

# Rundbrief 19



## **Inhalt:**

---

### **„Erfassen und Begreifen“**

Das „Sensibilitätsdefizit“  
bei Rechtshirnläsionen

Ein Patientenbeispiel

**Die Neurokognitive  
Therapie im Zeitalter  
von wissenschaft-  
lichem Arbeiten,  
Evidenzbasierung und  
Qualitätsmanagement**

**NEU!!**

**Deutsch-schweizer  
Studententage**

**Der Schreibkrampf –  
eine tätigkeits-  
spezifische Dystonie**

Kann die neurokognitive  
Therapie mit/eingesetzt  
werden?

# **VFCR**

Verein für kognitive  
Rehabilitation

## Inhaltsverzeichnis

<b>Editorial</b>	<b>Seite 3</b>
<b>„Erfassen und Begreifen“ – das Sensibilitätsdefizit bei Rechtshirnläsion – ein Patientenbeispiel</b>	<b>Seite 4</b>
<b>Die Neurokognitive Therapie im Zeitalter von Evidenzbasierung und Qualitätsmanagement</b>	<b>Seite 9</b>
<b>Santorso, April 2014</b>	<b>Seite 14</b>
<b>16. Internationales Symposium 2014</b>	<b>Seite 18</b>
<b>Der Schreibkrampf – eine tätigkeitsspezifische Dystonie ...</b>	<b>Seite 22</b>
<b>Einladung zur „Therapie Messe Leipzig“ 2015</b>	<b>Seite 27</b>
<b>Infostände: Ergotherapiekongress des DVE 2014 und 2015</b>	<b>Seite 27</b>
<b>Der VFCR im World Wide Web</b>	<b>Seite 28</b>
<b>Studiengruppen/Convegno</b>	<b>Seite 29</b>
<b>Monographischer Kurs in Regensburg, Oktober 2014 – Ataxie</b>	<b>Seite 30</b>
<b>Arbeitstreffen in Karlsruhe</b>	<b>Seite 32</b>
<b>Deutsch-schweizer Studientage</b>	<b>Seite 33</b>
<b>Info für Mitglieder</b>	<b>Seite 34</b>
<b>Protokoll der Mitgliederversammlung 2014 des Vereins für kognitive Rehabilitation VFCR e.V</b>	<b>Seite 35</b>
<b>Vereinsvorstand • Impressum</b>	<b>Seite 39</b>

## Liebe Mitglieder des VFCR!

Unterdessen schreitet das Jahr 2014 mit Riesenschritten auf das Ende zu. Da heißt es für uns wieder, den Rundbrief zu gestalten und allen Mitgliedern noch in diesem Jahr zukommen zu lassen.

Es ist nun schon mein zweites Amtsjahr und erst jetzt kann ich sagen, dass ich durch die sehr geduldige Unterstützung meiner Vorstandskollegen - ganz besonders Birgit Rauchfuß- allmählich „eingearbeitet“ bin.

Ein arbeitsreiches Jahr liegt hinter uns mit doch wieder einigen Höhepunkten. Im Mittelpunkt steht sicher das Internationale Symposium, welches in Nürnberg stattgefunden hat. Ein Bericht wird im Rundbrief erscheinen. Hier möchte ich zu Kritik und Anmerkungen Stellung nehmen. Im Ganzen hat das Symposium für Aufbau und Inhalt positive Bewertungen bekommen- auch wenn einigen Teilnehmern ein Skript fehlte. Letzteres haben wir noch nie ausgegeben- und das ist auch bei der Fülle der Vorträge und der Teilnehmerzahl gar nicht möglich. Erstmals aber konnten wir die Abstracts ausdrucken und auch auf die Homepage stellen. Die Übersetzung des italienischen Vortrages war schwierig, weil der externe Übersetzer das Skript erst sehr spät bekam und kaum Vorbereitungszeit hatte- dafür hat er diese schwere Aufgabe gut gemeistert.

Auch fanden wieder zwei monographische Kurse- einer in Santorso, Italien, und einer in Regensburg statt. Von beiden Veranstaltungen wird im Rundbrief berichtet.

So bleibt jetzt die Frage, wohin geht der Weg der „Neurokognitiven Rehabilitation“ und auch wie geht unsere Vereinsarbeit weiter. An dieser Stelle möchte ich schon jetzt an alle Mitglieder appellieren- wir brauchen Helfer und irgendwann auch junge Nachfolger!!! Selbstverständlich sollten wir die äußerst stimulierende Lehre von Prof. Perfetti und die Anwendungsprinzipien weiterhin im Zentrum unseres Interesses behalten. Dank seiner Lehre wissen wir aber auch, dass wir aufgefordert sind, selbst zu kreieren, weiter zu entwickeln, Hypothesen aufzustellen und zu überprüfen. Das jährliche Symposium des VFCR mit Vorträgen der langjährigen Mitarbeiterinnen von Prof. Perfetti und von anderen namhaften Referenten ist für uns ein Hinweis auf neue Ideen und Forschungsthemen, wie z.B. die **multisensorische Integration**. So muss unser Engagement auch in die Richtung gehen, mit unseren Kräften eine eigene Identität und Präsenz bei der Weiterentwicklung der Neurokognitiven Therapie zu finden. Es haben sich erste Studiengruppen in Deutschland zusammengefunden. Das sollte sicher noch größere Kreise ziehen. Mit der großen Unterstützung von Dr. Conti werden



wir erstmalig im September 2015 deutsch-schweizerische Studententage anbieten. Auch dazu mehr im Rundbrief.

Wie Einige vielleicht schon bemerkt haben, liegt dem Rundbrief erstmalig ein Jahresprogramm bei. Um Kosten zu mindern und das Programm noch weiter zu streuen (es wird auch in einigen Bundesländern der Ergotherapie- Fachzeitschrift beigelegt) – aber auch die Arbeit des immer wieder neuen Erstellens eines Flyers und Verschickens zu sparen, wollen wir es für 2015 so machen. Das hat auch den Vorteil, dass unsere Kurse schon bei der Jahres- und Urlaubsplanung mit berücksichtigt werden können.

Wir sind sehr glücklich, dass Dr. med. F. Conti als Referenten Prof. Dr. phil. Peter Brugger und Prof. Dr. med. Georg Goldenberg für das Symposium 2015 gewinnen konnte. So wird es wieder spannende Aspekte und neue Erkenntnisse geben.

Neueste Forschungen aus dem Centro Studi di Riabilitazione Neurocognitiva werden beim monographischen Kurs im April 2015 in der Villa Miari präsentiert.

Ein langersehnter monographischer Kurs zum Thema „Die orthopädische Hand/CRPS“ wird mit Marina Zernitz als Referentin im Oktober in München stattfinden.

So können wir uns sehr auf das kommende Jahr freuen. Allen wünsche ich eine besinnliche Adventszeit und einen frohen Übergang in das neue Jahr. Ich freue mich auf ein Wiedersehen.

**Heidrun Brand-Pingsten**



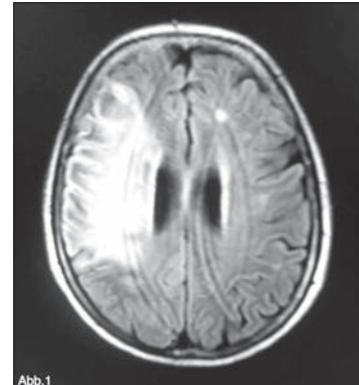
**Matthias Volquartz**  
Ergotherapeut, Lübeck  
volquartz@yahoo.de

## „Erfassen und Begreifen“: Das „Sensibilitätsdefizit“ bei einer Rechtshirnläsion – ein Patientenbeispiel

Die rechtsseitige Läsion im Gehirn stellt in soweit besondere Anforderung an die Rehabilitation, als wir es immer wieder mit verschiedenen Spielarten des „Neglects“ zu tun haben. Prof. Perfetti und sein Team haben oft darauf hingewiesen, dass es sich in erster Linie um ein Problem des Explorierens (lat.: Untersuchen, Erforschen) und der gerichteten Aufmerksamkeit handelt. Der hier in Rede stehende Fall soll die Möglichkeiten einer Behandlung an der Hand beschreiben, die von der Patientin nicht wahrgenommen wird. Ich beschränke mich bei meiner Schilderung auf das Problem der Sensibilität. Welchen Stellenwert die „Sensibilität“ besitzt, um der Welt einen Sinn zuweisen zu können, wird in unserer Sprache durch Begriffe wie „Erfassen“ und „Begreifen“ auf besondere Weise deutlich, die ja keineswegs wörtlich zu nehmen sind, sondern im übergeordneten Sinne von „Verstehen“ aufzufassen sind.

### Das Problem

Frau S. (67 J.) leidet unter dem Zustand nach einem Hirninfarkt im Stromgebiet der Arteria media rechts (Abb. 1).



**Abb. 1**

Während der Behandlung standen nur jeweils zwei 30 minütige Termine pro Woche zur Verfügung. Bei der Befundung zeigte sich eine schwach ausgeprägte abnorme Reaktion auf Dehnung (ARD.) sowohl im M. biceps als auch im M. subscapularis, die aber von der Patientin weitgehend kontrolliert werden konnte. Abnorme Irradiationen zeigten sich nur an Dig. 2,3 und 5 in Form kleiner Beugemuster in allen Gelenken, deren Schwelle zum Auslösen jedoch so hoch war, dass sie nur selten und unter großem Kraftaufwand auftraten. Erstaunlicherweise zeigte Frau S. keine elementaren Schemata, die Muskelrekrutierung war sowohl hinsichtlich der Quantität (Kraft) als auch der Qualität (unkontrollierte, amorphe Bewegungen) stark defizitär. Das Halten einer Gabel oder eines Bechers war mit der linken Hand zunächst kaum möglich, das Ergreifen unmöglich.

Es zeigten sich auch weitere verbundene Phänomene wie

- Kinästhetische Halluzinationen; die Patientin spürte Handbewegungen, die gar nicht auftraten
- Somatosensible Halluzinationen; die P. äußerte das Gefühl bereits berührt worden zu sein ohne dass eine tatsächliche Berührung stattgefunden hätte
- Modifikation des Hemikörpers; die P. empfand ihre linke Hand als kleiner und „weniger da“

Das hervorstechende Merkmal war jedoch die Tatsache, dass Frau S. in der linken Hand nichts zu empfinden schien. „Ich spüre nichts“ war während des Befundes zunächst die klare Aussage. Eine simple Berührung, ebenso wie ein Test mit verschiedenen Oberflächen ergab keine

Reaktion; „sind Sie schon dran?“, „berühren Sie mich schon?“ waren die typischen „Antworten“ (bzw. Fragen). Schon der Kontakt an sich konnte nicht empfunden werden.

Handlungen, die den linken Arm und die Hand mit einschlossen, waren nur unter starker visueller Kontrolle möglich und gelangen auch dann nur sehr unförmig und strukturlos.

- „ich spüre das Metall nicht“
- „auch das Gewicht spüre ich nicht“
- „die Stärke des Griffs merke ich nicht“

lauteten ihre Aussagen während verschiedener Versuche mit einer Gabel.

„Ich fühle die Fingerkuppen, als würden sie sich auflösen“, „mal scheint die Hand da zu sein, dann ist sie wieder weg“ waren denkwürdige Sätze, die das Problem der mangelhaften Repräsentation schon erkennen ließen.

Im Einzelnen stellte sich dann heraus, dass es Areale auf der Handinnenfläche gab, die bei hoher Aufmerksamkeit von Frau S. – im Sinne einer undefinierbaren Berührung – durchaus empfunden werden konnten. Das folgende Schaubild soll einen Eindruck davon vermitteln (siehe Abb. 2 und 3)

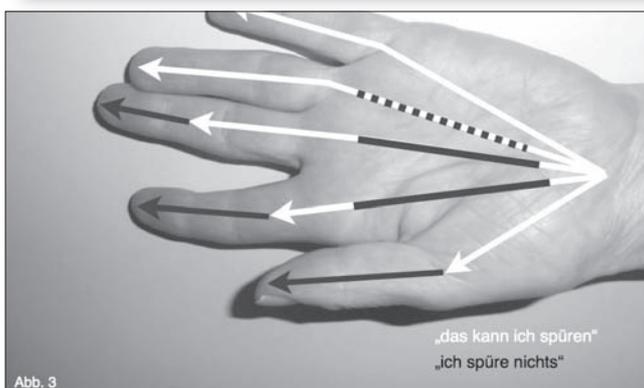
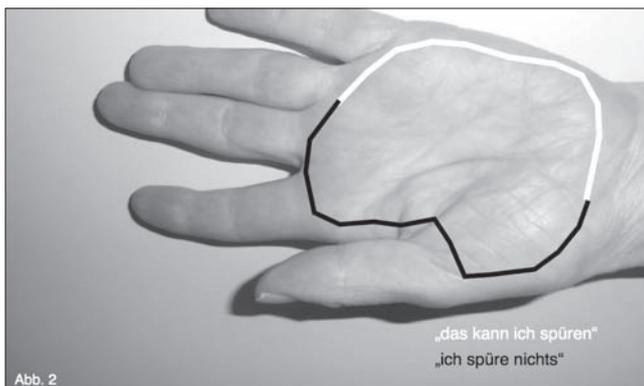


Abb. 2 und 3

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass das Greifen schon deshalb kaum möglich war, weil ein jeweiliger Gegenstand nicht oder nicht ausreichend gespürt wurde.

Was bedeutet das für eine therapeutische Intervention. „Die systemische Betrachtungsweise in der kognitiven Rehabilitation schließt das Interesse für einzelne Elemente nicht aus“.

Ich habe mich also gefragt, was könnte hinter dem widersprüchlichen Befund zur Sensibilität der Hand stecken.

„Die Läsionen des rechten Parietallappens führen zu einer fehlerhaften Synthese von sensorischen Daten mit daraus folgenden Wahrnehmungsveränderungen“. In Folge dessen können wir den „Neglect nicht als einheitliche Störung, sondern als ein komplexes Gesamtdefizit aus folgenden Elementen beschreiben:

- Bewusstsein
- Aufmerksamkeit
- Und räumliche Repräsentation“

die durch eine Dissoziation verschiedener cerebraler Areale verursacht wird.

Meine Arbeitshypothese lautete daher: die P. scheint Sensibilitätsdefizite zu haben, es handelt sich aber (wahrscheinlich) um ein Aufmerksamkeitsproblem, die einzelnen Elemente sind da, aber der Kontext ist losgelöst und teilweise frei erfunden.

### Die Therapie

„Eine der Basisaktivitäten für die korrekte und intelligente Durchführung einer jeden Handlung ist die Bildung einer ‚Repräsentation‘, die einer aus den gespeicherten Daten des Langzeitgedächtnisses im Bezug zum Ziel der Handlung improvisierten Organisation entspricht.“ Für die Behandlung eines Neglectpatienten bedeutet das, vereinfacht ausgedrückt, wir müssen ihm bei der Bildung neuer (oder der Wiederherstellung der ursprünglichen) Repräsentationen helfen.

Die Hirnforschung geht heute davon aus, dass unsere Wahrnehmung ein aktiver, explorativer und vor allem ein konstruierender Vorgang des ZNS ist. Diesem Vorgang liegen nur jene Informationen aus der physikalischen Welt zugrunde, für die der Körper rezeptorielle Oberflächen besitzt. Dabei ist die Konstruktion der Wahrnehmungsinhalte keineswegs zufällig, sondern korreliert im Normalfall mit den Eingangssignalen (und damit mit Ereignissen in der Außenwelt). Mit meiner Behandlung habe ich den Versuch unternommen, Frau S. bei der Konstruktion von Informationen aus der Hand zu unterstützen.

Als therapeutisches Instrument habe ich die „sensorische Imagination“ gewählt, was insoweit ein schwieriges Unterfangen war, dieweil sich die Patientin als wenig phan-

tasievoll erwies. Dennoch konnte ich ihr deutlich machen, warum es zu dieser Art der (kognitiven) Therapie keine wirkliche Alternative gibt.

Angelehnt an den in Abbildung 2 visualisierten Befund hatte Frau S. nun die Aufgabe, rechts in der Handinnenfläche, einen von mir „gezeichneten“ Kreis zunächst zu erspüren, sich sodann einzuprägen und ihn sich schließlich vorzustellen. Die korrekte Vorstellung ist von grosser Bedeutung für das weitere Vorgehen, so dass wir einige Mühe darauf verwandt haben zu klären, ob Vorstellung und Realität auch nah beieinander lagen. Meine Fragen lauteten z. B.:

- „was ist in Ihrer Vorstellung anders als in der Realität?“
- was müsste sich ändern, damit der Kreis in der Vorstellung mit dem realen Kreis identisch ist?
- haben Sie jetzt eine Veränderung hervorrufen können?“

Die erste Frage ist bewusst offen formuliert um keine Vorgaben zu machen. Der imaginäre Kreis war zunächst zu klein, dann nicht deutlich genug und schließlich auch nicht komplett geschlossen. Erst als Frau S. sicher war eine realistische Vorstellung rechts entwickelt zu haben, sollte die Patientin diese Vorstellung auf die linke Hand übertragen. Auf die Frage ob ihr das möglich sei und wenn ja, wie die Imagination ausgefallen sei, beteuerte sie, auch links eine gleich gute Fiktion entwickelt zu haben. Vorerst blieb ich skeptisch, als Frau S. jedoch mit großem Erstaunen feststellte, dass sie links tatsächlich den vollständigen Kreis wahrnehmen konnte, wurde deutlich, dass ihre Aussagen nicht übertrieben waren.

Die Übungen, die sich über mehrere Arbeitseinheiten anschlossen verlangten von der Patientin, nachdem ich in verschiedener Weise einen Kreis oder ein Kreuz in ihren Handteller „gemalt“ hatte, folgende Fragen zu beantworten:

1. „fühlen Sie mich noch?“ (360°?)
2. Richtung: „im Uhrzeigersinn oder dagegen?“
3. „Kreuz oder Kreis?“
4. Zifferblatt: „wie spät ist es?“ (12 Uhr, 3 Uhr, 6 Uhr oder 9 Uhr) (Abb. 4)



Abb. 4

Nach 5 bis 6 Behandlungseinheiten hatte Frau S. Gelernt ihre Aufmerksamkeit so zu fokussieren, dass sie im Handteller animierte Berührungen richtig deuten konnte. Aber das führte nicht dazu, dass sie in der Lage gewesen wäre, Gegenstände wahrzunehmen. Es machte offensichtlich einen Unterschied, ob der Reiz aus einer Bewegung entstand oder statisch war (wie es Gegenstände nunmal sind).

### Was war zu tun?

Meine Überlegung ging dahin, die vorher erarbeiteten Fähigkeiten zum Erkennen von Dingen zu nutzen und auf die unbelebte Welt zu übertragen. Dazu sollte Frau S. drei verschiedene Kugeln (Abb. 5) in ihrem Handteller unterscheiden lernen. Ich habe die Kugeln gewählt, weil sie ein hohes Maß an Abstraktion und Vereinfachung der realen Welt bieten.

