impuls-fortbildung.de

November

Praxiskurs (Susanne Wopfner-Oberleit, Zirl / A)

20. - 22. November 2009, Organisation: Verband der ErgotherapeutInnen Österreichs, Ansprechpartner: Eva Güntner, Schlagergasse 6, 1090 Wien, fortbildung@ergotherapie.at

Dezember

Einführungskurs: (Regina Klossek, Köln / D)

10./11. Dezember 2009 Die Schule – IFBE med. GmbH Lilienstrasse 5 – 9 20095 Hamburg
Mentor Infocenter, 0221- 92 15 12 36, Mail: info@mentor-fortbildungen.de www.mentor-fortbildungen.de

Januar 2010

Einführungskurs (Regina Klossek, Köln / D)

15./16. Januar 2009 Klinikum Schwabing, Städtisches Klinikum München GmbH, Kölner Platz 1, 80804 München. Mentor Infocenter, 0221- 92 15 12 36, Mail: info@mentor-fortbildungen.de

Basiskurs (Susanne Wopfner-Oberleit, Zirl / A)

1. Teil: 29. – 31. Januar 2010, 2. Teil: 19. – 21. Februar 2010, "imPuls - Center" Elbchaussee 38, 22765 Hamburg, Tel.: 040 - 87 88 17 00, Fax: 040 - 87 88 17 01, info@impuls-fortbildung.de

Einführungskurs (Regina Klossek, Köln / D)

29./30. Januar 2010, ERGOKONZEPT, Sandstrasse 16 in 30167 Hannover
buero@ergokonzept-hannover.de Homepage: www.ergokonzept-hannover.de (Online - Anmeldung möglich)
Tel: 0511 - 215 32 46 Fax: 0511 – 215 50 36

Februar

Kinder-Perfetti-Kurse: Einführungskurs zu den Kognitiv Therapeutischen Übungen im Entwicklungsalter 05.– 07.Februar 2010 Referentin: Dott.ssa Ise Breghi, Fachübersetzung: Regina Klossek
DIE SCHULE, IFBE med. GmbH, Im MediaPark 4e, 50670 Köln Mentor Infocenter, 0221- 92 15 12 36,
Info@mentor-fortbildungen.de www.mentor-fortbildungen.de

Praxiskurs (Susanne Wopfner-Oberleit, Zirl, A)

Thema: „*Die Behandlung des Rumpfes bei Parese und Ataxie*“ 26. – 28. Februar 2010, Veranstalter: Klinik München Bogenhausen, Abteilung: Neuropsychologie, Ansprechpartner: Maike Daummüller und Renate Götze, Tel.: 089 / 9270 2381 oder 2388

Einführungskurs (Regina Klossek, Köln / D)

26./27.Februar 2010 TFT Therapeutische Fortbildungstage Adenauerring 11 76756 Bellheim
Tel.: 0 72 72 / 75 04 91 Fax.: 0 72 72 / 7743 56 e-mail: tft-seminare@t-online.de www.tft-seminare.de

April

Monografischer Kurs in Italien (Prof. Perfetti, Pantè, Rizzello, Zernitz)

Thema wird noch bekannt gegeben, 15. – 17. April 2010 in der Villa Miari, Santorso / Italien,
Anmeldung: Birgit Rauchfuß (rauchfuss@ergotherapie-marl.de)

Mai

Einführungskurs (Regina Klossek, Köln / D)

07./08.Mai 2010 DIE SCHULE, IFBE med. GmbH, Im MediaPark 4e, 50670 Köln
Ansprechpartner: Mentor Infocenter, 0221- 92 15 12 36, Mail: info@mentor-fortbildungen.de
Weitere Informationen unter: www.mentor-fortbildungen.de

Juni

Perfetti - Symposium in Düsseldorf, 18-19. Juni 2010, verschiedene Vorträge rund um das Thema „Kognitive Rehabilitation“, Freitag: 13.15 -18.00, Samstag: 9.00 – 18.00,
Anmeldung: Birgit Rauchfuß (rauchfuss@ergotherapie-marl.de)

Juli

Basiskurs: 01. - 03.Juli 2010 (Modul 1); 16.09. -18.09.2009 (Modul 2)

Referenten: Dott.ssa Fisioterapista Franca Pantè, Dott.ssa. Fisioterapista Carla Rizzello

Fachübersetzung: Regina Klossek (Ergotherapeutin) Veranstaltungsort: DIE SCHULE, IFBE med. GmbH, Im MediaPark 4e, 50670 Köln (Anmeld. s.o.)

Einführungskurs (Regina Klossek, Köln / D)

23./24.Juli 2010, DIE SCHULE, IFBE med. GmbH, Im MediaPark 4e, 50670 Köln (Anmeldung und Info s.o.)

