

Übungen mit Oberflächen (Abb. 5)

Therapieinhalte:

Wahrnehmen und Erkennen von taktilen Informationen

Die Interaktion Oberfläche – Hand erkennen und erfahren
und das Konstruieren von taktilen Informationen



Abb. 5

Was hat sich verändert?

Aus der Sicht der Patientin:

Die Anspannung und die Verkrampfung der Hand sind weniger geworden.

Die rechte Hand umfasst Gegenstände lockerer (Beispiel: Haarbürste).

Die Anspannung der Daumenmuskulatur wird wahrgenommen und verändert.

Der Ballon am Unterarm ist verschwunden, die zähe Verbindung zwischen Rumpf und Arm ist geschmeidiger geworden und der Arm fühlt sich leichter an.

Aus der Sicht der Therapeutin:

Die unkontrollierten Muskelkontraktionen haben sich während der Übungen deutlich reduziert.

Die Anspannung der Thenarmuskulatur, der Hand und des Armes können schneller gelöst werden, dadurch können vermehrt Übungen im 2. und 3. Grad durchgeführt werden. Die Patientin beachtet ihren Arm im Alltag und kann dadurch Einfluss auf die unkontrollierten Muskelkontraktionen nehmen.

Bei unserer letzten Behandlung Anfang September erzählte mir die Patientin, dass ihrer Hausärztin beim Verabschieden auffiel, dass die rechte Hand der Patientin entspannter und weicher war als sonst. Wir sind auf dem Weg, mal sehen, wohin er uns noch führt...



Mirjam Ostermeyer

Neurokognitive Rehabilitation meets ICF und CMOP

Um in Deutschland den Vorgaben der Kostenträger, den verordneten Ärzten und unseren Patienten bzw. Klienten gerecht zu werden muss zunehmend die Wirksamkeit der Therapie nachgewiesen werden. Die Wirksamkeit der Neurokognitiven Rehabilitation (NKR) ist im therapeutischen Setting für den Therapeuten und Klienten erlebbar. Dennoch benötigt es dringend den Nachweis einer allgemein gültigen Wirksamkeit, damit die NKR bei den Kostenträgern und Ärzten bekannter wird und sich andere therapeutische Disziplinen vermehrt mit diesem Konzept auseinandersetzen und es anwenden.

Wie sieht die gesetzliche Grundlage für Heilmittelerbringer aus? Den therapeutischen Arbeitsauftrag findet man im SGB IX § 1 **Selbstbestimmung und Teilhabe am Leben in der Gesellschaft**.

*„Behinderte oder von Behinderung bedrohte Menschen erhalten Leistungen nach diesem Buch und den für die Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen, um ihre **Selbstbestimmung** und **gleichberechtigte Teilhabe** am Leben in der Gesellschaft zu fördern, Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken.“*

Der Gesetzestext lässt sich nur verstehen, wenn man die dazugehörigen Begrifflichkeiten, wie z.B. Behinderung und Teilhabe definieren kann. Diese Definitionen findet man in der **Internationale Klassifikation der Funktions-**

fähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF). Diese von der WHO entwickelte Klassifikation von Gesundheit löst die ICDIH (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps) ab und es gibt sie seit 2005 in deutscher Übersetzung.

Hier findet sich die Definition für den Begriff der Behinderung: ...*„wenn Menschen ihre körperlichen, geistigen Fähigkeiten oder ihre seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als 6 Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist.“*

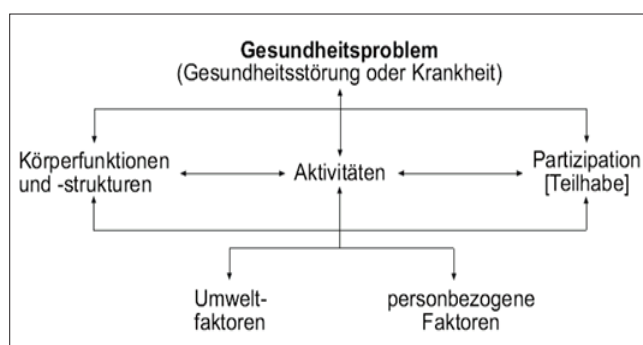
„Der Behinderungsbegriff der ICF ist der Oberbegriff zu jeder Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit eines Menschen. Er ist damit umfassender als der Behinderungsbegriff des SGB IX.“

Behinderung kann somit als eine gesundheitsbedingte Teilhabestörung verstanden werden.