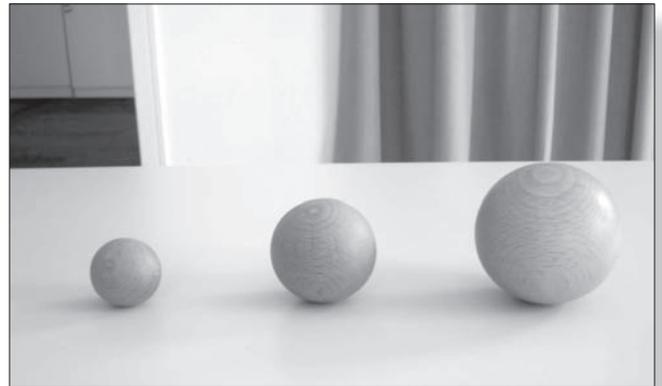


Abb. 5

Das Vorgehen entsprach im Wesentlichen dem bereits geschilderten. Die Aufgabe war es, die Größe der Kugeln an Hand der berührten Fläche im Handteller zu unterscheiden. In Analogie zu den ersten Übungen war Frau S. gehalten, sich vorzustellen, wie groß ein Kreis wäre, der um den Umriss der Kugel gezogen würde. Je größer der Kreis in der Handfläche erscheine, desto größer müsste ja die Kugel sein. Als zusätzliche Hilfe war es aber zunächst unerlässlich, die Krümmung der Finger mit zu Rate zu ziehen. Die Finger wurden von mir geschlossen (1. Grad). Auf die Vorstellung und Überprüfung rechts folgte die Vorstellung und Überprüfung links. Dabei erwies sich das Spüren eines Gegenstandes als schwieriger. Frau S. brauchte weitere Hilfen, durch die ihre Aufmerksamkeit gelenkt werden konnte. So gab ich ihr folgende Hinweise: „Achten Sie auf...?“

- die Größe des Druckpunktes in der Mitte des Handtellers“
- die Krümmung der Finger (Winkel in den Gelenken)“
- das Gewicht“

Sehr eindrucksvoll ließ sich nun erkennen, dass einzelne Elemente durchaus korrekt beschrieben werden konnten, der Zusammenhang aber oft gar nicht oder fehlerhaft konstruiert wurde (Abb 6 u. 7).



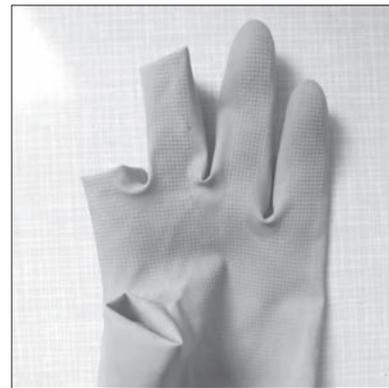
**Abb. 6 und 7**

Erst nach etwa 6-7 Behandlungseinheiten stellte sich eine gewisse Sicherheit im Erkennen der Kugeln ein, welches aber immer noch fehlerhaft sein konnte. Die Patientin hatte aber inzwischen recht gut gelernt auf bestimmte Parameter zu achten (Größe des Kontakts in ihrer Hand, Winkel in den Fingergelenken etc.).

Bei einer Erfolgskontrolle erwies sich das Greifen eines Bechers aber immer noch als sehr schwer und hinsichtlich des Kontaktes der Finger zum Objekt als gänzlich unmöglich (ohne visuelle Kontrolle). Es schien mir erforderlich, die Repräsentation der Finger genauer zu erarbeiten. Abermals mit Bezug auf den Befund (Abb. 3) machten wir den Versuch, die einzelnen Finger über ihre Berührung neu zu „kartieren“. Das Mittel der sensorischen Imagination sollte sich aber als nicht ausreichend erweisen. Die

Patientin hatte die Aufgabe nunmehr eine verbale Beschreibung ihrer Hand zu Stande zu bringen. Ein Problem bestand jedoch darin, dass Frau S. häufig eine kognitive Beschreibung ihrer Hand abliefern konnte („bis dort spüre ich nicht, ich fühle undeutlich“ etc.), eine phänomenologische Schilderung ihr jedoch vollkommen fremd zu sein schien. Eine eingehende und nicht ganz problemfreie Befragung über die subjektive Wahrnehmung ihrer linken Hand, gab nach längerer Erläuterung des Begriffs „Metapher“, endlich folgende Beschreibung:

„Meine Hand fühlt sich wie ein leerer Gummihandschuh an, dem einige Finger ganz oder teilweise fehlen“ (Abb. 8)



**Abb. 8**

Um die Finger wieder ins Bewusstsein zu rücken, forderte ich die Patientin auf, rechts im Handteller eine Linie, beginnend am Handgelenk bis zur Fingerkuppe eines jeweiligen Fingers, zu erspüren, sie sich gut einzuprägen und schließlich zu imaginieren. Beim Übertragen auf die linke Hand hatte Frau S. nunmehr die zusätzliche Aufgabe, abgeleitet aus ihrer Beschreibung, sich vorzustellen, wie das entsprechende Fingerglied des Handschuhs „ausgestülpt“, „verlängert“ und „gefüllt“ wird. Die Folge war, dass sich die Repräsentation im Laufe mehrerer Einheiten tatsächlich änderte. Die folgenden Abbildungen sollen das visualisieren (Abb. 9. u. 10):

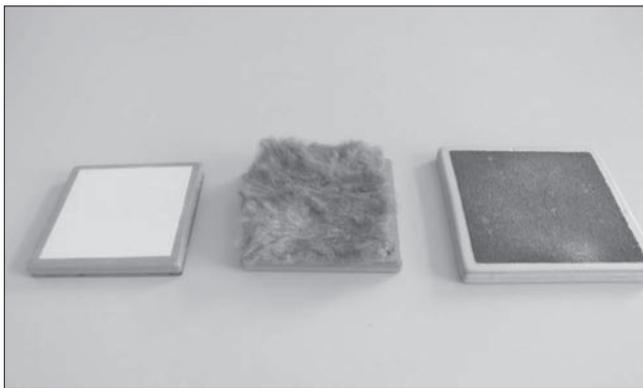




**Abb. 9 und 10**

Deutlich ist zu erkennen, dass sich die Repräsentation des Mittelfingers noch immer als widerspenstig erweist, diese ist derzeit noch ein Lernziel.

Ein nächster großer Schritt sollte nun mit dem Erkennen von Oberflächen getan werden. Wieder berichtete Frau S. nichts zu spüren. Sie könne keine Unterschiede feststellen. Abermals machten wir uns auf den Weg, Vergleiche aus der Wahrnehmung von rechts auszuarbeiten. Es ging um drei verschiedene Oberflächen; ein grobes Schleifpapier, ein Fellimitat und eine glatte Resopalbeschichtung (siehe Abb. 11).



**Abb. 11**

Die Patientin wies dem Schmirgelpapier das Gefühl ihrer groben Nagelfeile zu, das Fell erinnere sie an eine flauschige Jacke mit entsprechendem Besatz und die glatte Fläche könne ihrem Küchentisch entsprechen. Das Procedere entsprach wieder dem bereits geschilderten Vorgehen, es erwies sich jedoch als sehr schwer die Oberflächen korrekt zu erkennen. Einzig die „Nagelfeile“ wurde

durch die Patientin letztlich richtig erkannt, jedoch mit der Einschränkung, dass sie links feinkörniger zu sein schien. Die Metaphern waren offensichtlich nicht deutlich genug. Wir ersetzten die „Jacke“ nach langen Überlegungen durch das Gefühl einer Seidenblume, denn es stellte sich heraus, dass Frau S. einmal Seidenblumen gefertigt hatte. Diese prä-läsionäre Erfahrung sollte schließlich kleine Fortschritte ermöglichen. Von außen betrachtet schienen ein Fell und Seide nicht viel gemeinsam zu haben aber die Patientin war nun in der Lage, die Oberfläche zu benennen, die sich ihrer Meinung nach, einzig zum Herstellen von Seidenblumen eignen würde – nämlich das Fellimitat. Das Diskriminieren mehrerer verschiedener Oberflächen ist gegenwärtig unser Hauptanliegen der Therapie.

### **(Zwischen)Ergebnis**

Derzeit kann Frau S. einen Becher in die linke Hand nehmen und zum Mund führen, die Hand zum Festhalten von Schneidgut einsetzen, eine Jacke auch unter aktiver Beteiligung des linken Arms anziehen und dergleichen mehr. Gegenüber dem frühen post-läsionären Zustand sind das deutliche Fortschritte, die es aber noch auszubauen gilt. Es bleibt festzuhalten, dass sich auch bei ungünstigen Bedingungen wie niedrige Frequenz, kurze Therapieeinheiten und Unterbrechungen (die P. musste sich zwischenzeitlich einer Hüft-OP mit anschließender Reha unterziehen) durchaus Möglichkeiten ergeben, substanzielle Fortschritte zu erreichen.

## **Kurstermine des VFCR 2015**

Wir haben uns aus Platzgründen an dieser Stelle entschieden, nur auf die Kurse des VFCR zu verweisen. Alle weiteren Kurstermine finden Sie auf der Homepage unter [www.vfcr.de](http://www.vfcr.de)

### **10. monographischer Kurs in Italien**

16. – 18. April 2015, Ort: Villa Miari, Santorso

### **17. Symposium**

19. – 20. Juni 2015, Ort: City-Hostel Düsseldorf  
Düsseldorfer Str. 1, 40545 Düsseldorf, Tel.: 0211/ 557310

### **1. Deutsch-Schweizer Studientage**

17. – 18. September 2015, Ort: Clinica Hildebrand, Via Crodolo,  
6614 Brissago, Schweiz

### **6. Monographischer Kurs in Deutschland**

08. – 10. Oktober 2015, Ort: München



**Johanna Ismaier**  
Ergotherapeutin Bc. (NL), Unterhaching  
johanna.ismaier@gmx.net

## Die Neurokognitive Therapie nach Prof. Perfetti im Zeitalter von wissenschaftlichem Arbeiten, Evidenzbasierung und Qualitätsmanagement

Im Zeitalter von immer stärker werdenden Einsparungen im Gesundheitswesen mit Richtgrößen für Heilmittel und Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfung bei Überschreitung, sehen sich Haus- und Fachärzte oftmals mit Regressforderungen der gesetzlichen Krankenkassen konfrontiert. Dies hat zur Folge, dass es sowohl für Therapeuten als auch für den verordnenden Arzt immer essentieller wird, die Wichtigkeit und Wirksamkeit ihrer verordneten oder erbrachten Therapieleistungen zu belegen. Nur wer effizient, mit hoher Qualität und wirtschaftlich arbeitet, egal ob Arzt oder Therapeut, kann auf Dauer überleben.

Auch die zunehmende Akademisierung der Gesundheitsberufe in Deutschland und die damit verbundene wissenschaftliche Forschung, streben nach der Untermauerung

des therapeutischen Handelns durch wissenschaftliche Studienergebnisse. Eine solche wissenschaftlich fundierte Belegbarkeit sollte auch der Anspruch an die Neurokognitive Therapie, ursprünglich entwickelt von Prof. C. Perfetti, sein.

### Die Notwendigkeit einer evidenzbasierten Praxis

Bisher basieren die meisten therapeutischen Ansätze, mit wenigen Ausnahmen, vor allem auf theoretisch-hypothetischen Überlegungen, Beobachtungen und auf „Versuchs-Irrtum“. Erschien eine Therapieform im klinischen Alltag als erfolgreich, so etablierte sie sich im Laufe der Zeit. So wird häufig der Erfolg einer therapeutischen Intervention daran gemessen, dass sich der Gesundheitszustand des Klienten im Laufe der Therapie verbessert. Bekanntlich ist jedoch die Zeit eine Verbündete der Therapeuten und Ärzte. Das heißt, häufig verbessert sich der Zustand des Klienten durch den natürlichen Erholungsprozess. Folglich muss unterschieden werden, warum sich diese funktionellen und handlungsbezogenen Verbesserungen einstellen. Sind sie Folge der natürlichen Remission des Gehirns oder Rehabilitationsfortschritte durch die angewandte therapeutische Intervention? Hier besteht der dringende Bedarf, die Wirksamkeit von Behandlungskonzepten zu eruieren. Denn „wer außerhalb der rein wissenschaftlichen Tätigkeit in einem praktischen Beruf steht, denkt oft, dass man auch schon mit der bloßen Empirie ausreicht, dass es schon genüge, zu wissen, was ist und was man damit machen kann und dass man nicht erst noch zu fragen brauchte, warum es so und nicht anders ist“. Doch „Wissenschaft erfordert ein Denken nicht bloß in qualitativer, sondern auch in quantitativer Richtung“ (Von Pettenkofer, 1890).

So mahnte bereits 1890 der bekannte bayrische Arzt und Apotheker Max von Pettenkofer in seiner Ansprache an der Akademie der Wissenschaften in München an, warum wissenschaftliche Untersuchungen notwendig sind. „Bloßes Wissen, bloße Kenntnis von Dingen und Tatsachen allein ist noch keine Wissenschaft. Erst wer etwas über Entwicklung und ursächlichen Zusammenhang der Dinge erforscht, was bisher unbekannt war, treibt Wissenschaft“ (Von Pettenkofer, 1890).

### Was ist Evidenz und evidenzbasierte Praxis (EBP)

Der Begriff Evidenz im allgemeinen Sprachgebrauch wird vielfältig verwendet und nicht immer mit Wissenschaft in Verbindung gebracht. Tatsächlich ist die begriffliche Verwendung weitgefächert und reicht in seiner Bedeutung von den Begriffen Anhaltspunkt, völlige Klarheit und Augenscheinlichkeit bis hin zu Beleg oder Nachweis. Im Kon-

text der evidenzbasierten Medizin und Arbeit verwendet man den Begriff Evidenz, abgeleitet aus dem Englischen, wenn man sich auf die Informationen aus wissenschaftlichen Studien und systematisch zusammengetragenen klinischen Erfahrungen, die einen Sachverhalt erhärten oder widerlegen, bezieht. Somit ist die evidenzbasierte Medizin der „gewissenhafte, ausdrückliche und vernünftige Gebrauch der gegenwärtig besten externen, wissenschaftlichen Evidenz für Entscheidungen in der medizinischen Versorgung individueller Patienten“ (Deutsches Netzwerk Evidenzbasierter Medizin e.V., 2014).

Unter evidenzbasierter Medizin („evidence based medicine“) oder evidenzbasierter Praxis („evidence based practice“) im engeren Sinne versteht man also eine Vorgehensweise des medizinischen / therapeutischen Handelns, individuelle Patienten auf der Basis der besten zur Verfügung stehenden Daten zu versorgen. Diese Technik umfasst die systematische Suche nach der relevanten Evidenz in der medizinischen Literatur für ein konkretes klinisches Problem, die kritische Beurteilung der Validität (Zuverlässigkeit) der Ergebnisse nach klinisch epidemiologischen Gesichtspunkten sowie die Bewertung der Größe des beobachteten Effekts. Weiterhin ist die Anwendung dieser Evidenz auf den konkreten Patienten mit Hilfe der klinischen Erfahrung und der Vorstellungen der Patienten, Bestandteil der evidenzbasierten Praxis.

Was bedeutet das konkret für Fachkräfte im Gesundheitswesen? EBP bedeutet, dass man Entscheidungen über das therapeutische Vorgehen mit jedem Klienten unter Berücksichtigung der individuellen klinischen Expertise (interne Evidenz) –mit eigener Erfahrung und praktischem Wissen, – den Werten und Zielen des jeweiligen Klienten sowie die Evidenz aus systematischer, wissenschaftlicher Forschung abstimmt (externe Evidenz). Evidenzbasierte Praxis ist folglich eine Voraussetzung, um jedem Klienten eine für seine individuellen Bedürfnisse optimale Therapie zu bieten, die auf dem aktuellen Stand der Forschung beruht (George, in Habermann, 2009, S. 23). Laut Sackett et al. kann „externe klinische Evidenz (...) individuelle klinische Erfahrung zwar ergänzen, aber niemals ersetzen. Es ist gerade diese individuelle Expertise, die entscheidet, ob die externe Evidenz überhaupt auf den einzelnen Klienten anwendbar ist und wie sie in die Entscheidung integriert werden kann“ (Sackett et al., 1997, zitiert in Habermann, 2009, S.23).

Somit gilt die in der Wissenschaft gesammelte Evidenz als Basis für die Behandlung des Klienten und der daraus abgeleiteten Behandlungsstrategien.

Um klinische Studien oder wissenschaftliche Arbeiten richtig lesen und interpretieren zu können ist es wichtig, grundlegende Parameter, wie die Stufen der Evidenz,

zu kennen. In der evidenzbasierten Medizin bzw. Praxis spricht man verschiedenen Studiendesigns unterschiedliche Beweiskraft zu. Somit stehen die Studien auf verschiedenen hohen Evidenzstufen (Mangold, 2013).

Klasse		Anforderungen an die Studien
I	Ia	Evidenz aufgrund einer systematischen Übersichtsarbeit randomisierter, kontrollierter Studien (ev. mit Metaanalyse)
	Ib	Evidenz aufgrund mindestens einer hoch qualitativen randomisierten, kontrollierten Studie
II	Ila	Evidenz aufgrund mindestens einer gut angelegten, kontrollierten Studie ohne Randomisierung
	Ilb	Evidenz aufgrund einer gut angelegten, quasi-experimentellen Studie
III		Evidenz aufgrund gut angelegter, nicht experimenteller deskriptiver Studien
IV		Evidenz aufgrund von Berichten/Meinungen von Expertenkreisen, Konsensuskonferenzen und/oder klinischer Erfahrungen anerkannter Autoritäten

Quelle: [www.ebm-netzwerk.de/was-ist-ebm/images/evidenzklassen.jpg/view](http://www.ebm-netzwerk.de/was-ist-ebm/images/evidenzklassen.jpg/view)

Die Studienart mit der besten Evidenz für den Wirksamkeitsnachweis einer Therapie ist die randomisiert kontrollierte Doppel bzw. Dreifachblindstudie.

Dabei werden geeignete Patienten über ein Zufallsprinzip in die Interventions- oder in die Vergleichsgruppe eingeteilt. Diese Zuteilungsform nennt sich Randomisierung. Wurde die Gruppenzuordnung geheim gehalten, spricht man von „Verblindung“. Auch Leitlinien mit hoher Qualität sind in diese Evidenzstufe einzuordnen.

Eine Evidenzstufe niedriger finden sich gut angelegte, kontrollierte Studien ohne Randomisierung sowie quasi-experimentelle Studien. Der Unterschied zur ersten Evidenzstufe liegt darin, dass die Probanden nicht zufällig in zwei Gruppen aufgeteilt wurden.

Eine häufige Form, die man innerhalb des „Studiendschungel“ findet, sind systematische Übersichtsarbeiten, sogenannte „systematic reviews“, als auch Vergleichs- und Fall-Kontrollstudien. Diese beschreibenden Studiendesigns werden zu den gut angelegten nicht-experimentellen, deskriptiven (beschreibenden) Studien gezählt und findet man auf dem dritten Evidenzlevel. In der Hierarchie stehen an unterster Stelle Expertenmeinungen und klinische Erfahrung anerkannter Autoritäten. Auch diese Studienarten haben ihre Berechtigung und findet man meist innerhalb der Evidenzforschung von therapeutischen Interventionen.

Um zu beurteilen, ob die Evidenz einer Studie relevant ist, sind im Wesentlichen zwei Aspekte von Bedeutung: die statistische Signifikanz und die klinisch therapeutische Relevanz der Ergebnisse aufgrund des Behandlungseffektes (Mangold, 2013).