Kinder-Perfetti-Kurse: Einführungskurs zu den Kognitiv Therapeutischen Übungen im Entwicklungsalter 09.-11. Juli 2010 Referentin: Dott.ssa Ise Breghi, Fachübersetzung: Regina Klossek

DIE SCHULE, IFBE med. GmbH, Im MediaPark 4e, 50670 Köln (Anmeldung und Info siehe oben)

September

Basiskurs (Susanne Wopfner-Oberleit, Zirl A)

1. Teil: 24. – 26. September 2010, 2. Teil: 22. – 24. Oktober 2010, Kursort: bfz Praxis für Ergotherapie, Näßelsbachstr. 25 b, 91052 Erlangen, Veranstalter: bfz gGmbH Erlangen, Ansprechpartner: Evelyn Gollwitzer, Tel: 09131-895464, Fax: 09131-4001692, email: ergopraxis@er.bfz.de

Einführungskurs (Regina Klossek, Köln / D)

24./25.September 2010 TFT Therapeutische Fortbildungstage Adenauerring 11 76756 Bellheim

Tel.: 0 72 72 / 75 04 91 Fax.: 0 72 72 / 7743 56 e-mail: tft-seminare@t-online.de, www.tft-seminare.de

Oktober

Monografischer Kurs (F. Pantè oder C. Rizzello, Übersetzung: S. Wopfner)

7. – 9. Oktober 2010, Thema und Kursort werden noch bekannt gegeben, Anmeldung: Birgit Rauchfuß (rauchfuss@ergotherapie-marl.de)

Einführungskurs (Regina Klossek, Köln / D)

22./23. Oktober 2010, ERGOKONZEPT Hannover, Sandstrasse 16 in 30167 Hannover

buero@ergokonzept-hannover.de, www.ergokonzept-hannover.de (Online - Anmeldung möglich)

Tel: 0511 - 215 32 46 Fax: 0511 – 215 50 36

November

Basiskurs (Susanne Wopfner-Oberleit, Zirl, A)

1. Teil: 19. – 21. November 2010, 2. Teil: 9. – 11. Dezember 2010, Veranstalter: Diakonisches Institut Dornstadt, Ansprechpartner: Astrid Kaiser, Tel.: 07348 / 987473, Fax: 07348 / 987430, info@diakonisches-institut.de, www.diakonisches-institut.de

Praxiskurs (Susanne Wopfner-Oberleit, Zirl, A)

26 – 28. November 2010, "imPuls - Center" Elbchaussee 38, 22765 Hamburg, Tel.: 040 - 87 88 17 00, Fax: 040 - 87 88 17 01, info@impuls-fortbildung.de

Einführungskurs (Regina Klossek, Köln / D)

26./27.November 2010 BIZ Bildung in Zusammenarbeit an den Enzkreis-Kliniken, Hermann-Hesse-Str. 32

75417 Mühlacker. Ansprechpartnerin: Frau Thau-Hähnle e-mail:hildegard.thau-haehnle@kliniken-ek.de

Tel.: 07041 - 1550180, www.enzkreis-kliniken.de/news/fortbildung-biz.htm

Dezember

Monographischer Kurs: 02. - 04.Dezember 2010 Die rehabilitative Behandlung von Schmerzsymptomatologien nach den Kognitiv-Therapeutischen Übungen nach Professor C. Perfetti (verdeutlicht anhand des Rückenschmerzes) Referentin: Dott.ssa Fisioterapista Carla Rizzello oder Marina Zernitz
Fachübersetzung: Regina Klossek. DIE SCHULE, IFBE med. GmbH, Im MediaPark 4e, 50670 Köln (Anmeldung und Info s.o.)

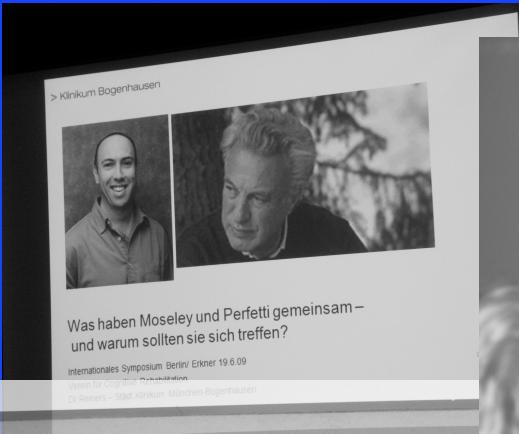
Einführungskurs: Regina Klossek (Ergotherapeutin)

10/11 Dezember DIE SCHULE, IFBE med. GmbH, Lilienstr. 5-9. Ansprechpartner: Mentor Infocenter, 0221- 92 15 12 36, Mail: Info@mentor-fortbildungen.de, www.mentor-fortbildungen.de

Examenskurs - Theoriewoche (F. Pantè, C. Rizello, F. Conti, A. Reiners, S. Wopfner)

13. – 18. Dezember 2010, Veranstalter: Physikalische Medizin des Krankenhauses München Bogenhausen, Leiter: Dr. A. Reiners, Sekretärin: Frau Breu: physmed@kh-bogenhausen.de, Tel.: +49 / (0)89 9270 – 2401

Symposium 2009



Wir danken den Sponsoren:
ATO-Form (Austria), Fumagalli (I)
Clinica Hildebrand (CH),