Um mit der ICF arbeiten zu können sollte man sich mit weiteren Begriffsdefinitionen auseinandersetzen. Hierzu gehören die Körperfunktionen verstanden als physiologische Funktionen von Körpersystemen (einschließlich psychologische Funktionen), die Körperstrukturen als anatomische Teile des Körpers, wie Organe, Gliedmaßen und ihre Bestandteile, sowie die Aktivitäten und Partizipation (Teilhabe). Hierbei wird eine Aktivität als die Durchführung einer Aufgabe oder Handlung (Aktion) durch einen Menschen gesehen wie z.B. aufstehen, Zähne putzen, duschen, ankleiden; alles Aktivitäten im Bereich der Selbstversorgung. Partizipation (Teilhabe) ist eine Erweiterung, weil es das Einbezogen sein in eine Lebenssituation beschreibt.

Beispiel: Frau H. 65 Jahre, Rentnerin, hat Einschränkungen in den Körperfunktionen der Muskelkraft und -ausdauer in den unteren Extremitäten. Sie kann deshalb längere Strecken nicht mehr gehen (Aktivität). Somit fehlt ihr die Möglichkeit Ihre Seniorengruppe aufzusuchen und sich dort mit ihren Bekannten auszutauschen (Teilhabe).

Bio-psycho-soziales Modell der ICF



Dieses Modell erklärt, dass aus dem Ergebnis der Wechselwirkung zwischen dem Gesundheitsproblem eines Menschen und seinen Kontextfaktoren der Zustand der funktionalen Gesundheit bestimmt werden kann. Die Kontextfaktoren teilen sich hier in personenbezogene Faktoren zu denen es keine Klassifikation gibt, da sie individuelle Merkmale eines Menschen beschreiben, und umweltbezogene Faktoren, die sowohl als Förderfaktoren oder Barrierefaktoren auftreten können.

Beispiel: Frau H. 65 Jahre alt, Rentnerin (personenbezogene Faktoren) hat keine Familienangehörigen (Umwelt: Barrierefaktor) mehr. Sie ist aber motiviert andere Lösungen für ihr derzeitiges Problem zu finden (personenbezogene Faktoren).

Sie spricht mit ihrem Hausarzt über die Verordnung eines Rollators (Umwelt: Förderfaktor), der ihr ermöglicht sich abzustützen, so dass sie ihre Beine entlasten kann. Zudem kann sie dann auch Sitzpausen machen. Sie würde für die Strecke zum Seniorentreffen zwar länger benötigen, aber wäre selbständig in der Lage dort hin zu gehen und wieder ihre Freunde zu treffen (Teilhabe).

Mit diesem Beispiel soll erklärt werden, wie das bio-psycho-soziale Modell anzuwenden ist, um die funktionale Gesundheit von Frau H. zu beschreiben. Es beschreibt nicht eine therapeutische Vorgehensweise, dass Teilhabe nur dann ermöglicht werden kann, wenn ein Hilfsmittel verordnet oder Kompensationsstrategien vermittelt werden.

Umsetzung der ICF im Klinikalltag

Aus eigener Erfahrung im Rehabilitationsalltag kann ich sagen, dass die Arbeit in der Ergotherapie durch die Umstellung des Befundsystemes auf die ICF eine einheitliche Klassifikation bei der Beschreibung des Gesundheitsproblems mit Einbezug der Kontextfaktoren zur Folge hatte. Probleme wurden komplexer betrachtet und auch die Ressourcen des Klienten stärker hervorgehoben. Die Umsetzung bei der Erreichung von Zielen auf Funktions-, Aktivitäts- und Teilhabeebene wurde konsequenter durchgeführt und es gab weitreichendere Argumentationsmöglichkeiten gegenüber den Kostenträgern. Die Darstellung der Zielerreichung über Evaluationsinstrumente (Beurteilungsmerkmale) zeigen deutlich, auf welcher Ebene der Klient sich im Rehabilitationsprozess gerade befindet (Maßnahmen auf Körperfunktions-, Aktivitäts- oder Teilhabeebene) und welche Ziele noch erreicht werden müssen, um gleichberechtigte Teilhabe sicherzustellen.