### **Die Neurokognitive Therapie, ein wissenschaftlich fundiertes Behandlungskonzept?**

Anhand einer Literaturrecherche in medizinischen und therapeutischen elektronischen Datenbanken Medline (pubmed), OT-Seeker und der EBP-Datenbank des DVE (Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V.) konnten nachfolgende Ergebnisse in Bezug zur Wirksamkeit der Behandlung nach der Neurokognitiven Therapie erarbeitet werden.

Die Recherche nach Studienarbeiten, die sich gezielt mit der Neurokognitiven Rehabilitation nach Prof. Dr. C. Perfetti und den kognitiv therapeutischen Übungen beschäftigen, erbrachte nur wenig Ergebnisse. Insgesamt fünf Arbeiten befassten sich speziell mit dem Behandlungskonzept der Neurokognitiven Rehabilitation.

Mit der höchsten Evidenzstufe beschäftigt sich eine single-blind randomisiert kontrollierte Studie mit dem Impingementsyndrom der Schulter. Hier stellten die Forscher fest, dass die Neurokognitive Rehabilitation nach Prof. Perfetti wirksam bei der Verringerung von Schmerzen ist und zu Funktionsverbesserungen führt (Marzetti et al., 2014).

Eine prospektiv – also vorausschauende randomisiert kontrollierte Studie mit der Thematik Hand- und Armfunktion nach akutem Schlaganfall kommt zu dem Ergebnis, dass die kognitiv-therapeutischen Übungen eine wirksame Methode zur motorischen Rehabilitation sein kann, es jedoch noch keine signifikanten Unterschiede zu einer „herkömmlichen“ ergotherapeutischen Intervention gibt (Chanubol et al., 2012).

Mit etwas geringerer Evidenz (dritte Evidenzstufe) behandeln zwei Fallstudien den Gegenstand der bilateralen Handtransplantation, als auch Schlaganfall und Schädelhirnverletzungen. Als Ergebnis stellen die Autoren der Studie fest, dass die Neurokognitive Rehabilitation neben weiteren therapeutischen Maßnahmen wie Schienenbehandlung und frühfunktioneller Mobilisation (Sehnengleiten), zu einer sensorischen und motorischen Aktivierung der kortikalen Areale der Hand und letztendlich zu einem verbesserten Handeinsatz im Alltag führen kann (Pizakater & Estermann, 2007; Wongphaet, Butrach, Sangkrai & Jitraphai, 2003). Innerhalb einer Bachelorarbeit erforschten die Ergotherapeutinnen Rauchfuß und Jung die Evaluation des Behandlungskonzeptes der Neurokognitiven Rehabilitation aus Sicht von Klienten und Thera-

peuten. Sowohl die befragten Therapeuten als auch die Klienten erleben die Behandlung als wirksam, indem beide Verbesserungen der Bewegungsfähigkeit, als auch in der Durchführung alltäglicher Aktivitäten erkennen (Rauchfuß & Jung, 2008).

Weitere Recherchen identifizierten zwei wissenschaftliche Arbeiten, die sich mit der Neurokognitiven Rehabilitation beschäftigen – jedoch nicht explizit den Bezug zu Prof. Perfetti herstellen. Eine randomisiert kontrollierte Studie, mit dem Ziel die Wirksamkeit eines neurokognitiven Rehabilitationsansatz nach chirurgischer Rekonstruktion des vorderen Kreuzbandes mit einer konventionellen Rehabilitation zu vergleichen zeigte, dass ein neurokognitiver Rehabilitationsansatz basierend auf propriozeptiven Wahrnehmungsübungen und eine Auswahl von angemessenen motorischen Übungen, zu einer schnelleren symmetrischen Belastung sowie einer Ödemreduktion führt (Gappellino et al., 2012).

Als Ergebnis der zweiten Forschungsarbeit, eines Literaturreviews, entwickelte sich ein pädiatrisches neurokognitives Interventionsmodell, welches jedoch noch weiter wissenschaftlich untersucht werden muss (Limond, Adlam & Cormack, 2014).

Betrachtet man zentrale Punkte der neurokognitiven Therapie, wie die motorische Imagination und die taktil kinästhetische Wahrnehmung, lassen sich weitere Wirksamkeitsnachweise finden.

Das Therapiemedium motorische Imagination ist ein beliebtes Forschungsthema mit einer Vielzahl von aussagekräftigen Studien. Angewandt wird diese erfolgreich in den Bereichen Orthopädie, Handtherapie als auch Neurologie. Die medizinische Fachwelt ist sich sicher, dass die motorische Imagination eine effektive Strategie sein kann, um die motorische Regeneration nach Schädelhirntrauma und Schlaganfall, insbesondere in der Phase der Frührehabilitation zu erleichtern. Durch die kostengünstigen und unbegrenzten Übungsmöglichkeiten kann eine Generalisierung der wiedererlernten motorischen Fertigkeiten nach neurologischen Schädigungen unterstützt werden. Dies führt nachgewiesener Weise zu einer Verbesserung der manuellen Geschicklichkeit, der Gehgeschwindigkeit und somit zur leichteren Durchführung alltäglicher Handlungen und Teilhabe an der Gesellschaft (Kho, Liu & Chung, 2014; Liu, 2009; Liu et al., 2009).

Im Bereich der kortikalen Repräsentation und Reorganisation zeigen die funktionellen Gehirnetzwerke bei Schlaganfallpatienten während der Bewegungsvorstellung signifikante Veränderungen und erleichtern die motorische Erregbarkeit bei der Produktion von Willkürbewegung (Yan et al., 2013).

Innerhalb der Handtherapie nach Sehnentransfer oder Beugesehennaht, ermöglicht die motorische Imagination eine verbesserte motorische Regeneration der Hand, verhindert einen Verlust der Handfunktion bei mittelfristiger Immobilisation, beispielsweise durch einen Gips oder Schiene und verbessert deutlich während der notwendigen Immobilisation zentrale Aspekte der Handfunktion (Grangeon et al., 2010; Stenekes, Geertzen, Nicolai, De Jong & Mulder, 2009).

Prof. Dr. Schott entwickelte an der Universität Stuttgart einen validen Test (TKBV), mit dem die Bewegungsvorstellungen kontrolliert und überprüft werden kann. So ist laut Forschungsergebnis der TBKV ein wichtiges und hilfreiches Werkzeug in der neurologischen und orthopädischen Rehabilitation. Trotzdem ist die Notwendigkeit von weiteren Forschungsarbeiten unabdingbar (Schott, 2013).

Die Schwerpunkte der wissenschaftlichen Forschungsarbeiten, die sich mit der taktil-kinästhetischen Wahrnehmung befassen, lagen in der Darstellung der zentralen Aktivierungsprozesse bei passiv geführten somatosensorischen Diskriminationsaufgaben mittels funktioneller Magnetresonanztomographie, sowohl bei erwachsenen Schlaganfallpatienten als auch bei Kindern mit unilateraler Cerebralparese. Die Forscher wiesen bei beiden Patientengruppen signifikante Aktivierungen im frontoparietalen Lappen, im temporalen Kleinhirn sowie im Gyrus cingularis und angularis nach (Van de Winckel et al., 2013, 2012).

Weiterhin konnte nachgewiesen werden, dass ein somatosensorisches Diskriminationstraining zu signifikanten Verbesserungen in der funktionellen sensorischen Diskriminationsleistung nach Schlaganfall, als auch zu einer Verbesserung der manuellen Geschicklichkeit bei MS-Patienten, führt (Kalron, Grennberg-Abrahami, Gelav & Achiron, 2013; Carey, Macdonnell & Matyas, 2011).

Im Bereich der Orthopädie, speziell beim komplexen regionalen Schmerzsyndrom (CRPS) und bei Amputationen, zeigten sich signifikante Verbesserungen in der Lebensqualität, eine deutliche Schmerzreduktion sowie eine verbesserte Differenzierungsleistung der Art und Lage von taktil-kinästhetischen Reizen (Koller & Luomajoki, 2013; Moseley, Zalucki & Wiech, 2008).

### Was können wir aus den Ergebnissen der Literaturrecherche für die Neurokognitive Therapie ableiten?

Das Behandlungskonzept der Neurokognitiven Therapie ist in seinen Grundannahmen bereits wissenschaftlich fundiert und kann zu signifikanten Funktions- und Wahrnehmungsverbesserungen führen. Es bedarf jedoch wei-

terer Forschung, um die Wirksamkeit der Neurokognitiven Rehabilitation in den verschiedenen Arbeitsbereichen aussagekräftig belegen zu können. Dazu können wir beitragen, indem wir über Publikationen in Fachzeitschriften, andere medizinische und therapeutische Fachdisziplinen über die Neurokognitive Therapie informieren und anhand von Falldarstellungen auf die Funktions- und Handlungsverbesserungen hinweisen, die erreicht wurden.

Über ein transparentes und evidenzbasiertes Arbeiten können die behandelnden Ärzte informiert und aufgeklärt werden. Innerhalb des klinischen Settings größerer Kliniken und Therapieabteilungen sollte gemeinsam mit den Ärzten versucht werden, die Wirksamkeit dieses Behandlungskonzept in größer angelegten Fallstudien weiter zu untermauern. Durch die Akademisierung der Gesundheitsberufe kann die Neurokognitive Therapie zu relevanten Forschungsfragen von Bachelor- und Masterarbeiten herangezogen werden. Auch diese qualitative, deskriptive Forschung unterstützt die Weiterentwicklung und wissenschaftliche Fundierung dieses Behandlungskonzeptes.

Denn „alles Wissen und alles Vermehren unseres Wissens endet nicht mit einem Schlusspunkt, sondern mit einem Fragezeichen“ (Hesse, Jahr des Zitates unbekannt).

#### Literatur

- Bai, O., Huang, D., Fei, D.Y., & Kunz, R. (2014). Effect of real-time cortical feedback in motor imagery based mental practice training. *Neurorehabilitation*, 34(2), 355-363.
- Braun, S.M., Beurskens, A.J., Borm, P.J., Schack, T., & Wade, D.T. (2006). The effects of mental practice in stroke rehabilitation: a systematic review. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 87(6), 842-852.
- Cappellino, F., Paokucci, T., Zangrando, F., Losa, M., Adriani, E., Mancini, P., Saraceni, V.M. (2012). Neurocognitive rehabilitation approach effectiveness after anterior cruciate ligament reconstruction with patellar tendon. A randomized controlled trial. *European journal of physical and rehabilitation medicine*, 48(1), 17-30.
- Carey, L., Macdonnell, R., & Matyas, T.A. (2011). SENSE: study of the Effectiveness of Neurorehabilitation on Sensation: a randomized controlled trial. *Neurorehabilitation and neural repair*, 25(4), 304-313.
- Chanubol, R., Wongphaet, P., Chavanich, N., Werner, C., Hesse, S., Bardeleben, A., & Mehrholz, J. (2012). A randomized controlled trial of cognitive sensory motor training therapy on the recovery of upper extremity function in acute stroke patients. *Clinical Rehabilitation*, 26(12), 1096-1104.
- DCZ (2014). Von der Evidenz zur Empfehlung (Klassifikationssysteme). Abgerufen am 18.05.2014 von <http://www.cochrane.de/de/evidenz-empfehlung>
- Deutsches Netzwerk Evidenzbasierter Medizin e.V. (2014). Was ist EbM: Definitionen. Abgerufen von <http://www.ebm-netzwerk.de/was-ist-ebm/grundbegriffe/definitionen/>
- Deutsches Netzwerk Evidenzbasierter Medizin e.V. (2014). Was ist EbM: Evidenzklassen. Abgerufen von <http://www.ebm-netzwerk.de/was-ist-ebm/images/evidenzklassen.jpg/view>
- Dickstein, R., & Deutsch, J.E. (2007). Motor imagery in physical therapist practice. *Physical therapy*, 87(7), 942-953.
- Frenkel, M.O., Herzig, D.S., Gebhard, F., Mayer, J., Becker, C., & Einsiedel, T. (2014). *Mental practice maintains range of motion despite forearm immobilization: a pilot study in healthy persons. Journal of rehabilitation medicine*, 46(3), 225-232.
- George, S. (2008). Evidenzbasierte Praxis. In C. Habermann & F. Kolster (Hrsg.), *Ergotherapie im Arbeitsfeld Neurologie* (S. 22-37). Stuttgart: Thieme.
- Grangeon, M., Guillot, A., Sancho, P.O., Picot, M., Revol, P., Rode, G., & Collet, C. (2010). Rehabilitation of the elbow extension with motor imagery in a patient with quadriplegia after tendon transfer. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 91(7), 1143-6.

Hesse, H. (o. J.). Zitat „Alles Wissen (...)“. Abgerufen am 18.05.2014 von <http://gutezitate.com/zitat/116974>.

Kalron, A., Grennberg-Abrahami, M., Gelav, S., & Achiron, A. (2013). Effects of a new sensory re-education training tool on hand sensibility and manual dexterity in people with multiple sclerosis. *Neurorehabilitation*, 32(4), 943-948.

Kho, AY., Liu, KP., Chung, RC. (2014). Meta-analysis on the effect of mental imagery on motor recovery of the hemiplegic upper extremity function. *Australian occupational therapy journal*, 61(2), 38-48.

Lackner, E., & Hummelsheim, H. (2003). Motor-evoked potentials are facilitated during perceptual identification of hand position in healthy subjects and stroke patients. *Clinical rehabilitation*, 17(6), 648-655.

Koller, T., & Luomajoki, H. (2013). Two-point discrimination for phantom pain: effect of a 4-week therapy in an upper arm amputee with phantom pain. *Der Orthopäde*, 42(6), 449-452.

Limond, J., Adlam, AL., Cormack, M. (2014). A model for pediatric neurocognitive interventions: considering the role of development and maturation in rehabilitation planning. *The Clinical neuropsychologist*, 28(2), 181-198.

Liu, KP., Chan, CC., Wong, RS., Kwan, IW., Yau, CS., Li, Ls., & Lee, TM. (2009). A randomized controlled trial of mental imagery augment generalization of learning in acute poststroke patients. *Stroke; a journal of cerebral circulation*, 40(6), 2222-5.

Liu, KP. (2009). Use of mental imagery to improve task generalisation after a stroke. *Hong Kong medical journal*, 15(3 Suppl 4), 37-41.

Liu, KP., Chan, CC., Lee, TM., & Hui-Chan, CW. (2004). Mental imagery for promoting relearning for people after stroke: a randomized controlled trial. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 85(9), 1403-8.

Liu, KP., Chan, CC., Lee, TM., & Hui-Chan, CW. (2004). Mental imagery for relearning of people after brain injury. *Brain injury*, 18(11), 1163-1172.

Malouin, F., Jackson, PL., & Richards, CL. (2013). Towards the integration of mental practice in rehabilitation programs. A critical review. *Frontiers in human neuroscience*, 19(7), 576.

Mangold, S. (2013). *Evidenzbasiertes Arbeiten in der Physio- und Ergotherapie* (2. Aufl.). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

Marzetti E., Rabini, A., Piccinini, G., Piazzini, DB., Vulpiani, MC., Vetrano, M., Saraceni, VM. (2014). Neurocognitive therapeutic exercises improves pain and function in patients with shoulder impingement syndrome: a single-blind randomized controlled clinical trial. *European journal of physical and rehabilitation medicine*, 50(3), 255-264.

Moseley, GL., Zalucki, NM., & Wiech, K. (2008). Tactile discrimination, but not tactile stimulation alone, reduces chronic limb pain. *Pain*, 137(3), 600-608.

Piza-Katzer, H., Estermann, D. (2007). Cognitive re-education and early functional mobilisation in hand therapy after bilateral hand transplantation and heterotopic hand replantation – two case reports. *Acta neurochirurgica Supplement*, 100, 169-171

Rauchfuß B., Jung, S. (2008). *Evaluation des Perfetti-Konzeptes aus Sicht von Klienten und Ergotherapeuten*. Hogeschool Zuyd Heerlen, Niederlande.

Riccio, I., Iolascon, G., Barillari, MR., Gimigliano, R., & Gimigliano, F. (2010). Mental practice is effective in upper limb recovery after stroke: a randomized single-blind cross-over study. *European journal of physical and rehabilitation medicine*, 46(1), 19-25.

Santos-Couto-Paz, CC., Teixeira-Salmela, LF. & Tierra-Criollo, CJ. (2013). The additional of functional task-oriented mental practice to conventional physical therapy improves motor skills in daily functions after stroke. *Brazilian journal of physical therapy*, 17(6), 564-571.

Schott, N. (2013). German test of the controllability of motor imagery in older adults. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 46(7), 663-672.

Stenekes, MW., Geertzen, JH., Nicolai, JP., De Jong, BM., & Mulder, T. (2009). Effects of motor imagery on hand function during immobilization after flexor tendon repair. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 90(4), 553-559.

Van de Winckel, A., Verheyden, G., Wenderoth, N., Peeters, R., Sunaert, S., Van Hecke, W., Feys, H. (2013). Does somatosensory discrimination activate different brain areas in children with unilateral cerebral palsy compared to typically developing children? An fMRI study. *Research in developmental disabilities*, 34(5), 1710-1720.

Van de Winckel, A., Wenderoth, N., De Weerd, D., Sunaert, S., Peeters, R., Van Hecke, W., Feys, H. (2012). Frontoparietal involvement in passively guided shape and length discrimination: a comparison between subcortical stroke patients and healthy controls. *Experimental brain research*, 220(2), 179-189.

Van de Winckel, A., Sunaert, S., Wenderoth, N., Peeters, R., Van Hecke, P., Feys, H., De Weerd, W. (2005). Passive somatosensory discrimination tasks in healthy volunteers: differential networks involved in familiar versus unfamiliar shape and length discrimination. *Neuroimage*, 26(2), 441-453.

Von Pettenkofer, M. (1890). *Rerum cognoscere causas. Ansprache in der öffentlichen Festsitzung der K. B. Akademie der Wissenschaft in München am 15. Novem-*

ber 1890. In E. Ebstein (Hrsg.), *Deutsche Ärzte-Reden: Aus dem 19. Jahrhundert*. Heidelberg: Springer Verlag.

Wonghaet, P., Butrach, W., Sangkrai, S., & Jitpraphai, C. (2003). Improved function of hemiplegic upper extremity after cognitive sensory motor training therapy in chronic stroke patients: preliminary report of a case series. *Journal of the Medicine Association of Thailand*, 86(6), 579-584.

Yan, J., Sun, J., Guo, X., Jin, Z., Li, Z., & Tong, S. (2013). Motor imagery cognitive network after left ischemic stroke: study of the patients during mental rotation task. *Plosone*, 8(10).

## Liebe Mitglieder,

seit dem 1. Juni 2013 ist der VFCR im sozialen Netzwerk Facebook vertreten.

Über diese Plattform möchten wir Mitglieder, aber auch viele Interessierte über die Vereinsarbeit und die Neurokognitive Rehabilitation informieren.

Des Weiteren erhält man aktuelle News über Fortbildungen, interessante Veranstaltung im Bezug zur Neurokognition oder auch mal einen spannenden Artikel aus dem Netz oder einer Fachzeitschrift.