Zitat Herr Schuntermann (10 Jahre ICF – Erfahrungen und Probleme; Jahreskongress der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation in Berlin) :

„Alle Konzepte der ICF – Körperfunktionen, Körperstrukturen, Aktivitäten, Teilhabe und Kontext – lassen sich gewinnbringend in die praktische Rehabilitation einbringen.“

Hierzu zählt Herr Schuntermann noch klare Vorteile der ICF auf:

- Das Denken wird systematisiert
- Die Kommunikation im multiprofessionellen Arbeiten und zwischen Institutionen verbessert sich
- Interpretationsspielräume durch unterschiedliche Fachsprachen und Theorien werden verkleinert
- Ziele können spezifischer und passgenauer formuliert werden
- Maßnahmen zur Zielerreichung können spezifischer und passgenauer ausgewählt werden
- Evaluation der Maßnahmen in Bezug auf die Ziele
- Berücksichtigung nicht nur der Defizite sondern auch der Ressourcen
- ...

Quelle: Schuntermann 2011, 10 Jahre ICF – Erfahrungen und Probleme

Durch die Klassifikationen der ICF findet eine strukturierte Vorgehensweise in der Beschreibung der funktionalen Gesundheit statt, so dass man das Teilhabeproblem komplex betrachten kann und Interventionen auf allen Ebenen ansetzen kann.

Durch die Codierung der feststehenden Standarddefinitionen in den einzelnen Gesundheitsdomänen (Körperfunktions-, Körperstrukturebene, Aktivitäts- und Partizipationsebene) verbessert sich die Kommunikation nicht nur unter den unterschiedlichen Fachdisziplinen, sondern auch zwischen unterschiedlichen Institutionen, da alle von den selben Gegebenheiten sprechen und Missverständnisse kaum noch auftreten. Das heißt über eine Argumentation anhand der ICF kann ich der Krankenkasse darstellen, warum mein Klient noch keine gleichberechtigte Teilhabe erfährt und das noch Maßnahmen auf verschiedenen Ebenen notwendig sind, um dies sicher zu stellen.

Die Codierung setzt sich aus einem alphanumerischen System zusammen. Der Buchstabe „b“ für Körperfunktionen, „s“ für Körperstrukturen, „d“ für Aktivität und Teilhabe und „e“ für die Umwelt. Desweiteren folgen Ziffern für die jeweilige Kapitelnummer und die zweite, dritte und vierte Gliederungsebene. Nach einem Punkt folgt die Ziffer für das Beurteilungsmerkmal der Ausprägung im Negativen oder Positiven.

Unterschiedliche Fachsprachen und Theorien sind dann auch kein Verständigungsproblem mehr, da man z.B. einem Bobath-Therapeuten die Befundung und Zielsetzung anhand der ICF erläutern kann. Global kann mit der Codierung gearbeitet werden, da die ICF in viele Sprachen übersetzt ist und z.B. der jeweilige Therapeut oder Arzt die Codierung somit nur noch die Standarddefinition in seiner Landessprache lesen muss.

Mit der Erklärung, wie ein Gesundheitsproblem entsteht und welche Auswirkungen die Kontextfaktoren haben, entsteht eine umfassende Sichtweise auf das Teilhabeproblem unserer Klienten. Deshalb können aus dieser Sichtweise heraus auch die Ziele und Maßnahmen für diesen Klienten spezifischer und passgenauer gewählt werden. Über die Evaluation der Zielerreichung durch die Maßnahmen wird auch eine Aussage über die Wirksamkeit der Maßnahmen beschrieben.

Ein weiterer wichtiger Faktor ist, dass nicht nur Defizite, sondern auch Ressourcen des Klienten mit einbezogen werden und häufig eine realistischere Sichtweise auf das Problem vermitteln, da man eher ressourcenorientiert denkt.

Gerade der Nachweis der Wirksamkeit eines Konzeptes wird von den Kostenträgern und Klienten immer mehr verlangt und nicht immer kann dies nur über Studien erreicht werden.

Aber die Evaluation der Maßnahmen in Bezug auf die Ziele des Klienten kann mit der ICF einheitlich, für den Kostenträger transparent gestaltet werden.