Wenn wir Eure Neugierde und Interesse geweckt haben, dann folgt doch einfach folgendem Link:

<https://www.facebook.com/VfcrVereinFurKognitivRehabilitation>

Wenn Euch gefällt, was Ihr seht, freuen wir uns über Eure „likes“.

Aber auch über Kritik, Verbesserungsvorschläge oder Lob. Hierfür wendet Euch an:

**Johanna Ismaier: [johanna.ismaier@gmx.net](mailto:johanna.ismaier@gmx.net)**



facebook®



### Barbara Grüttefien

Ergotherapeutin, Oldenburg  
info@barbaragruettefien.de

## Santorso – Villa Miari

### Monographischer Kurs 03.04.-05.04.2014



Auch in diesem Jahr lud der VFCR zu einem monographischen Kurs in die „Villa Miari“/ Italien ein. 25 Teilnehmer nahmen den Weg auf sich, um über die neuesten Studienergebnisse und Patientenbetrachtungen des „Centro studi di riabilitazione neurocognitiva“ in Santorso kunstvoll und mit vielen sinnprägenden Elementen zu erfahren.

Dott. ssa Franca Pantè begrüßte unsere Gruppe, welche in diesem Jahr aus Teilnehmern aus Deutschland aber auch aus Spanien bestand.

Drei Tage konnten wir den wunderbar vorbereiteten Vorträgen von Dott. ssa Carla Rizzello und Dott. ssa Marina Zernitz zuhören, die von Regina Klossek übersetzt wurden. Allen gilt ein großer Dank an dieser Stelle.

Drei Schwerpunkte bildeten den Rahmen für den diesjährigen monografischen Kurs, welcher den Titel: „Vergleich von Handlungen, Lernvorgang und Wiederherstellung“ inne hatte, und einen Bogen von unterschiedlichen wissenschaftlichen und therapeutischen Elementen und Beiträgen spannte, sowie praktische Teile für uns bereit hielt.

### Der Vergleich als Mittel, um zu lernen und zu erkennen: Ein neues Paradigma!

Zunächst lud Carla Rizzello zu einer Reise ein, aus der wir Teilnehmer entnehmen konnten, wie sich die neurokognitive Rehabilitation zu dem entwickelt hat, was es heute ist.

Denn immer mehr wurde der Patient in die Therapie und sein Handeln einbezogen und über das Medium Sprache wurden und werden die Empfindungen, die der Patient in den Übungen erlebt, zu wichtigen Parametern der Behandlung.

Somit wird davon ausgegangen, dass der Patient in der neurokognitiven Rehabilitation erlernt, in seine eigene Geschichte und seine Handlungen einzusteigen.

Der Vergleich ist daher mehr als nur an das Erinnern an eine Handlung zu appellieren. Ein Vergleich ist das Bewusstmachen, dass es präläsionale Erinnerungen gibt, welche im Bezug zu der durchgeführten Übung stehen. Doch die Erinnerungen können noch stärker erkannt werden, wenn nicht nur Übereinstimmungen sondern – und gerade vor allem – die Differenzen zur Übung gesehen werden. Erst dann ist ein wichtiger mentaler Prozess für die Erkenntnis und eine Einleitung für die Bewusstmachung und damit der Lernprozess in Gang gekommen.

Die Übungen, die angeboten werden, sollen aber weniger eine Kopie der präläsionalen Handlungen sein, sondern eher als Annäherung dienen.

Sie sollen einen Vergleich zulassen: innerhalb der Analogie, der Ähnlichkeit, aber auch innerhalb der Differenz. Erst dann ist es möglich, Veränderungen in aktuellen Verhaltenssituationen zu erreichen. Der Vergleich kann einen Lernprozess initiieren und neurokognitive Ausarbeitungen neuer Repräsentationen zulassen.

### Der Vergleichsprozess beim rechts- und linkshirrig betroffenen Patienten

Doch wie gehen Patienten mit Läsionen in unterschiedlich betroffenen Hirnhälften mit dem Vergleichen von früheren und von heutigen Bewegungs- und Handlungsmustern um?

Der rechtshirrig betroffene Patient integriert Vergleiche nicht sicher und es fällt ihm schwer, dies für nützlich zu empfinden und daran eigene Handlungen auszurichten. Ein wichtiges Ziel der vergleichenden Arbeit ist es, dem Patienten das Vergleichen beizubringen. Für den Therapeuten besteht die eigentliche Kunst der Therapie mit dem rechtshirrig betroffenen Patienten darin, wie, was, ob und wann der Patient in der Aufgabe Vergleiche anstellt.

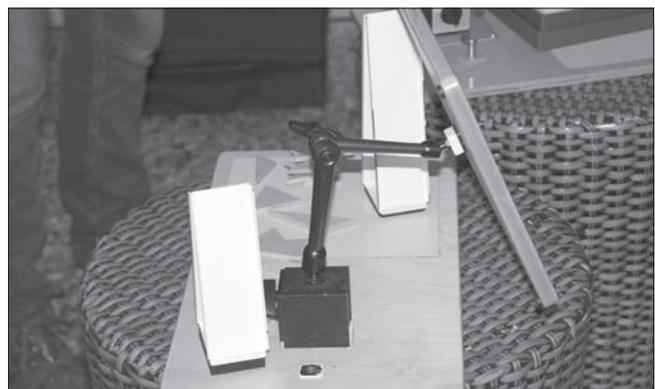
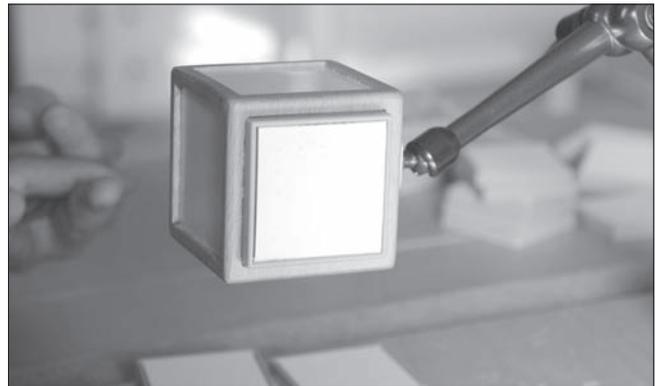
Patienten beobachten an sich selber, dass sie durch das Heranführen an das Vergleichen, Steigerungen innerhalb der Therapie erlangen, weil sie nach und nach die Übungen als sinnvoll erachten.

Vertieft werden konnte die Fülle an Informationen anhand der praktischen Teile, in welchen wir Patienten und ihre Behandlung begleiten durften, um dann in Kleingruppen Arbeitsaufträge, die themenbezogen waren, anzugehen.

Doch nicht nur in die neue Therapieform des Vergleiches innerhalb der neurokognitiven Rehabilitation sind wir eingeführt worden, sondern auch an ein neuartiges Therapiemedium, welches eine dreidimensionale Analyse des Patienten zulässt und der Therapie in den Bereichen einer Raumanalyse und dem Zusammenspiel von Finger, Hand, Handgelenk, Ellenbogen und Schulter nun besser fragmentieren lassen.

Alles in allem waren diese drei Tage gespickt mit Neuerungen und interessanten Informationen, so dass unsere sympathische Runde nach dem monographischen Kurs mit neuen Ideen und besonderen Anregungen ´gen Heimat aufbrach.

Empfehlen möchte ich diese wunderbaren Tage vielen Interessierten. Die Eindrücke vor Ort, gepaart mit den neuesten Entwicklungen sind besonders und fast schon unbeschreiblich. Das dies vom VFCR auf die Beine gestellt wird, bedarf ebenfalls eines großen Dankes.



### Neue Therapiematerialien für die Handlungsrehabilitation der Hände

**SAMITEC**  
REHA + MEDIZINTECHNIK

Ein Unternehmen der

**Atoform**  
AUSTRIA  
Gruppe

Eichenstraße 1  
D-83134 Prutting  
Telefon: +49 8036 3032 982  
e-mail: info@samitec.com  
www.samitec.com



**Barbara Grüttefien**

Ergotherapeutin, Oldenburg

info@barbaragruettefien.de

## Hospitation in der Villa Miari – Santorso

So sehen sie nun also aus, die Räumlichkeiten in denen so viel Neues entwickelt wird, in welchen immer wieder neue Studien angefertigt werden, um die Neurokognitive Rehabilitation weiter zu entwickeln.

Wer zum ersten Mal in der Villa Miari in Santorso sein darf spürt, dass dieser Ort, dieses Haus, weltweite Vernetzungen erlebt.

Selbst im Hotel, welches die meisten von uns bereits am Vortag beziehen – oder noch eher, um auch Venedig noch einen Besuch abstatten zu können-, wissen die wirklich freundlichen Hotel-Mitarbeiter, dass wir ab Montag zu den Studenten der „Villa Miari“ gehören und sind stolz, dass es in ihrer Region dieses Zentrum gibt und es international so bekannt ist.

Vom Hotel sind es noch einmal rund 4 Kilometer bis zur Villa. Zu Fuß ein wenig mühselig, aber einige von uns haben Autos dabei, so dass man sich in Fahrgemeinschaften zusammenschließt.

Bevor man die Therapieräume betreten darf, gilt es erst einmal, dass man „eincheckt“, um auch wirklich die Erlaubnis zu bekommen, hospitieren zu dürfen.

Und dann darf man eintreten. Dann darf man „studieren“.

Vor den Behandlungsräumen beschauen wir, wie wir uns – rund 12 Hospitanten – aufteilen, damit nicht zu viele „Zuschauer“ in einem Behandlungszimmer sind. Innerhalb der Räumlichkeiten werden ein bis zwei Patienten, von deren Therapeuten behandelt. Il „Centro Studi Riabilitazione Neurocognitiva“, wie das Zentrum auf Italienisch heißt, wird von Franca Panté geleitet und neben Carla Rizzello und Martina Zernitz sind es noch weitere Mitarbeiter, die zum Beispiel ein Jahrespraktikum in der „Villa Miari“ machen und so gleichzeitig Lernende und für uns Lehrer sein können.

Auch eine Logopädin arbeitet dort – (kleiner Tipp, wer noch nicht sicher im Italienischen ist, hat hier die Möglichkeit, wirklich gut verständlich Wörter zu erlernen und sich Sätze zu merken!).

In diesen drei Tagen haben wir viel Neues erfahren dürfen. Sowohl, wie einfach hier an manch komplexes Thema herangegangen wird, welche beflügelnden Ideen alleine beim Zuschauen entstehen.

Verblüfft sind wir direkt am ersten Tag von einer Art Halterung, einem Ständer, von dem wir noch nie etwas gesehen, bzw. gehört haben. Neugierig betrachteten wir es während der verschiedenen Anwendungen.

Auf diese Neuerung wird dann während des Monographischen Kurses im Anschluss an die Hospitation näher eingegangen.

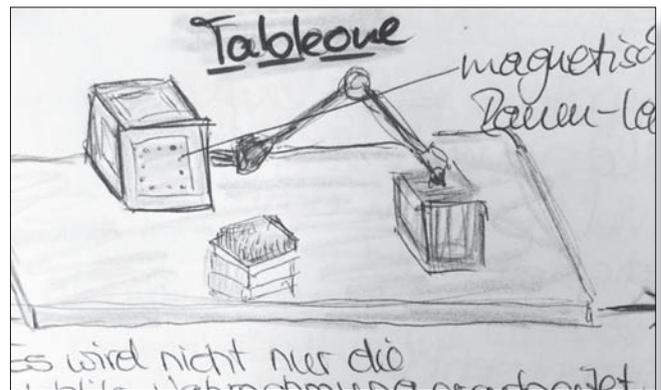
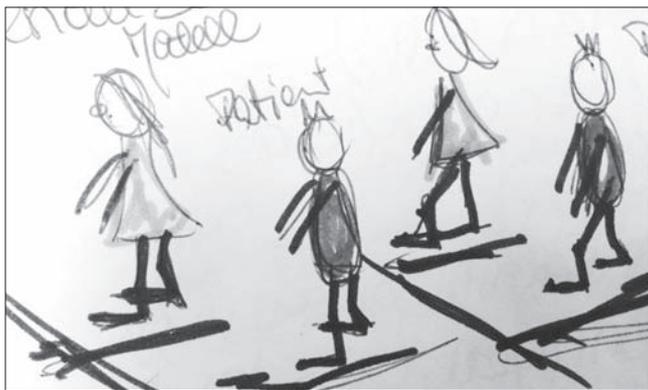
Dennoch, auch beim Zuschauen und Nachfragen an die jeweilige Therapieeinheit, die hier rund 90 Minuten dauert, erfahren wir, dass der dreidimensionale Raum damit erarbeitet werden kann.

Unglaubliche Vergleiche können aufgestellt werden und gleichzeitig hat die Hand die Stellung einer greifenden, tastenden Hand.

Abschließend kann ich sagen: „So fühlen sie sich also an, die Räumlichkeiten, in denen so viel Neues entwickelt wird, in welchen immer wieder neue Studien angefertigt werden, um die Neurokognitive Rehabilitation weiter zu entwickeln. Ich bin froh, dabei gewesen zu sein.“

Danke an das Team des Centro Studi Riabilitazione Neurocognitiva.

Die Stimmung in den Therapieräumen ist hochkonzentriert und man merkt schnell, dass hier ein Zusammenspiel von Geben und Nehmen; Entdecken und Vergleichen inspirierend ist. Die Patienten sind hoch motiviert und die Atmosphäre ist geprägt von dem therapeutischen Know-How.





**Judith Greve**  
Ergotherapeutin, Hamburg  
judith.greve@gmx.de

## 16. internationales Symposium für neurokognitive Therapie

**„Bloßes Wissen, bloße Kenntnis von Dingen und Tatsachen allein ist noch keine Wissenschaft, erst wer etwas über Entwicklung und ursächlichen Zusammenhang der Dinge erforscht, was bisher unbekannt war, treibt Wissenschaft.“**

Diesem Zitat von Max von Pettenkofer (Begründer der naturwissenschaftlich-experimentellen Hygiene 1818-1901) möchte ich hinzuzufügen, dass es zu dem von äußerster Wichtigkeit ist, diese „Dinge“ zu teilen und sich professionell auszutauschen.

Zu diesem Zweck fand zum 16. mal das alljährliche internationale Symposium für neurokognitive Therapie des VFCR statt. Es trafen sich Therapeuten, Anwender und Interessierte, sowie vortragende Wissenschaftler und Kliniker aus der Schweiz, Italien, Österreich und Deutschland. Das Symposium fand an einem sonnigen Wochenende am 13. und 14. Juni im Tagungszentrum des Berufsförderungswerkes in Nürnberg statt.

### Freitag, der 13. Juni 2014

Nach der Begrüßung durch Heidrun Brand-Pingsten, die seit einem Jahr die Aufgaben des Amtes der 1. Vorsitzenden des VFCR mit großem Verantwortungsbewusstsein ausführt, begann Dr. med. F. M. Conti, Facharzt für Neurologie und Dipl. Physiker sowie Ehrenvorsitzender des VFCR, mit seinem Eingangsvortrag zu dem Thema: „Vergleich mit der Realität: Die Rolle der kognitiven Defizite“.

Der Vergleich mit der Realität, zu dem in den letzten Jahren in der Villa Miari ausgiebig geforscht wurde, hat als Instrument der neurokognitiven Übungen nach Prof. Perfetti zunehmend an Bedeutung gewonnen.

Die Fähigkeit des Patienten, diesen Vergleich zur präliminalen Erinnerung zu schaffen, ist stark abhängig von den kognitiven Defiziten bzw. dem kognitiven Potenzial des Patienten und nimmt somit Einfluss auf das Wiedererlernen von alltagsbezogenen Handlungen, sowie den gesamten Rehabilitationsprozess.

Kognitive Defizite und anatomisch-neurophysiologische Zusammenhänge wurden von Dr. Conti in einem spannenden und eingehenden Vortrag verdeutlicht und am Ende zur Diskussion gestellt.

Dabei ging es um Fragen wie: welche Rolle spielt das limbische System? Was verstehen wir unter amnestischen Syndromen? Was sind kontextbezogene Gedächtnisleistungen gegenüber semantisch-inhaltlichen Gedächtnisleistungen? Wie können implizite Gedächtnisinhalte zum Bewusstsein gebracht werden?

Welches sind die grundlegenden Strukturen des Gehirns, die an diesen kognitiven Prozessen beteiligt sind und vor allem, wie müssen diese Pathologien vom Therapeuten in den Übungen berücksichtigt werden?

Anschließend referierte der Neurochirurg und Buchautor Prof. med. Arnaldo Benini zum Thema: „Das Gehirn auf der Suche nach sich selbst. Die Grenze des menschlichen Natur-Erkennens“.

Angefangen, durch das von Renatus Descartes berühmte Dictum: „cogito ergo sum“ („ich denke, also bin ich“), welcher das Selbst-Bewusstsein als philosophisches Thema eingeführt hat, bis hin zu den heutigen Neurowissenschaftlichen Erkenntnissen.

Kurz zusammengefasst betonte Prof. Benini, dass trotz großer Fortschritte der Neurowissenschaften, die messbaren Informationen über die Hirntätigkeit zu erweitern, immer zu berücksichtigen ist, dass das Gehirn sich selbst und seine Interaktionen mit der Welt studiert – also in ei-

nem geschlossen System handelt, das naturgemäß der Erforschung von Erkenntnissen bezüglich des Bewusstseins und der Verarbeitung der subjektiven Erlebnisse Grenzen setzt.

In der anschließenden Pause, gab es Gelegenheit sich noch einmal über die Themen auszutauschen und sich ausreichend zu stärken.

Anschließend ging es weiter mit dem Thema: „Veränderungen des kognitiven Profils im Alter – Besonderheiten und deren Bedeutung für die Therapie-Planung“.

Dr. med. Graziano Ruggieri, Facharzt für innere Medizin, Geriatrie und Chefarzt der Clinica Hildebrand, Centro di riabilitazione Brissago, erörterte in einem spannenden Vortrag die psychischen, kognitiven und physischen Veränderungen während des Alterungsprozesses auf struktureller und funktioneller Ebene und deren Bedeutung ihrer Berücksichtigung für das therapeutische Vorgehen.

Dabei brachte er den Zuhörern 4 Modelle des kognitiven Alterns näher: Das Harold Modell (Cabeza, 2002), das PASA Modell (Davis et al., 2008), das „Grunch Compensatory (Reuter-Lorenz u. Cappell, 2008), sowie das STAC-Modell (scaffolding theory of aging and cognition) (Park & Reuter-Lorenz, 2009).

Flexibel zeigte sich das Organisationsteam sowie die Dozentin Daniela Müller, als das Programm für den letzten Vortrag dieses 1. Tages aufgrund technischer Probleme spontan geändert werden musste. Daniela Müller, Ergotherapeutin und Handtherapeutin der DAHTH, gab einen praktischen Einblick in ihre Arbeit, mit Ihrem Vortrag über das Thema: Neurokognitive Therapie nach Prof. Perfetti in der akuten Handtherapie,

Sie berichtete über ihre Arbeit im stationären, als auch im ambulanten Bereich und zeigte an 3 verschiedenen Behandlungsbeispielen, wie neurokognitive Übungen zeitnah, nach Verletzungen oder nach operativ handchirurgischen Eingriffen angewandt wurden. Frau Müller bestätigte ihre positiven Therapieerfolge mit Hilfe von verschiedenen Assessments wie z.B. der Handkraftmessung, dem DASH-Score als auch der Gelenkmessung. Auch nach diesem eindrucksvollen Vortrag wurde die Zeit für Diskussion und Fragen genutzt.