Um einen Gewinn des Einsatzes der ICF nicht nur im Rehabilitationsalltag zu erreichen, sondern auch einen Übertrag auf die Maßnahmen zur Zielerreichung zu schaffen, benötigt man eine Kompatibilitätsprüfung. Diese Prüfung kann feststellen, ob zwei Gedankenkonstrukte zusammenpassen, so dass ein Konzept von den Vorteilen des anderen profitieren kann.

Bei der Kompatibilitätsprüfung mit der Cartella (der Befund der NKR) konnte festgestellt werden, dass das systematisierte Denken durch den strukturierten Befund ein Faktor ist, den beide Konzepte teilen. Über die komplexe Betrachtung des Problems des Klienten entwickelt die NKR auch einen Maßnahmenplan zur Zielerreichung. Ziele werden aufgrund von Beobachtungen der Handlungen (Aktionen) des Klienten formuliert und hierbei stehen auch die Handlungen im Vordergrund, die mehr Ressourcen als Defizite des Klienten beinhalten. Der Klient kann auch Bedürfnisse äußern, welche Handlungen für ihn wichtig sind.

Es gibt somit Überschneidungen und Punkte die ähnlich gedacht werden. Der Mensch wird als komplexes System mit emergenten Eigenschaften und individuellen Erfahrungen gesehen. Wenn die Cartella in die Codierung der ICF übersetzt werden könnte, dann wären die feststehenden Vorteile der ICF auch für die NKR nutzbar und würden die Evaluation des Konzeptes vereinfachen.

Zitat von Herrn Schuntermann 2011: „*Ich wage folgende Hypothese: Wer im Bereich der Rehabilitation und des Behindertenwesens in ein oder zwei Jahren nicht mit der ICF*

umgehen kann, der ist wissenschaftlich nicht auf dem aktuellen Stand – mit allen Konsequenzen, auch finanzieller Art, für die betreffende Einrichtung.“

Die Anbindung der NKR an die geltenden wissenschaftlichen Standards ist somit dringend notwendig.

Ein weiteres Konzept welches mit der NKR korreliert ist das Ergotherapie-Modell des CMOP (Kanadische Modell der Occupational Performance). Dieses Modell wurde entwickelt um klare Richtlinien für die Praxis zu schaffen mit denen Qualitätssicherung gefördert werden konnte. Das Modell erläutert den Zusammenhang und die Interaktion zwischen Person, Umwelt und Betätigung. In den drei Bereichen der Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit finden Betätigungen des Menschen statt. Dabei liegt der Fokus auf der Handlungsausführung (Performanz), welche eine Person subjektiv erfährt. Die Handlungsausführung wird durch affektive, kognitive und physische Fertigkeiten, die Umwelt und Rollen beeinflusst.

Besonders der Ergotherapeutische Prozess des CPPF gleicht dem Rehabilitationsverlauf in der NKR. Zuerst wird ein Betätigungs- oder Handlungsproblem identifiziert und dann in der Umsetzung betrachtet und analysiert. Aufgrund der Hypothese aus der Beobachtung werden Ziele mit dem Klienten definiert und Übungen (Maßnahmen) durchgeführt. Innerhalb der Übung erfolgt bei der NKR die Evaluation, ob die Handlung sich nach der Übung verändert hat. Auch im CPPF Prozess erfolgt eine Evaluation der Maßnahmen anhand der Zielerreichung. Dann ist entweder der Prozess abgeschlossen und es muss eventuell ein neues Betätigungsproblem identifiziert werden oder man überprüft die Arbeitshypothese erneut, da die Maßnahmen nicht den gewünschten Effekt gezeigt hatten.

Grade das COPM (Canadian Occupational Performance Measure) als ein **diagnoseunabhängiges Assessment-Instrument** ermöglicht eine klientenzentrierte Festlegung der Therapieschwerpunkte und -ziele. Es dient gleichzeitig der Evaluation von Veränderungen der Performanz (Handlungsausführung) und Zufriedenheit bezüglich bedeutungsvoller individueller Tätigkeiten für den Menschen. Das **Maß der Einschränkung** im täglichen Leben des Klienten wird erfasst und messbar gemacht. Dabei wird das COPM „als erste Orientierung“ bei der Zielplanung angesehen, ist aber **kein Ersatz** für weitere Befunderhebungen. Ein weiterer Vorteil ist auch, dass der Klient selbst in die **Beurteilung des Therapieerfolges** mit einbezogen wird.