Wie immer fand im Anschluss des ersten Vortragstages die jährliche Mitgliederversammlung statt. Ein ausführliches Protokoll finden Sie wie immer auch in diesem Rundbrief. Am Ende des interessanten, informativen aber auch anstrengenden Tages wurde das Rahmenprogramm, also der „Bunte Abend“ von zahlreichen Teilnehmern des Symposiums zum gemeinsamen Austausch im geselligen Rahmen genutzt.

## Samstag, der 14 Juni 2014

Am nächsten Morgen ging es weiter mit dem Beitrag von Dott.ssa Franca Pantè, in dem es um den Vergleich zwischen Handlungen ging. Im besonderen Fokus stand das Lernen und die Wiederherstellung bei Patienten mit apraktischen Störungen. Angefangen von der Definition der ideatorischen im Vergleich zur ideomotorischen Apraxie über die Häufigkeit des Vorkommens und der Pathogenese, sowie der beteiligten Strukturen, führte Franca Pantè die anwesenden Teilnehmer umfassend in das Thema Apraxie ein.

Sie stellte zudem verschiedene Erklärungsmodelle von Autoren und Wissenschaftlern zum Thema Apraxie wie z.B., das Modell von Hugo Liepmann, das Modell von Geschwind (1965) und das aktuelle Modell der Verbindungsprozesse von Rothi, Ochipa, Heilmann (1991), vor.

Angefangen von der Beobachtung bis hin zu den Übungen stellte sie anhand eines Beispiels ihre Arbeit mit einem hemiplegischen Patienten mit schwerer Aphasie und Apraxie in beeindruckender Weise vor.

Ich denke, dass diese Beiträge von Frau Pantè für alle Anwender der neurokognitiven Rehabilitation von besonderer Wichtigkeit waren, sie verstand es den Zuhörern die komplexen Themen Apraxie und Aphasie näher zu bringen. Ein besonderes Dankeschön an dieser Stelle noch mal für den Übersetzer, der sich trotz der kurzfristigen Zusage und seiner geringen Einarbeitungszeit diese Aufgabe gut gemeistert hat.

Im Anschluss des Vormittags fand erstmalig eine von Dr. Conti geführte Podiumsdiskussion statt und zahlreiche Fragen und Anmerkungen konnten noch einmal näher erläutert werden.

Am Nachmittag begann Waltraud Fürholzer, Ergotherapeutin, Schreibtherapeutin und Mitarbeiterin in der Entwicklungsgruppe Klinische Neuropsychologie in Bogenhausen mit einem Vortrag über den Schreibkrampf, eine tätigkeitsspezifische Dystonie. Mit der Frage: Kann die neurokognitive Therapie nach Prof. Perfetti erfolgreich in der Behandlung mit -eingesetzt werden?

Der Begriff Schreibkrampf beschreibt eine isolierte Störung der Schreibbewegungen, es wird zwischen dem dystonen oder komplexen Schreibkrampf unterschieden. Zur Einführung wurden zunächst grundsätzliche Fragen zum Thema Schreiben erörtert:

Warum schreiben wir, was brauchen wir zum Schreiben, oder auch was beeinflusst das Schreiben. In ihrem hoch interessanten Vortrag stellte die Dozentin zunächst das Krankheitsbild sowie diagnostische Methoden vor und skizzierte bisher gängige Trainingsansätze.

Anhand von einigen Fallbeispielen zeigte sie die Anwendung der neurokognitiven Rehabilitation nach Perfetti bei verschiedenen Problemen, wie beispielsweise den Kompensationsmechanismen bei der Stifthaltung. Frau Fürholzer stellt besonders hervor, dass die neurokognitive Rehabilitation bei der Pathologie des Schreibkrampfes sehr gut eingesetzt werden kann.

Zum Abschluss referierte Johanna Ismaier, Ergotherapeutin B.C. und zertifizierte Handtherapeutin über das Thema: Neurokognitive Therapie meets EBP- Die Neurokognitive Rehabilitation mit ihren Übungen im Zeitalter des evidenzbasierten Arbeitens.

Zunächst betonte sie die zunehmende Wichtigkeit, der „evidenz based practice“ um Therapieleistungen belegen zu können. Nicht zuletzt aufgrund von immer stärker werdenden Einsparungsmaßnahmen im Gesundheitswesen mit Regressforderungen der Krankenkassen und den damit häufig verbundenen Kürzungen von Heilmittelverordnungen.

Johanna Ismaier stellte die Ergebnisse ihrer Internetrecherche über verschiedene medizinisch, therapeutische Datenbanken wie z.B. pubmed, EBP-Datenbank des VVE oder OT-Seeker vor.

Nach Betrachtung der allgemeinen Datenlage kam sie zu dem Schluss, dass es bisher nur wenige wissenschaftliche Studien und Fachpublikationen zum Thema Neurokognitive Rehabilitation nach Prof. Perfetti gibt.

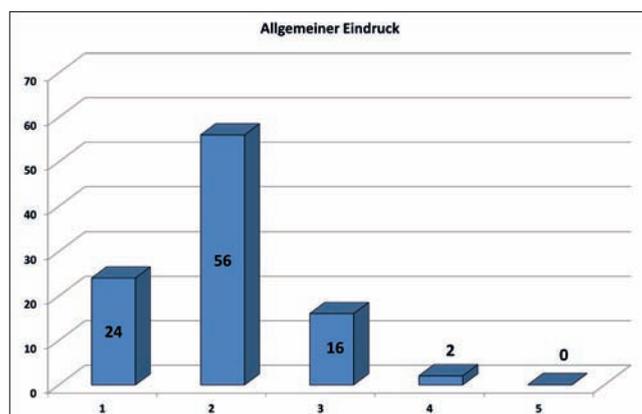
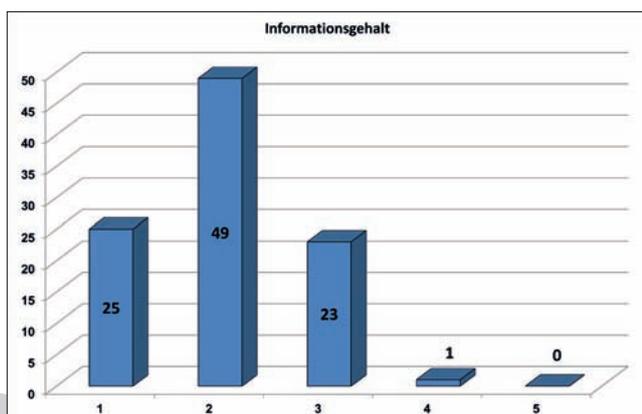
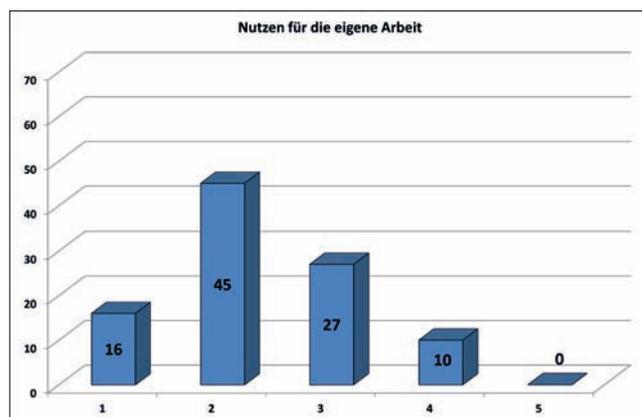
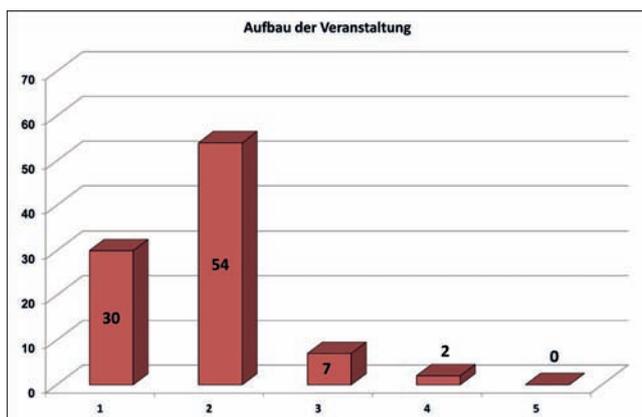
In Bezug zu den Kernpunkten der Neurokognitiven Rehabilitation wie z.B. der Perzeption, der Imagination sowie der fokussierten Aufmerksamkeit jedoch konnte sie feststellen, dass zahlreiche aussagekräftige und evidenzbasierte Studienergebnisse zu finden sind.

Weiterhin stellte sie fest, dass die neurokognitive Rehabilitation in seinen Grundzügen wissenschaftlich fundiert ist und nachweislich positive Effekte auf den Behandlungsverlauf hat und machte zudem deutlich, wie wichtig es ist, die wissenschaftliche Arbeit und Forschung in Bezug zur Neurokognitiven Rehabilitation weiter zu entwickeln und zu unterstützen.

„Alles Wissen und alles Vermehren unseres Wissens endet nicht mit einem Schlusspunkt, sondern mit einem Fragezeichen (Hermann Hesse 1877-1962)“.

Dieses Zitat bestätigte sich auch in diesem Jahr nach dem 16. internationalen Symposium für neurokognitive Rehabilitation, und dennoch oder gerade deswegen war mein Besuch des Symposiums in Nürnberg die lange Anreise aus Hamburg wert.

### Bewertungsbeispiele für das Symposium



# Impressionen des Symposiums





### Waltraud Fürholzer

Ergotherapeutin, München-Schwabing  
Waltraud.Fuerholzer@extern.lrz-muenchen.de

## Der Schreibkrampf – eine tätigkeitsspezifische Dystonie Kann das Perfetti-Konzept erfolgreich in der Behandlung mit/eingesetzt werden?

### EINLEITUNG

Im Rahmen des diesjährigen Symposiums des VFCR wurde ich eingeladen, einen Vortrag zum Thema „Schreibkrampf“ zu halten. Die große Resonanz auf das Thema zeigte auch die Bedeutung für den therapeutischen Alltag.

In diesem Artikel soll nun noch detaillierter auf die Fragestellung eingegangen werden, inwieweit der neurokognitive Ansatz die Therapie bei Schreibkrampf beeinflussen kann.

### QUALIFIKATION

Ich arbeite seit zehn Jahren an der Therapie von Schreibkrampfpatienten. Nach drei Jahren als Mitarbeiterin einer wissenschaftlichen Studie zur „Therapiewirksamkeit

des motorischen Trainings nach Prof. Mai und Kollegen bei Schreibkrampf“ übernahm ich die frei werdende Therapeutenstelle. Zu dieser Zeit vertiefte ich auch ständig mein Wissen über die neurokognitive Therapie nach Perfetti – was ich besonders (in meiner anderen Arbeitsstelle) in der ambulanten Therapie schwer hirnerkrankter Erwachsener einsetzen konnte.

Für die Behandlung der Schreibkrampfpatienten arbeitete ich während der Studie ausschließlich nach dem Konzept von Prof. Mai und Kollegen. Nach Abschluss der Studie versuchte ich allerdings, Überschneidungen der beiden Therapiekonzepte zu finden und Inhalte aus der neurokognitiven Arbeit auch bei der Behandlung von Schreibkrampf zu berücksichtigen.

### KRANKHEITSBILD

Der Schreibkrampf ist eine fokale aufgabenspezifische Dystonie der Hand, die nur während dieser Tätigkeit auftritt. Mit einer Prävalenz von 3 bis 8 Personen pro 100 000 Einwohner (Butler 2004; Kessler 1997) zählt er zu den seltenen Erkrankungen; dabei darf aber von einer großen Unterschätzung ausgegangen werden. Die Entstehung einer primären Dystonie ist trotz vieler Forschungsarbeiten und verbesserten bildgebenden Möglichkeiten auch bis heute nicht vollständig geklärt. So geht man mittlerweile davon aus, die Ursache nicht allein in der Fehlfunktion einer einzigen anatomischen Einheit (z.B. Basalganglien/Globus pallidus internus mit reduzierter Inhibition thalamischer Projektionskerne; gestörte Bewegungsvorbereitung) zu suchen, sondern sie als Folge einer Störung von parallel und gleichzeitig arbeitenden Netzwerken zu sehen, die über- bzw. unteraktiv sind (Crossman u. Brotchie, 1998).

Auch das Erscheinungsbild eines Schreibkrampfs stellt sich unterschiedlich dar.

Nach einer Einteilung von Sheehy und Marsden (1982) spricht man vom

- Einfachen Schreibkrampf, wenn die Symptomatik ausschließlich beim Handschreiben auftritt
- Dystonen Schreibkrampf, wenn die Symptomatik aktionsinduziert ist und auch bei anderen feinmotorischen Handlungen auftritt
- Progredienten Schreibkrampf, wenn Patienten mit einem einfachen Schreibkrampf im weiteren Verlauf einen dystonen Schreibkrampf entwickeln.

Das klinische Bild des Schreibkrampfes (1893 von Sir W. R. Gowers erstmals ausführlich beschrieben) ist geprägt von Verkrampfungen der oberen Extremität, die bereits zu Beginn oder während des Schreibens auftreten. Häufig kommt es dabei zu Fehleinstellungen (z.B. des Unterarms

in Bezug auf den Stift), zu Fehlhaltungen (z.B. der Finger am Stift), zu hoher Anspannung in Schultern und Nackenbereich, zu unangepassten Druck- und Griffkräften, zu Verlangsamung und erhöhter Kontrolle auf die motorische Ausführung und zu einer reduzierten Fragmentierung.



**Abb. 1, 2 und 3**

Zusätzlich leiden viele der Patienten unter teils anhaltenden Schmerzen und unter hohem Stress in Bezug auf ihre Schreibleistung. Bei einem Teil der Patienten tritt zusätz-

lich ein Tremor auf, der sich nur auf den Schreibvorgang bezieht. Das Schreiben ist von negativen Gefühlen begleitet (ca. ein Drittel der Patienten hat Angst, Furcht oder sogar Panik vor dem Gedanken, schreiben zu müssen).

Auch in einer Zeit, in der dem Handschreiben nicht mehr so viel Bedeutung zugemessen wird, bedeutet das Auftreten eines Schreibkrampfs für den Betroffenen meist eine große persönliche Belastung. Gerade das Schreiben in der Öffentlichkeit (Unterschriften an der Kasse; Ausfüllen eines Formulars, Erstellen einer Dokumentation bei Ärzten) erzeugt immensen Stress und große Versagensängste.

### **SCHREIBEN ALS AUFGABE**

Nach Abschluss des Schreiberwerbs wird das Handschreiben meist vollkommen automatisiert abgerufen; d.h., wir verwenden auf die motorische Ausführung keinerlei Aufmerksamkeit. Wir können allerdings auf eine stärker kontrollierte Ausführung zurückgreifen, wenn es die Situation erfordert. Dies geschieht zum Beispiel, wenn wir ein Formular ausfüllen und dabei genaue Formen eingehalten werden müssen. Aber auch, wenn wir versuchen, besonders schön zu schreiben oder wenn wir dem Adressaten eine besondere Bedeutung beimessen, verändert sich unser Verhalten und wir benützen andere Gehirnregionen, um die Aufgabe angemessen zu erledigen. So ist Schreiben nicht gleich Schreiben – der situative Aspekt muss auf jeden Fall Berücksichtigung finden.

Anhand eines Patientenbeispiels möchte ich mein Vorgehen demonstrieren und dabei auch auf die theoretischen Hintergründe eingehen, die für die Behandlung maßgeblich sind.

### **THEORIE**

#### **Prof. C. Perfetti, (Rehabilitieren mit Gehirn)**

„Jede Übung muss einen kognitiven Ablauf darstellen, der zur Wiedererlangung einer verloren gegangenen motorischen Fähigkeit führt“

Vor allem Wahrnehmung, Gedächtnis, Aufmerksamkeit, Sprache und Problemlösefähigkeit, Vorstellungskraft sind nötig.

Der Körper ist eine Rezeptor-Oberfläche, der in der Lage ist, mit der Außenwelt in Beziehung zu treten. Diese Eigenschaft kann er nur über die Fragmentierung ausüben. Die Fragmentierung wird damit zu einem Instrument, um mit der Umwelt in Kommunikation zu treten und zu erkennen.

**Mulder, Theo**

„Bewegung als Problemlösung“ (Das adaptive Gehirn; Kap. 7, S 147 – 179)

Bei seinem Modell des motorischen Verhaltens ist das zentrale Merkmal, dass es nirgendwo eine explizite Trennung zwischen motorischen, sensorischen und kognitiven Prozessen gibt.

**Susanne Wopfner**

Der Schmerz im Kopf (Artikel Rundbrief 17/12/2012) und Fortbildung CRPS in München

„Zuerst muss der Therapeut den Patienten verstehen lernen und der Patient muss sich selber verstehen lernen. Dazu müssen Therapeut wie Patient gemeinsam versuchen, die Prozesse, die zum „Schmerz (\*hier Verkrampfung und nicht Schmerz)“ führen, zu erkennen, bewusst werden zu lassen und dann in einem zweiten Schritt diese Prozesse zu verändern.“

**PRAKTISCHE ARBEIT****Patientenbeispiel 1:  
Anamnese**

Die Patientin (49 J) leidet seit 8 Jahren an einem einfachen Schreibkrampf der rechten Hand. Ebenfalls vor acht Jahren hatte sie auch einen Bandscheibenvorfall; nach wie vor leidet sie unter häufigen Verspannungen im HWS-Bereich. Außerdem hatte sie im selben Jahr auch ein schwerwiegendes familiäres Problem zu verarbeiten (Tod eines nahen Angehörigen)

Anforderungen: Schreiben gehört in größerem Umfang zu den täglichen beruflichen Anforderungen (Krankenschwester; Dokumentation).

Sie hat die Möglichkeit, sich zurückzuziehen und in Ruhe zu dokumentieren.



**Abb. 4 bis 7**

**Untersuchung:**

Befragung, klinische und Computerunterstützte Untersuchung (zwei Schreibtests; hierarchisch gegliederter Test und Dauerschreiben während fünf Minuten). Dabei zeigt sich, dass bei den Basisbewegungen Handgelenks- und Fingerbewegungen nur eingeschränkt möglich sind; die kombinierte Bewegung „Kringel“ kann nur über eine Armbewegung ausgeführt werden. Der Druck ist durchge-

hend überhöht; die Patientin berichtet nach fünf Minuten Schreiben von mittel- bis hochgradigen Schmerzen. Sie schreibt in normaler Schreibgeschwindigkeit und durchaus leserlich.

Sie fühlt sich durch die Schreibstörung sehr stark beeinträchtigt und verbindet ein Gefühl der Abneigung vor dem Schreiben.

### Ihre Therapieziele sind:

- Weniger bis kein Schmerz
- Eine andere Stifthaltung, die nicht so auffällig ist
- Eine generelle Linderung des Problems

### Wie schreibt die Patientin?

- Sie „erwartet“ eine anstrengende Aktivität und stellt sofort sehr viel Kraft bereit (Auflagedruck des Unterarms auf den Tisch, Druck auf das Papier, hohe Griffkraft auf den Stift, s. Abb. 4 und 5)
- Sie benutzt nur eine deutlich eingeschränkte Fragmentierung, um die Aufgabe zu lösen (z.B. wird der Transport des Stifts von links nach rechts über den eine Rumpfbewegung erreicht; s. Abb. 6 und 7)
- Sie hat sehr negative Gefühle dem Schreiben gegenüber entwickelt
- Sie erinnert sich nicht mehr, wie sich das Schreiben früher angefühlt hat
- Sie versteckt die Tätigkeit, indem sie sich zurückzieht oder bereits früher in den Dienst geht, um fertig zu werden

Ich habe in der Therapie nach folgenden Kriterien gearbeitet:

- Die Übungen sollen so ausgerichtet sein, dass sie an die Erwartungshaltung der Patientin anknüpfen und die Vorstellung von Anstrengung, Kraftaufwand und Schmerzhaftigkeit positiv verändern
- Dazu soll eine veränderte Fragmentierung des Körpers zu einer verbesserten Informationsgewinnung helfen
- die negativen Gefühle zum Schreiben sollen allmählich durch positive Erfahrungen und Emotionen ersetzt werden
- Die erworbenen Fähigkeiten sollen sofort in ausgewählten Alltagsaktivitäten angewandt werden
- Die Rückmeldungen wurden dann in der Therapie genutzt

### Welche Mittel habe ich dazu verwendet?

1. Vergleichen der Vorstellung „was würde ich gerne spüren“ mit dem realen „was spüre ich im Moment“ □ Gedächtnisinhalte aus dem prozeduralen Gedächtnis;

Imaginationsfähigkeit benutzen und Lenken der Aufmerksamkeit weg von der reinen Formwahrnehmung und Produktion auf die Qualität der Bewegung

2. Benutzen der Sprache der Patientin (die Patientin soll eigene Formulierungen suchen, mit denen sie die Durchführung der Aufgabe verbal/gedanklich unterstützt (z.B. „der Arm soll leicht sein“; „der Stift liegt angenehm in der Hand“, „ich brauche keine Anstrengung“)
3. Übungen zur Fragmentierung: wie komme ich z.B. mit dem Stift von Punkt a nach Punkt b (indem ich den Arm und nicht den ganze Rumpf bewege)
4. Übungen zur Griffkraft auf den Stift (wie verändert eine zu hohe Griffkraft meine sensorische Wahrnehmung? □ Erspüren von aufgeklebten Objekten auf einem Spatel; ertasten von Noppen auf einem Stift)
5. Vereinfachen der komplexen Handlung durch Einführung von kompensatorischen Möglichkeiten (Schreibbrett, alternative Stifthaltung)

### Was hat sich verändert?

Angleichen der kohärenten Vorstellung und Ausführung Veränderung der Gefühle gegenüber dem Schreiben

Die Patientin war vor allem überrascht, als sie nach vielen Jahren eine Schreibbewegung plötzlich ohne große Anstrengung und schmerzfrei ausführen konnte. Schreiben oder Bewegen des Stifts auf einem Papier wurde wieder als „schön“ und angenehm empfunden; es kam zu mehr Übereinstimmung mit der Vorstellung von „was würde ich gern empfinden“ und „was empfinde ich tatsächlich“.

### Griffkraft auf den Stift

Aufgabenbeschreibung

„Legen Sie beide Unterarme entspannt auf den Tisch, so dass auch die Ellbogen aufliegen. Schließen Sie die Augen. Ich gebe Ihnen nun einen Spatel in die Hand, auf dem verschiedene Dinge appliziert sind. Bitte ertasten Sie mit dem Zeigefinger, wie viele Dinge Sie erkennen können und welche Form diese haben.“

Anschließend können Sie die Lösung der Aufgabe mit dem Daumen verifizieren. Dazu werde ich Ihnen den Spatel erneut in die Hand geben.“

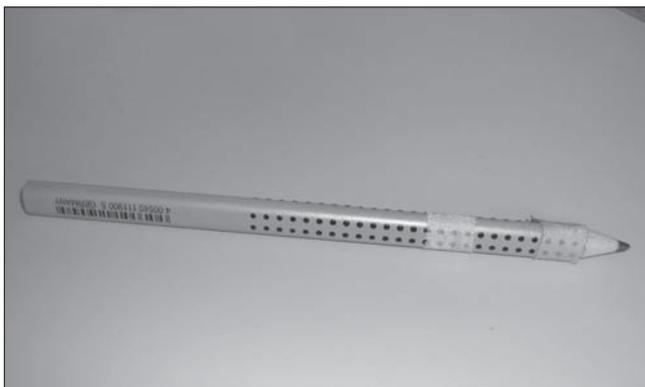
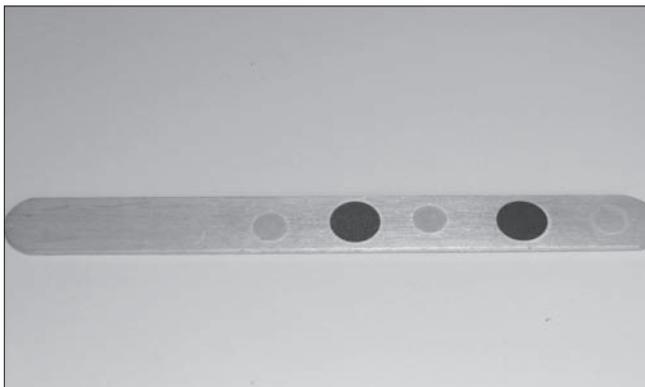
Durch das Erspüren von aufgeklebten Objekten (unterschiedlich großen Klebepunkten,

Abb 8) auf einem Spatel (in „Stifthaltung“) kann sie nach kurzer Zeit die Griffkraft so anpassen, dass sie Form und Anzahl der Objekte richtig erkennen kann. Sie erspürt erst mit dem Zeigefinger und verifiziert das Ergebnis danach mit dem Daumen.

Um das Problem korrekt zu lösen, müssen die ersten drei Finger ein Objekt (ähnlich einem Stift) korrekt halten (Daumen und Zeigefinger in Opposition, Mittelfinger als Gegenhalt)

Der „erkennende“ Finger muss den Auflagedruck (Griffkraft) so steuern, dass er über die Bewegung die Form bzw. die Anzahl herausfinden kann.

Nach der richtigen Lösung des Problems wurde die Aufgabenstellung sofort auf ein Schreibgerät übertragen (Bleistift mit Noppen „jumbo grip von Faber Castell; Abb 9). Jetzt soll die Anzahl der Noppen in einem markierten Bereich erkannt werden.



**Abb. 8 und 9**

### Vereinfachen der komplexen Handlung durch kompensatorische Möglichkeiten

Wir haben versucht, die neuen Erkenntnisse sofort in den Schreiballtag der Patientin zu übertragen und nach Situationen gesucht, die sie als weniger „schwierig“ und stress behaftet empfand. In ihrem Fall waren das Einkaufszettel, Check-Listen, aber auch das Schreiben von Postkarten.

Für die Dokumentation in der Arbeit sollte sie den Arbeitsplatz so organisieren, dass sie das Gefühl von Platz (Raum) hatte. Da sie dazu neigte, den Unterarm mit zu hohem Auflagedruck auf dem Tisch aufzulegen, probierten wir den Umgang mit einem Klemmbrett aus. Außerdem sollte sie in der Arbeit auch eine alternative Stifthaltung benützen, die weniger Anspruch an die Haltefunktion der Finger stellt.

Die Texte, die wir zum Üben benutzten, wurden dem beruflichen Alltag der Patientin entnommen.

Durch die Veränderungen kam es auch bei längeren Texten nur mehr zu geringen Schmerzen (die meist sofort durch kurze Lockerungsübungen aufgelöst werden konnten).

Da für die Behandlung nur eine knappe Woche zur Verfügung stand, waren die Ergebnisse für die Patientin schon sehr zufrieden stellend.

### SCHLUSSFOLGERUNG

Das geschilderte Vorgehen bei einer ausgewählten Patientin zeigt nur einen kleinen Teil der Möglichkeiten, die durch das Herangehen mit den Konzepten der neurokognitiven Therapie entstehen.

Die Probleme, die mit einem Schreibkrampf einhergehen, sind sehr vielschichtig, anspruchsvoll und individuell. Sie sind vor allen Dingen nicht „schnell“ zu lösen, sondern oft ist der Beginn der Therapie auch der Beginn, das bisherige Verhalten in Frage zu stellen und neu zu ordnen. Aufgaben können sehr unterschiedlich gelöst werden – das kann eine ganz neue Erfahrung im Leben des Patienten darstellen (und auch im Therapie-Alltag des Therapeuten) – weg vom „so muss es sein“ zum „so kann es auch sein“ können auch die verkrampten Muster im Kopf verändern und eine neue Lebensqualität bedeuten.

Ich freue mich, mit den Erkenntnissen der neurokognitiven Therapie nach Prof. Perfetti eine weitere Möglichkeit an der Hand zu haben, Patienten mit Schreibkrampf adäquat zu behandeln.

#### Literaturverzeichnis

- Mai N., Marquardt C. (2011), *Schreibtraining in der neurologischen Rehabilitation, EKN-Materialien für die Rehabilitation Band 8*, Borgmann-Verlag
- Mulder T. (2005), *Das adaptive Gehirn (Über Bewegung, Bewusstsein und Verhalten)*, Thieme-Verlag
- Perfetti C. (2007), *Rehabilitieren mit Gehirn (Kognitiv-Therapeutische Übungen in der Neurologie und Orthopädie)*, Pflaum-Verlag
- Roth G. (1996), *Das Gehirn und seine Wirklichkeit (Kognitive Neurobiologie und ihre philosophischen Grenzen)*, Suhrkamp Verlag
- Sheehy M., Marsden C. (1982) *Writer's Cramp – a Focal Dystonia*, Artikel in *Brain* 1982, 105 461-480
- Wopfner Susanne (2012), *Der Schmerz im Kopf – Chronische Schmerzen verstehen lernen*, Artikel Rundbrief 17 VFCR

## Einladung zur „Therapie Messe Leipzig 2015“

19.-21.März 2015

Die Messe Therapie Leipzig ist sowohl eine Fachmesse mit mehr als 250 Ausstellern als auch Kongress für Therapie, Rehabilitation und Prävention. Mit rund 2.600 Teilnehmern ist der Kongress der Therapie Leipzig die größte interdisziplinäre Fortbildungsveranstaltung der Branche in Deutschland.

Die Messe findet nur alle zwei Jahre statt, ist für Fachbesucher, hat sehr gute Bewertungen und in der Regel einen hohen Zulauf. Zeitgleich finden hochkarätige Parallelveranstaltungen statt. So wird 2015 parallel der Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft für Neurotraumatologie und klinische Neurorehabilitation (DGNKN) sowie der mitteldeutsche Sportärztekongress durchgeführt. Auch diese Kongresse richten sich mit praxisorientierten Workshops und Symposien neben den Fachärzten auch an Therapeuten.

Erstmalig wird 2015 das Thema „Neurokognitive Rehabilitation“ großen Raum einnehmen – „wir“, der VFCR planen einen Informationsstand und haben für jeden Tag einen 3-stündigen Vortrag eingereicht. Diese wurden auch angenommen. Johanna Ismaier hat mit großem Einsatz die Organisation und Koordination übernommen.

So wird Dr. Conti an jedem der drei Tage unsere 3-stündige Vortragszeit mit einem Einführungsvortrag zur Neurokognitiven Rehabilitation und den entsprechenden Pathologien, einleiten.

Weitere Referenten sind:

- Matthias Volquartz: Aktuelle Entwicklung in der Neurologie – Schwerpunkt Neglect.
- Martina Neugebauer, Anke Hess, Johanna Ismaier: Aktuelle Entwicklung in der Orthopädie/Handtherapie.
- Judith Greve, Hanne Karow, Mirjam Ostermeyer: Aktuelle Entwicklung in der Neurologie mit Fallbeispielen u. a. bei Apoplex und MS.

Des Weiteren findet ein Kurzvortrag und ein Workshop von Anke Windhüfel zum Thema Apraxie statt. So möchte ich alle ermuntern, den Weg nach Leipzig zu unternehmen. Außer der Messe bietet die Stadt natürlich auch viel Sehenswertes.

### Und wir suchen noch Helfer für den Stand- dienst!!!

Diese können sich bei Birgit Rauchfuß melden;  
b.rauchfuss@t-online.de

Mehr Info zu Anmeldung und Ort : [www.therapie-leipzig.de](http://www.therapie-leipzig.de)

## DVE Kongress 2014 in Erfurt

Auch in diesem Jahr war der VFCR im Mai mit einem Infostand bei dem Ergotherapiekongress des DVE in Erfurt vertreten. Dank der fleißigen Helfer für den Auf- und Abbau sowie für den Standdienst lief die Organisation gut.

Aufgegriffen wurde einer der guten Vorschläge der beteiligten Helfer beim Stand in Bielefeld im letzten Jahr, um den Stand noch attraktiver zu gestalten. In Erfurt wurde eine Powerpoint zur neurokognitiven Rehabilitation gezeigt, die die Vorgehensweise und die Therapie anschaulicher machten.

Johanna Ismaier hat mit Bernadette Bichler für die Posterausstellung ein Poster zum Thema neurokognitive Rehabilitation erstellt, das auch dem Infostand einen guten Zulauf bescherte.

Es gab einige Anfragen von Schulen und Fortbildungseinrichtungen, die an Vorträgen bzw. Kursen interessiert sind.

Im nächsten Jahr findet der DVE-Kongress vom 1. – 3. Mai wieder in Bielefeld statt. Die Organisation hat erstmalig Andrea Frank-Sinkewitsch übernommen, gemeinsam mit Birgit Rauchfuß. Auch für Bielefeld werden noch Helfer gesucht. Interessierte können sich bei Andrea melden: [andrea.frank-sinkewitsch@t-online.de](mailto:andrea.frank-sinkewitsch@t-online.de).



## Ergo Kongress Bielefeld 01.05.2015-03.05.2015

### Hallo liebe Ergotherapeuten!

Mein Name ist Andrea Frank-Sinkewitsch. Ich habe eine Praxis in Bad Bellingen, im schönen Markgräflerland, südlich von Freiburg an der Grenze zur Schweiz.

Ich bin seit vielen Jahren Mitglied im VFCR. Auf dem Symposium in Nürnberg wurde um Mithilfe für den Ergo Kongress in Bielefeld gebeten.

Spontan habe ich mich bereit erklärt, die Organisation für diesen Kongress zu übernehmen. Dieses Jahr unterstützt mich Birgit Rauchfuß noch tatkräftig.

### Aber für den Stand am 01.05 2015-03.05.2015 suchen wir noch Helfer!!!

Wer hat Lust und Zeit uns am Stand zu unterstützen? Meldet euch bitte bei:

**Andrea Frank-Sinkewitsch**  
andrea.frank-sinkewitsch@t-online.de  
Tel. 07635/9459

Wir freuen uns über jede tatkräftige Hilfe.

## Kurstermine des VFCR 2015

Wir haben uns aus Platzgründen an dieser Stelle entschieden, nur auf die Kurse des VFCR zu verweisen. Alle weiteren Kurstermine finden Sie auf der Homepage unter [www.vfcr.de](http://www.vfcr.de)

### 10. monographischer Kurs in Italien

16. – 18. April 2015, Ort: Villa Miari, Santorso

### 17. Symposium

19. – 20. Juni 2015, Ort: City-Hostel Düsseldorf  
Düsseldorfer Str. 1, 40545 Düsseldorf, Tel.: 0211/ 557310

### 1. Deutsch-Schweizer Studientage

17. – 18. September 2015, Ort: Clinica Hildebrand, Via Crodolo,  
6614 Brissago, Schweiz

### 6. Monographischer Kurs in Deutschland

08. – 10. Oktober 2015, Ort: München

## Der VFCR im World Wide Web

Seit knapp 1,5 Jahren können sowohl Mitglieder des VFCR als auch alle Interessierte an der Neurokognitiven Therapie (NKT) über das soziale Netzwerk Facebook, aktuelle Informationen rund um die NKT, Kursangebote sowie interessante Fachartikel verfolgen. Derzeit bedienen sich 83 mediale User dieses digitalen Mediums, darunter auch Therapeuten aus Italien. Bekanntester „Follower“ ist Franca Pantè.

Wir hoffen und wünschen uns für das neue Jahr, die 100 „voll zu machen“ und freuen uns auf regen fachlichen Austausch auf dieser Plattform.

### Medialer Ausblick 2015

Anfang des neuen Jahres steht ein weiterer wichtiger Meilenstein in der Öffentlichkeitspräsents auf dem Programm. Der Verein für kognitive Rehabilitation (VFCR) erscheint erstmalig mit seinem zu Grunde liegenden Behandlungskonzept der Neurokognitiven Therapie bei Wikipedia, der größten weltweiten Online-Enzyklopädie. Dadurch soll der Verein und dieses kognitive Therapiekonzept im deutschsprachigen Raum weiter an Bekanntheit gewinnen und Interessierten einen ersten umfassenden Eindruck verschaffen.

Ismaier Johanna

## Studiengruppe Neurokognitive Rehabilitation

Seit Juni diesen Jahres gibt es eine Studiengruppe, bestehend aus Regina Klossek, Birgit Rauchfuß und Matthias Volquartz, die sich aktiv an der Weiterentwicklung der neurokognitiven Rehabilitation beteiligen wollten.

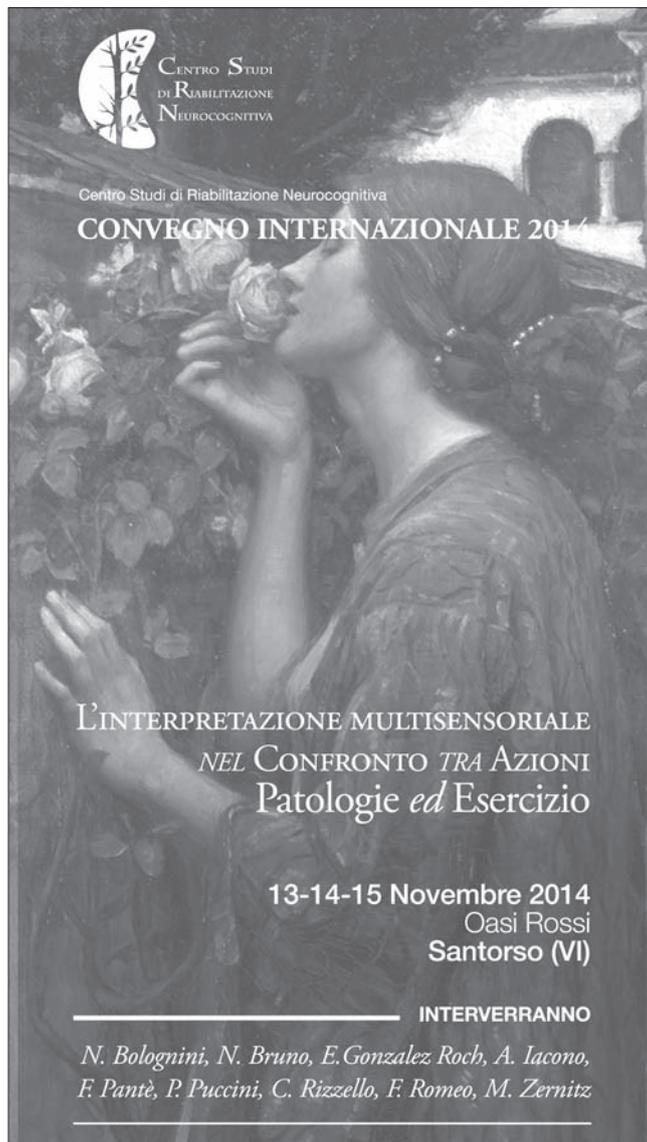
Erste Ergebnisse dieser Studienarbeit haben Regina Klossek und Birgit Rauchfuß beim Convegno vom 13. – 15. November in Santorso präsentiert. Der Convegno ist der jährlich stattfindende Kongress, den das Team um Prof. Perfetti organisiert. Jeweils an den beiden Nachmittagen präsentieren die verschiedenen Studiengruppen aus Italien, Spanien und (jetzt) Deutschland die Ergebnisse ihrer Studienarbeit.