Daraus ergeben sich auch wieder nutzbare Vorteile für die NKR, da die Evaluation der Therapiekonzepte anhand der Handlungsausführung ermöglicht wird und eine Transpa-

renz für Kostenträger ermöglicht, da Handlungsfähigkeit das Ergebnis ist. Zudem wird die Zufriedenheit des Klienten messbar und Handlungsziele für ihn erreichbar.

Fallbeispiel aus der Praxis

Personenbezogene Faktoren: Frau R. ist weiblich, 69 Jahre alt, Rentnerin und hatte im Jahr 2012 einen Apoplex rechts mit einer Hemiparese links und es besteht jetzt noch eine Restneglektsymptomatik.

Sie ist seit fast 45 Jahren verheiratet und hat eine Tochter. Sie war ihr Leben lang berufstätig und wenig krank (Personenbezogene Faktoren). Auch jetzt setzt sie sich aktiv mit ihrer Erkrankung auseinander und nimmt aktiv und lernbereit an der Therapie teil (Ressourcen).

Umwelt Faktoren: Strecken von ca. 100 m kann sie sicher mit Hilfe eines Gehstockes (Förderfaktor) bewältigen. Zur Praxis fährt sie ihr Mann mit dem Auto (Förderfaktor). Allein könnte sie die Praxis nicht erreichen.

Am 11.02.2016 wurde mit ihr das COPM Interview durchgeführt und die Klientin gab an, dass sie ein Betätigungsproblem im Bereich der Selbstversorgung hat. Sie möchte morgens ihr Brot selbständig schmieren und es nicht abends von ihrem Mann für den nächsten Morgen zubereitet bekommen. Sie mag sich lieber ein frisches Brot zubereiten, dass würde ihr besser schmecken. Dieses Betätigungsproblem hat für die Klientin eine Wichtigkeit von 10. Innerhalb der COPM werden unterschiedliche Betätigungsprobleme festgelegt und mit einer Wichtigkeit von 1 (nicht so wichtig) bis 10 (besonders wichtig) hierarchisiert. Zur Beurteilung der Handlungsausführung und der Zufriedenheit mit der Handlungsausführung, stehen dem Klienten auch immer eine Skala von 1 (überhaupt nicht) bis 10 (besonders gut) bei der Handlungsausführung und 1 (überhaupt nicht) bis 10 (hoch zufrieden) bei der Zufriedenheit zur Verfügung.

Frau R. hat ihre Handlungsausführung beim Brot schmieren mit einer 1 bewertet, da es ihr nur gelingt das Brot mit links festzuhalten, aber sobald sie anfängt die rechte Hand zum Bestreichen einzusetzen, zerdrückt die linke Hand das Brot oder das Brötchen. Sie kann auch nicht bewusst dieses Zusammendrücken der Finger der linken Hand vermeiden, es wird stattdessen noch schlimmer.

Die Zufriedenheit mit der Handlungsausführung beurteilt die Klientin auch nur mit einer 1.

Die Zielsetzung anhand der ICF Ebenen:

Teilhabe – Die Klientin schmirt morgens ihr Brot selbständig, um ihre Autonomie in Bezug auf ihre persönlichen Vorlieben und einer Unabhängigkeit von Hilfe zu erreichen.

Aktivität – Brot schmieren

Körperfunktionen – Kraftdosierung, Sensibilität, Aufmerksamkeit, Gedächtnis, Problemlösungsstrategien

Es folgt der Befund anhand der Cartella mit Codierung der ICF. Zuerst wird der Punkt in der spezifischen Motorik oder im Profil des Klienten festgelegt, danach erfolgt die Beobachtung des Therapeuten und die Codierung mit dem Beurteilungsmerkmal. Die Codierung wird aufgeschlüsselt über das jeweilige Kapitel und den Punkt auf dritter oder vierter Gliederungsebene. Zuletzt folgt die Standarddefinition aus der ICF.