Heidrun Brand-Pingsten war ebenfalls an einem Tag anwesend, um den VFCR zu vertreten. Die Freude der Italiener über die erste Präsentation der deutschen Studiengruppe war deutlich spürbar – die Nervosität der Referenten aber auch.

Wir planen, dass die Teilnahme und eine Präsentation eine feste Einrichtung wird und wir hoffen, dass sich in Zukunft noch mehr Kolleginnen und Kollegen beteiligen.

Und: Regina Klossek wurde als erster deutschen Therapeutin die Ehre angetragen, die Moderation für einen der drei Vormittage zu übernehmen, was sie perfekt gemeistert hat. Foto: convegno 2014\_2

### Birgit Rauchfuß



## Studiengruppe Köln

Seit Mai diesen Jahres treffen sich einmal im Monat sechs Kolleginnen zwecks Austausch und Vertiefung der Neurokognitiven Rehabilitation in Köln. Regina Klossek, die eine engere Verbindung zur Villa Miari in Italien hat, initiierte dieses Treffen.

Die Basis des Austausches sind die Vorstellung von Patientenvideos, Fallbeispielen und die Diskussion theoretischer Grundlagen.



Seitdem sich diese Gruppe regelmäßig trifft, fühlt sich jeder beruflich inspiriert, mehr zu lernen und zu erforschen, von den Patienten mehr zu erfahren, um den Wiederherstellungsprozess weiter zu fördern. Alle fühlen sich nicht mehr so allein, das Wissen der Gruppe wächst mit- und aneinander, v.a. wenn es darum geht, die neuesten Konzeptentwicklungen aus der Villa Miari in Italien in den eigenen Therapiealltag zu transferieren und langfristig zu integrieren.

Die Gruppe möchte zunächst Erfahrungen sammeln, mit dem Ziel, zukünftig weitere Studiengruppen ins Leben zu rufen und zu unterstützen.

### Anke Windhüfel



### Marie Schaper

Ergotherapeutin, Lübeck  
schaper.marie@web.de

## Monographischer Kurs in Regensburg Oktober 2014

### Der Vergleich zwischen Handlungen und die neurokognitive Interpretation der zerebellären Pathologie – Ataxie

Im Mittelpunkt dieses Kurses stand die Rehabilitation von zerebellären Störungen.

Als Referentin war Franca Pantè aus Italien zu Gast. Sie ist Mitarbeiterin im Team von Prof. Carlo Perfetti und wissenschaftliche Leiterin der Villa Miari (Centro Studi di Riabilitazione Neurocognitiva, Santorso/ Italien). Übersetzt wurde der Kurs von der erfahrenen Perfetti- Therapeutin Ines Schröder. Ein herzliches Dankeschön an dieser Stelle für diese hervorragende Leistung!

Zu Beginn gab Franca Pantè uns einen Überblick über die „Revolution des Kleinhirns“, das veränderte Verständnis in Bezug auf die Funktionsweise und Bedeutung des Kleinhirns.

So hat man beispielsweise erst in den 90er Jahren herausgefunden, dass das Kleinhirn nicht nur motorische, sondern auch kognitive, sensorische und emotionale Aufgaben hat.

Mittels bildgebender Verfahren wie PET und fMRI kann man u. A. bei folgenden Prozessen eine Aktivierung des Kleinhirns nachweisen:

- sensorische Diskrimination (Gao et al., 1996)
- assoziatives und prozedurales Lernen (Molchan et al., 1994; Logan and Grafton, 1995),
- Problemlösung (Kim et al., 1994)
- räumliches Gedächtnis (Moscovitch et al., 1995),
- motorische Imagination (Decety et al., 1994; Parsons et al., 1995)
- Sprechen u.v.a.

Anhand vieler Grafiken konnten wir den anatomischen Aufbau des Kleinhirns und die zahlreichen Verbindungen, sowohl innerhalb der Kleinhirn- Anteile, als auch zum Cortex und Rückenmark, nachvollziehen.

Im ersten praktischen Teil wurde uns ein Patient vorgestellt, welcher 2011 eine Hirnblutung (Kleinhirn) erlitten hatte. Unsere Aufgabe war es, Francas Fragen und auch die Antworten des Patienten zu notieren (dank der Übersetzungszeit war dies auch gut machbar), sodass wir diese im Anschluss gemeinsam auswerten konnten.

Ich kann nur sagen, dass mir diese Mitschriften eine sehr wertvolle Hilfe sind, um meine eigene Befundung und Therapie noch differenzierter zu gestalten. Denn oft decken ja die richtigen Fragen erst Probleme des Patienten auf, die bis dahin noch gar nicht erkannt oder analysiert wurden. Es wurde deutlich, wie viel uns die Sprache des Patienten über seine Wahrnehmung und seine (kognitiven) Schwierigkeiten verrät.

Für unseren Patienten hat sich z.B. herausgestellt, dass er weniger ein Sensibilitätsdefizit der Füße hat, sondern vielmehr ein Aufmerksamkeitsproblem. Er hat also Schwierigkeiten, die wichtigen Informationen zu akquirieren, um eine Aktion gut ausführen zu können.

Da der zerebelläre Patient also eher Schwierigkeiten mit der Problem-Lösung hat, ist es wichtig, ihn durch Fragen auf die Suche zu schicken und seine Aufmerksamkeit auf den relevanten Körperteil zu lenken. Das heißt: wir müssen den Patienten begleiten die Lösung selber zu finden, anstatt sie ihm vorzugeben.

Außerdem haben wir beobachtet, dass der Patient seine Aufmerksamkeit nur auf ein Element zur Zeit richten konnte. Hatte er z.B. sein Becken „gefunden“, war die Aufmerksamkeit nicht mehr bei den Füßen und umgekehrt. Aus diesem Grund fiel es ihm auch schwer, während einer Übung einen Vergleich anzustellen. Es gelang ihm nicht, innerhalb einer Kategorie (unterschiedliche Schwämme, Oberflächen, Gewichte etc.) feine Abstufungen zu erkennen.

Aber eben dieser Vergleich bildet ein fundamentales Element beim Lernen, besonders bei zerebellären Patienten. Der Patient muss also dahin gebracht werden, seine Aufmerksamkeit auf zwei Elemente zu lenken.

Unsere Frage dürfte dann (bei einer Übung mit Gewichtsverlagerung) nicht sein „Wieviel Gewicht spüren Sie...?“, sondern „Wo ist mehr Gewicht?“ und „Warum?“. So lenken wir den Patienten zur richtigen Informationsquelle.

Außerdem ist es wichtig, während der Übung Verbindungen zwischen der Übung und der „normalen Handlung“ herzustellen. Gerade das Suchen nach Analogien und Unterschieden führt zu einer Veränderung der Organisation des Systems.

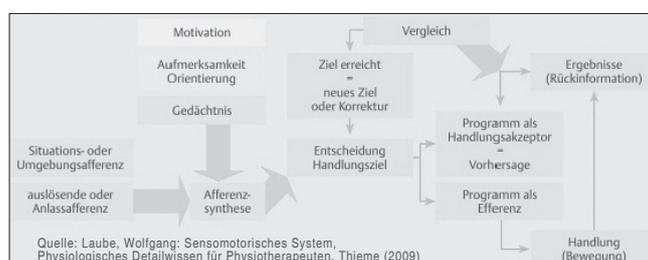
Weiterhin hatte der Patient erhebliche Schwierigkeiten bei der Imagination von präläsionalen Handlungen, aber auch bei der Antizipation einer konkreten, zukünftigen Handlung. Aus diesem Grund kann die Handlung dann auch nicht korrekt ausgeführt werden.

In diesem Zusammenhang hat Franca uns das „Konzept vom funktionellen System“ von P. K. Anochin vorgestellt. Hier werden alle Rezeptorinformationen (sog. auslösende Afferenzen und Umgebungsafferenzen) und Gedächtnisinhalte zu einer Afferenzsynthese verrechnet. Das Ergebnis dieser Prozesse führt zur Entscheidung über das Bewegungsziel. Daraus wiederum entsteht das Handlungsprogramm, inklusive der Festlegung wichtiger Reafferenzen.

Als resultierende Efferenz wird ausgegeben: die Efferenzkopie als Modell zur Vorhersage des erwarteten Ergebnisses (Aktionsakzeptor) und die Efferenz an die Effektoren (Muskulatur).

Die Reafferenzen werden wieder in der Afferenzsynthese verarbeitet und stehen dem Aktionsakzeptor für den Vergleich zwischen der Erwartung und dem realen Ergebnis zur Verfügung.

Das Ergebnis des Vergleichs verursacht bei Nichtübereinstimmung eine Korrektur der Handlung und eine möglichst gut angepasste veränderte Efferenz. Besteht Übereinstimmung, wird der aktuelle Aktionsakzeptor gelöscht und durch den neuen Aktionsakzeptor für die nächste Bewegungshandlung ersetzt.



Es hat sich gezeigt, dass der zerebelläre Patient häufig keine korrekte Afferenzsynthese erstellt und somit auch keinen passenden Aktionsakzeptor. Stattdessen kreiert er sehr partielle oder auch falsche Erwartungen. Erst durch das Demonstrieren anhand einer externen 3. Person war es unserem Patienten möglich, seine Aufmerksamkeit auf die relevanten Elemente zu lenken.

Am zweiten Tag haben wir den Patienten und unsere Beobachtungen noch einmal ausführlich besprochen. Außerdem haben wir die Ansätze zur neurophysiologischen und neurokognitiven Interpretation der zerebellären Störungen noch weiter vertieft. So waren wir in der Lage, uns für den Patienten Übungen selbst zu überlegen.

Am dritten Tag haben wir den neuen rehabilitativen Befund (die „Cartella“) aus Sicht des Vergleichs zwischen Handlungen durchgenommen.

Zum Abschluss probierten wir mit dem Patienten verschiedene Übungen aus. Dabei wurde immer wieder ein Bezug hergestellt, sowohl zur präläsionalen Handlung, als auch zur zukünftigen Aktion.

Auf die Frage „Was haben wir mit Ihnen erarbeitet, worauf sollen Sie achten?“ antwortete der Patient ganz richtig: „Die Füße!“. Aber Franca wollte es noch genauer wissen: „Haben Sie da auch zu Hause dran gedacht? Hat sich etwas verändert?“ „Ja, ich fühle mich sicherer!“, war seine Antwort.

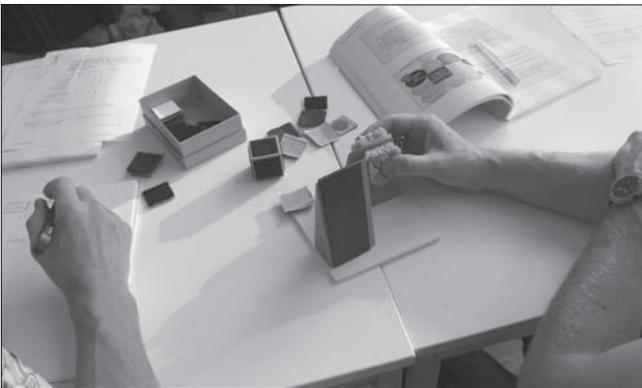
Die Mittagspausen haben viele Teilnehmer genutzt, um einen kleinen Spaziergang durch die historische Altstadt zu machen. So ging es bei strahlendem Sonnenschein vorbei am fürstlichen Schloss Thurn und Taxis, zum eindrucksvollen Regensburger Dom, und schließlich bis an die Donau zur Steinernen Brücke.

In den Kaffeepausen wurden wir wunderbar mit Getränken und Gebäck versorgt. Es war Raum für neue Kontakte, interessante Gespräche und fachlichen Austausch. So konnten Erfahrungen bezüglich der Anwendung des Konzeptes geteilt, aber auch offene Fragen diskutiert werden.

Für die Abendgestaltung hat Heike Hühmer uns einen Tisch in dem bekannten Haus Heuport reserviert, wo wir den ersten Abend bei gutem Essen gemeinsam haben ausklingen lassen.

Vielen Dank an den Vorstand des VFCR für Organisation des Kurses, und vor Ort an Heike Hühmer für die Organisation der Räumlichkeiten, sowie für die tolle Verpflegung. Einen besonderen Dank nach Italien an Franca Pantè und an Ines Schröder für die sehr gute Übersetzung, inkl. der 165 Skript-Seiten! Danke auch an die vielen Kursteilnehmer, die dafür gesorgt haben, dass wir genügend The-

rapiematerial zum praktischen Ausprobieren hatten. Besonders interessant waren für uns die neuen Materialien für die Rehabilitation der Hand (ab sofort bei der Firma Atoform bestellbar).



## Liebe Mitglieder!

*Seit 2014 laufen alle Lastschriften über das neue SEPA-Verfahren.*

*Die Lastschriften für den VFCR werden jeweils am 1. März eines jeweiligen Jahres eingezogen.*

*Fällt der Fälligkeitstag auf ein Wochenende oder einen Feiertag, verschiebt sich der Fälligkeitstag auf den nächsten Werktag.*

**Uwe Steinkamp**  
Kassierer VFCR

## Arbeitstreffen in Karlsruhe am 11. Juli 2014

**Immer wieder beschäftigt sich der Vorstand und auch interessierte Mitglieder mit der Frage, wie geht es für unseren Verein weiter, was sind unsere Aufgaben in der Vertretung aller Mitglieder, was ist wissenschaftlich interessant ....**

So gibt es Orientierungstreffen. Eine Möglichkeit ergab sich im Juli diesen Jahres, als es zu einem Treffen von Dr. Conti, unserem Ehrenvorsitzenden, Dr. Ruggieri, jetziger Chefarzt der Clinica Hildebrand in Brissago, Birgit Rauchfuß, Uwe Steinkamp und mir.

Dr. Conti hat den Verein gegründet, war lange Zeit Präsident des Vereins, hat sehr viel Aufbauarbeit geleistet. Von ihm kommen immer wieder wichtige Impulse und unendlich viel Unterstützung. Dafür sei ihm wieder sehr von Herzen gedankt!

In Karlsruhe sind die deutsch-schweizerischen Studientage „geboren“. Unterdessen sind sie ja auch konkret geworden- wie man dem Jahresprogramm entnehmen kann. Das bedeutet auch hier einen Austausch.

Die Clinica Hildebrand ist auf dem Weg, in Anbindung an eine Universität eine 2-jährige Ausbildung in „Neurokognitiver Rehabilitation“ auf dem Niveau eines Bachelor-Studienganges anzubieten. Sehr interessant auf jeden Fall auch für uns in Deutschland.

Weiterhin werden natürlich bei solchen Treffen Inhalte und Form des Symposiums, aber auch der Messe – Therapie Leipzig- besprochen. Viele Denkanstöße! In diesem Sinne wird das Jahr 2015 sicher sehr spannend.

### Heidrun Brand-Pingsten



## Deutsch-Schweizer Studientage am Lago Maggiore

17./18. September 2015

**Clinica Hildebrand, Centro di riabilitazione  
Brissago**

Erstmalig wollen wir zwei deutsch-schweizerische Studientage in der Clinica Hildebrand, die unsere Arbeit durch eine großzügige Haltung der Direktion seit Jahren unterstützt – ein Dank an Herrn Direktor Dr. Rossi!-, anbieten.

Dr. Conti war dort Chefarzt – jetzt Dr. Ruggieri - und hat sich ja immer für die Verbreitung und Weiterentwicklung des Konzeptes der Neurokognitiven Rehabilitation in Deutschland sehr eingesetzt.

Referenten werden Dr. Conti, Dr. Ruggieri, Antonella Califfi und Antonella Mascetti sein.

Thema des 1. Tages : Apraxie und Vergleich mit den Handlungsdefiziten bei rechtsseitigen Hirnläsionen.

Thema des 2. Tages: Der Vergleich von der Realität mit der präläsionalen Erfahrung und Erinnerung. Was beeinflusst den Vergleich?

Voraussetzung: theoretische Grundkenntnisse der Neurokognitiven Therapie und Erfahrung in der Praxisanwendung.

Für eine sehr begrenzte Zahl (4 Teilnehmer) gibt es vorher die Möglichkeit der Hospitation in der Klinik.

### Kursgebühren:

- 180,00 € (Mitglied) bis 31.07.15  
danach: 220,00 €
- 220,00 € (Nicht-Mitglied) bis 31.07.15  
danach: 260,00 €

Am Lago Maggiore gibt es sowohl auf der Schweizer Seite – in Brissago – als auch im benachbarten, wunderschönen italienischen Ort Cannobio, ein großes Angebot von Hotels und Ferienwohnungen. Darum sollte man sich frühzeitig kümmern!

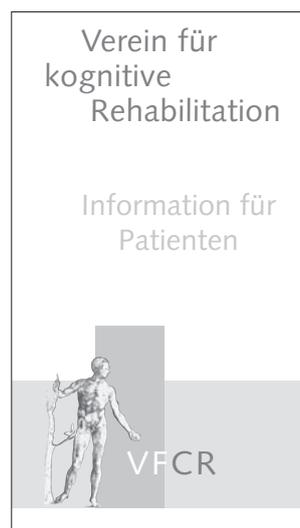


## Patientenflyer

*Er enthält zahlreiche Informationen zur kognitiven Rehabilitation in einer für Patienten und Angehörige verständlichen Sprache.*

*Gedruckte Exemplare können bei der Schriftführerin, Birgit Rauchfuß, bestellt werden.*

*Sie kosten für Mitglieder 0,10 € / Stück, für Nicht-Mitglieder 0,20 € / Stück zzgl. Versandkosten.*



# 17. Internationales Symposium des VFCR vom 19. - 20. Juni 2015 in Düsseldorf

## Protokoll der 1. Mitgliederversammlung 2014 des Vereins für kognitive Rehabilitation VFCR e.V.

13. Juni 2014, Ort: Berufsförderungswerk Nürnberg, Sitzungsleitung: Heidrun Brand-Pingsten, Protokoll: Birgit Rauchfuß

- TOP 1** Eröffnung und Begrüßung durch die 1. Vorsitzende Heidrun Brand-Pingsten  
Eröffnung der Mitgliederversammlung und Begrüßung der Anwesenden durch die 1. Vorsitzende, Frau Brand-Pingsten. Es wurde festgestellt, dass form- und fristgerecht zu dieser Sitzung eingeladen wurde. Die Beschlussfähigkeit wird festgestellt.
- TOP 2** Ergänzung der Tagesordnung  
Die Tagesordnung wird um zwei weitere Punkte ergänzt.  
Maria Heckel hat den Antrag gestellt, dass der Mitgliedsbeitrag für Mitglieder erhöht werden soll.  
Johanna Ismaier hat den Antrag gestellt, dass der Name des Vereins in „Verein für neurokognitive Rehabilitation“ geändert werden soll. Heidrun Brand-Pingsten gibt hierzu eine kurze Einführung, Ausführliches folgt unter „Verschiedenes“.
- TOP 3** Jahresberichte  
Birgit Rauchfuß bittet die anwesenden Mitglieder, die ausgeteilte Mitgliederliste zu unterschreiben und sie bei Bedarf zu ergänzen.  
Der Vorstand gibt einen Überblick über die Arbeit des Vereins von Juni 2013 bis Juni 2014.  
Heidrun Brand-Pingsten startet mit einem kurzen Rückblick über die Vorstandsarbeit und erklärt die verschiedenen Aufgaben der jeweiligen Vorstandsmitglieder.  
Im Oktober 2013 hat der VFCR einen monographischen Kurs in Bamberg organisiert. Hierfür wurden insgesamt 670 Ergotherapiepraxen in Bayern und Thüringen und alle Mitglieder angeschrieben. Der Kurs fand mit 44 Teilnehmern und Dott.ssa Marina Zernitz aus Santorso/Italien statt.  
Im Dezember 2013 erschien der Rundbrief Nr. 18 mit interessanten Artikeln. Außerdem wurde das Layout geändert.  
Für den jährlich stattfindenden monographischen Kurs im April in Santorso wurden in diesem Jahr insgesamt 557 Ergotherapiepraxen in Bayern und alle Mitglieder angeschrieben. Zum ersten Mal informierten wir auch Therapeuten über einen angelegten e-mail Verteiler mit ca. 1.600 e-mail Adressen.  
Wer eine Mitfahrgelegenheit von Deutschland suchte oder anbieten konnte, hatte wieder die Möglichkeit, ein auf der Homepage neu installiertes Formular zu nutzen.  
Immer mehr Therapeuten nutzten die drei Tage vor dem Kurs dazu, in der Villa Miari zu hospitieren, in diesem Jahr waren es 9 Therapeuten. Einige von ihnen waren zum ersten Mal dort. Ein Bericht dazu soll im Rundbrief Nr. 19 erscheinen.  
Von den dort tätigen Therapeutinnen wurde das neue Therapiematerial vorgestellt.  
Um den Mitgliedern einen Einblick in die ausgewerteten Evaluationsbögen zu geben, werden Graphiken zu einzelnen Angaben gezeigt. Insgesamt wurden der Kurs und die Referentinnen sehr positiv bewertet.  
Aufgrund einer Anregung aus Italien haben Heidrun Brand-Pingsten, Regina Klossek, Matthias Volquartz und Birgit Rauchfuß eine Studiengruppe gegründet. Sie wird zunächst zu vorgegebenen Themen aus Italien recherchieren und wird diese Ergebnisse im November in Santorso vorstellen. Ziel ist die Gründung mehrerer Studiengruppen in Deutschland mit einem jährlich stattfindenden Treffen und einer Zusammenarbeit mit Santorso.  
Für das Symposium im Juni in Nürnberg wurden insgesamt 1.200 Ergotherapiepraxen in Bayern, Baden-Württemberg und alle Mitglieder eingeladen. Es nehmen 115 Teilnehmer an dem Symposium teil, davon 34 Nichtmitglieder. Aktuell hat der Verein 284 Mitglieder. Im Jahr 2013 gab es insgesamt 18 Neuanmeldungen und 6 Kündigungen. Bis zur Mitgliederversammlung im Juni gab es 2014 bereits 19 Neuanmeldungen und 4 Kündigungen.  
Der Vorstand gibt einen Überblick über die Vereinsausgaben des Kassenjahres und geht auf Fragen ein.  
Die Kasse wurde in diesem Jahr von Matthias Volquartz und Sören Linke-Wancsucha geprüft. Maria Heckel war in diesem Jahr verhindert und wurde deshalb von vertreten. Die beiden Kassenprüfer haben vor dem Symposium die Kasse geprüft, den Bericht unterschrieben und an Uwe Steinkamp ausgehändigt. Sie berichten von der korrekten Kassenführung und danken Herrn Steinkamp für die vorbildliche Vorbereitung der anstandslosen Prüfung.

- TOP 4 Entlastung des gesamten Vorstandes  
Es wird der Antrag gestellt, den gesamten Vorstand zu entlasten. Der Vorstand wird einstimmig entlastet.
- TOP 5 Vorstandswahlen  
Turnusgemäß stehen Vorstandswahlen an. In der Einladung wurden die Mitglieder gebeten, bis zum 19. Mai Vorschläge für die Posten einzureichen. Es sind keine Vorschläge eingegangen. Frau Barbara Grüttefien wird als Wahlleiterin benannt. Es nehmen insgesamt 63 wahlberechtigte Mitglieder des Vereins an den Wahlgängen teil. Die anfallenden Wahlgänge werden mit ein-facher Stimmenmehrheit entschieden. Es wird von den Mitgliedern beschlossen, dass eine offene Wahl stattfinden kann.
- 5.1. Wahl der ersten Vorsitzenden/ des ersten Vorsitzenden  
Von der Mitgliederversammlung wird Heidrun Brand-Pingsten für das Amt der ersten Vorsitzenden vorgeschlagen.  
Ergebnis der Wahl: 62 Ja-Stimmen, keine Nein-Stimmen, 1 Enthaltung  
Heidrun Brand-Pingsten nimmt die Wahl an.
- 5.2. Wahl der Schriftführern/ des Schriftführers  
Von der Mitgliederversammlung wird Birgit Rauchfuß für das Amt der Schriftführerin vorgeschlagen.  
Ergebnis der Wahl: 62 Ja-Stimmen, keine Nein-Stimmen, 1 Enthaltung  
Birgit Rauchfuß nimmt die Wahl an.
- 5.3. Wahl der Kassiererin/ des Kassierers  
Von der Mitgliederversammlung wird Uwe Steinkamp für das Amt des Kassierers vorgeschlagen.  
Ergebnis der Wahl: 62 Ja-Stimmen, keine Nein-Stimmen, 1 Enthaltung  
Uwe Steinkamp nimmt die Wahl an.
- 5.4. Wahl der Beisitzerin/ des Beisitzers  
Von der Mitgliederversammlung werden Dr. Anselm Reiners und Johanna Ismaier für das Amt der Beisitzer vorgeschlagen.  
Ergebnis der Wahl: Johanna Ismaier, 62 Ja-Stimmen, keine Nein-Stimmen, 1 Enthaltung  
Johanna Ismaier nimmt die Wahl an.  
Dr. Anselm Reiners, 62 Ja-Stimmen, keine Nein-Stimmen, 1 Enthaltung  
Dr. Anselm Reiners nimmt die Wahl an.  
Der neue Vorstand des Vereins setzt sich wie folgt zusammen:  
1. Vorsitzende: Heidrun Brand-Pingsten, Detmold – Deutschland  
Kassierer: Uwe Steinkamp, Ennigerloh – Deutschland  
Schriftführerin: Birgit Rauchfuß, Recklinghausen – Deutschland  
Beisitzer: Dr. Anselm Reiners, München – Deutschland, Johanna Ismaier, München – Deutschland
- TOP 6 Monographischer Kurs 2014 in Regensburg  
Im Oktober 2014 wird der VCR wieder einen monographischen Kurs organisieren, diesmal in Regensburg. Das Thema wird Ataxie sein. Die Mitglieder werden angeschrieben, alle Informationen werden aber auch auf der Homepage veröffentlicht.
- TOP 7 Termine 2015  
Der Vorstand informiert die Mitglieder über die Planung und Organisation der geplanten Kurse.  
Termine 2015  
Monographischer Kurs: 16. – 18.04., Santorso  
Symposium: 19. – 20.06., Düsseldorf  
Monographischer Kurs: ?, Deutschland
- Alle o. g. Termine und weiterführende Informationen zu Kursen stehen auf der Homepage des Vereins ([www.vfcr.de](http://www.vfcr.de)).
- TOP 8 Infostand auf dem Ergotherapiekongress in Erfurt  
Im Mai 2014 war der VFCR mit einem Infostand auf dem Ergotherapiekongress in Erfurt vertreten. Bereits im letzten Jahr gab es gute Vorschläge der beteiligten Helfer beim Stand in Bielefeld, um den Stand noch attraktiver zu

gestalten. Hierzu gehören eine Powerpoint, ein Demofilm und Demoübungen zur neurokognitiven Rehabilitation, die die Vorgehensweise und die Therapie anschaulicher machen.

In Erfurt wurde eine Powerpoint zur neurokognitiven Rehabilitation gezeigt. Johanna Ismaier hat ein Poster über die neurokognitiven Rehabilitation eingereicht und dies wurde dort ausgestellt.

Es gab einige Anfragen von Schulen und Fortbildungseinrichtungen, die an Vorträgen bzw. Kursen interessiert sind.

Wir hatten insgesamt 4 fleißige Helfer (Aufbau, Abbau und Standbetreuung), die aber auch noch die Möglichkeit hatten, einzelne Vorträge oder Workshops zu besuchen. Leider haben auch in diesem Jahr einige Kolleginnen ihre Hilfe angeboten und sind dann ohne Absage nicht erschienen. Nur dank der großzügigen Unterstützung weniger Helfer konnte der Standdienst aufrechterhalten werden. Birgit Rauchfuß bittet an dieser Stelle noch einmal darum, dass sich diejenigen freiwilligen Helfer, die sich für den Standdienst melden, sich auch an ihre Zusagen halten oder wenigstens zeitig absagen.

#### TOP 9 Verschiedenes

Der VFCR ist bereits zur Therapiemesse in Leipzig angemeldet. Diese findet alle 2 Jahre statt und empfängt insgesamt 12.000 Besucher. Die Messe findet vom 19. – 21. März 2015 statt und der VFCR wird dort mit einem Infostand und verschiedenen Referenten vertreten sein. Johanna Ismaier hat hierfür zahlreiche Kollegen angesprochen und ein beeindruckendes Programm zusammengestellt. Auch Dr. Conti wird sich an dem Programm beteiligen.

Für den Standdienst werden noch Helfer gesucht!

Die Mitgliederversammlung diskutiert, ob der VFCR im nächsten Jahr beim Ergotherapiekon-gress in Bielefeld dabei sein soll. Er findet vom 1. – 3. Mai 2015 statt. Birgit Rauchfuß, die hauptsächlich an den Vorbereitungen beteiligt ist, kann aus gesundheitlichen Gründen, diese Aufgabe nicht länger übernehmen. Sie richtet den dringenden Appell an die Mitgliederversammlung, dass jemand aus den Reihen der Mitglieder sich dieser Aufgabe annehmen muss, damit auch in Zukunft der VFCR bei verschiedenen Messen vertreten sein wird. Eine „Einarbeitung“ wird auf jeden Fall gewährleistet.

Birgit Rauchfuß berichtet auch, dass der VFCR eine Einladung erhalten hat, im November 2014, mit einem Infostand bei der Herbsttagung des DVE vertreten zu sein. Die Fachtagung wird vom Fachausschuss für Selbstständige und Orthopädie organisiert und findet vom 14. – 16. November in Bad Dürkheim statt.

Birgit Rauchfuß informiert über die aktuell eingetragenen Therapeuten in der 2009 eingeführten Therapeutenliste auf der Homepage. Sie soll die Suche nach Kollegen erleichtern. Bis zum Datum der Mitgliederversammlung sind 116 Therapeuten eingetragen. Mittlerweile wurden auch viele Kolleginnen/Kollegen angeschrieben, um aktuelle Fortbildungsnachweise einzureichen, damit der Eintrag freigeschaltet bleibt.

Alle 2 Jahre muss ein Nachweis über mindestens 15 Fortbildungspunkte erbracht werden (dies entspricht beispielsweise dem Besuch des jährlichen Symposiums). Die Therapeuten haben dann ca. 3 Monate um den Nachweis einzureichen, andernfalls wird Ihr Eintrag wieder aus dem Verzeichnis entfernt. Insgesamt sind 26 Therapeuten inaktiv geschaltet, weil sie keine aktuellen Nachweise eingereicht haben.

Die Vorstandsmitglieder bitten noch einmal alle Anwesenden, sich einzutragen und ihre Fortbildungsnachweise für die Freischaltung an Birgit Rauchfuß zu schicken.

Die Tagesordnung wird um zwei weitere Punkte ergänzt.

Maria Heckel hat den Antrag gestellt, dass der Mitgliedsbeitrag für Mitglieder auf € 50,00 in Jahr erhöht werden soll. Die MV diskutiert diesen Antrag sehr intensiv und es werden verschiedene Vorschläge gemacht. Eine Ermäßigung für Teilzeitkräfte wird ebenfalls diskutiert.

Es kommt zu folgender Abstimmung:

Beiträge für Schüler:	20,00 €
Beiträge für Teilzeitkräfte (bis zu 20 Stunden):	35,00 €
Vollmitglieder:	45,00 €
Ärzte	100,00 €

Ergebnis der Wahl:

Beiträge für Schüler (20,00€):	63 Ja-Stimmen, keine Nein-Stimmen, keine Enthaltung
Beiträge für Teilzeitkräfte (35,00 €):	54 Ja-Stimmen, 5 Nein-Stimmen, 4 Enthaltung
Beiträge für Vollmitglieder (45,00 €):	62 Ja-Stimmen, keine Nein-Stimmen, 1 Enthaltung
Beiträge für Ärzte (100,00 €):	51 Ja-Stimmen, 4 Nein-Stimmen, 8 Enthaltung

Die Preise gelten ab dem 1. Januar 2015. Für eine rechtzeitige Information werden die Mitglieder mit dem Flyer für den monographischen Kurs in Regensburg mit einem Anschreiben informiert.

Die Nachweise der Teilzeitkräfte müssen jedes Jahr unaufgefordert bis zum 15. November bei dem Kassierer

eingegangen sein. Ansonsten wird der volle Beitrag fällig. Eine nachträgliche Rückerstattung ist nicht möglich. Johanna Ismaier hat den Antrag gestellt, dass der Name des Vereins in „Verein für neurokognitive Rehabilitation“ geändert werden soll. Sie erklärt ihre Beweggründe und die MV diskutiert.

„Der bisherige Name des Vereins lässt nicht eindeutig erkennen, was den Inhalt und die Arbeit des Vereins betrifft. Bei kognitiver Rehabilitation verstehen die Menschen in erster Linie die Wiederherstellung/Rehabilitation von kognitiven Fähigkeiten wie beispielsweise Gedächtnisleistungen, Aufmerksamkeit, Konzentration oder Orientierung. Diese kognitiven Prozesse stehen im Konzept der neurokognitiven Rehabilitation und somit in der Arbeit des Vereins- jedoch, als Medium der Rehabilitation im Fokus, nicht als Fähigkeiten, die eine Rehabilitation benötigen.“ Auch dieser Antrag wird zur Abstimmung gebracht.

Das Ergebnis der Wahl: 16 Ja-Stimmen, 16 Nein-Stimmen, 27 Enthaltung

Das Ergebnis zeigt, dass es für die Namensänderung keine Mehrheit in der Mitgliederversammlung gibt. Der Antrag ist abgelehnt. Der Vorstand informiert sich über die Kosten und auch die rechtlichen Konsequenzen für eine mögliche Namensänderung und informiert die Mitgliederversammlung im nächsten Jahr.

Johanna Ismaier berichtet über die Vertretung des VFCR im sozialen Netzwerk von Facebook. So sollen auch jüngere Leute auf den Verein und seine Aktivitäten aufmerksam gemacht.

Johanna Ismaier hat sich bereits im letzten Jahr bereit erklärt, einen Informationstext über die neurokognitive Rehabilitation für das Suchportal im Internet „Wikipedia“ zu schreiben, der auch mit der Homepage des Vereins verlinkt werden soll. Sie berichtet der MV über den aktuellen Stand.

In den verschiedenen Fachzeitschriften (Ergotherapie & Rehabilitation, ergopraxis, neuroreha, ergoscience, physiopraxis,...) wird in einem Verzeichnis auf Fortbildungen und Veranstaltungen hingewiesen. Um diese kostenlose Möglichkeit für die vom VFCR organisierten Kurse zu nutzen, hat sich Judith Greve bereit erklärt, diese Zeitschriften regelmäßig anzuschreiben und über Kurse zu informieren.

Der Vorstand stellt die neu erworbenen Tassen mit dem Logo des VFCR vor. Diese können bei der Schriftführerin käuflich erworben werden. Es gibt zwei verschiedene Versionen, einseitig und zweiseitig bedruckt.

Der Vorstand zeigt noch Ergebnisse der Auswertung der Evaluationsbögen vom Symposium im letzten Jahr. Hier wurden ca. 4.000 Ergotherapiepraxen in ganz Deutschland angeschrieben und alle Mitglieder. Insgesamt wurde die Veranstaltung sehr positiv bewertet. Nur bei den englischsprachigen Vorträgen gab es viel Kritik.

### **Beendigung der Sitzung**

Heidrun Brand-Pingten beendet die Sitzung um 19.40 Uhr und lädt die Mitglieder zum bunten Abend ein.

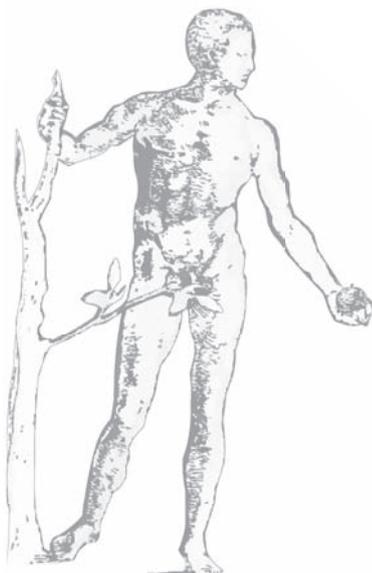
Für das Protokoll: Birgit Rauchfuß, ehrenamtliche Schriftführerin VFCR

Datum: 22.06.2014

## Der Vereinsvorstand



1. Vorsitzende  
Heidrun Brand-Pingsten  
Adolfstraße 5  
32756 Detmold  
H.Brand-Pingsten@t-online.de



Erster Beisitzer  
Dr. Anselm Reiners  
Hellwigstraße 67  
D-81827 München  
dranselmreiners@aol.com



Beisitzerin  
Johanna Ismaier  
Lena-Christ-Straße 1  
82008 Unterhaching  
Johanna.Ismaier@gmx.net



Schriftführerin  
Birgit Rauchfuß  
Mittlere Mühle 17  
D-45665 Recklinghausen  
Birgit.rauchfuss@t-online.de



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

### Impressum:

**Herausgeber:** VFCR Verein für kognitive Rehabilitation

**Redaktionsanschrift:** Birgit Rauchfuß • Mittlere Mühle 17  
D-45665 Recklinghausen • Birgit.rauchfuss@t-online.de

**Layout und Druck:** Schützdruck GmbH

**www.vfcr.de**

# Rundbrief



**VFCR**  
Verein für kognitive  
Rehabilitation