Spezifische Motorik:

- **Abnorme Reaktion** auf Dehnung (aRD) in den Ellenbogen-, Handgelenks- und Fingerflexoren; in den Abduktoren der Schulter (b 7351.1)

Kapitel 7: Neuromuskuloskeletale und bewegungsbezogene Funktionen

Tonus der Muskeln einer einzelnen Extremität (b7351)

Funktionen, die im Zusammenhang mit dem Ruhetonus einzelner Muskeln und Muskelgruppen der rechten oder linken Körperhälfte und dem Widerstand bei passiver Bewegung dieser Muskeln stehen

- **Abnorme Irradiationen** (aIRR) bei hohem Kraftaufwand in den Ellenbogen-, Handgelenks- und Fingerflexoren (D1-D3 vermehrt) (b 7358.2)

Kapitel 7: Neuromuskuloskeletale und bewegungsbezogene Funktionen

Funktionen des Muskeltonus anders bezeichnet (b 7358)

... Funktionsstörungen wie verminderter Muskeltonus, erhöhter Muskeltonus, Spastik

Wie nimmt die Klientin wahr:

- Oberflächen können nur mit viel Aufmerksamkeit auf die Details unterschieden werden (b 265.2)

Kapitel 2: Sinnesfunktionen und Schmerz

Funktionen des Tastens (Tastsinn) b265

Sinnesfunktionen, die das Erkennen von Oberflächen sowie deren Beschaffenheit oder Qualität betreffen

- Bewegungen in den einzelnen Gelenken der linken OEX werden erkannt b 260.0

Kapitel 2: Sinnesfunktionen und Schmerz

Die Propriozeption betreffende Funktionen b260

Sinnesfunktionen, die die Wahrnehmung der Position der einzelnen Körperteile in Relation zum Körper betreffen

- Distanzen zu erkennen ist erschwert möglich (b 260.2)

Kapitel 2: Sinnesfunktionen und Schmerz

Die Propriozeption betreffende Funktionen b260

Sinnesfunktionen, die die Wahrnehmung der Position der einzelnen Körperteile in Relation zum Körper betreffen

Wie nutzt die Klientin ihr Gedächtnis

- Schlussfolgerungen aus dem Wahrgenommenen zu bilden fällt schwer (b1646.1)

Kapitel 1: Mentale Funktionen

Das Problemlösungsvermögen betreffende Funktionen (b1646)

Mentale Funktionen, die Identifizieren, Analysieren und Integrieren nicht übereinstimmender oder sich widersprechender Informationen in einer Lösung betreffen

- Die Klientin kommt aus einem einmal gefassten Gedankengang häufig nicht heraus b.1643.2

Kapitel 1: Mentale Funktionen

Kognitive Flexibilität (b1643)

Mentale Funktionen, die das Ändern von Strategien oder Denkansätzen betreffen, insbesondere beim Problemlösen

Wie nutzt die Klientin ihre Aufmerksamkeit

- Die Klientin kann ihre Aufmerksamkeit auf ein Körperteil fokussieren, der Wechsel des Aufmerksamkeitsfokus fällt ihr schwer (b 1401.1)

Kapitel 1: Mentale Funktionen

Wechsel oder Lenkung der Aufmerksamkeit (b1401)

Mentale Funktionen, die die Umlenkung der Konzentration von einem Reiz auf einen anderen zulassen

- Die geteilte Aufmerksamkeit auf mehrere Anteile der linken Körperhälfte zu lenken gelingt ihr innerhalb der therapeutischen Führung (b 1402.2)

Kapitel 1: Mentale Funktionen

Geteilte Aufmerksamkeit b1402

Mentale Funktionen, die die gleichzeitige Fokussierung auf zwei oder mehr Reize zulassen

Wie imaginiert die Klientin

- Der Klientin gelingt es beginnend eine motorische Imagination der Bewegungen der linken Seite zu bilden (b1602.2)

Kapitel 1: Mentale Funktionen

Inhalt des Denkens b1602

Mentale Funktionen, die Ideen und Inhalte im Denkprozess und das, was konzeptualisiert wird, betreffen (inhaltliches Denken)

Das sind die wichtigsten Faktoren, die diese Betätigung beeinflussen und es soll die Idee des Einsatzes der ICF demonstriert werden. Es fehlt z.B. die Einordnung der betroffenen Körperstrukturen und weitere Befundungselemente der Klientin.

Die durchgeführten Maßnahmen/Übungen betrafen die Erkennung von Distanzen und Oberflächen mit unterschiedlichen Härtegraden. Die Klientin bekam auf der linken Seite Materialien mit unterschiedlichen Oberflächen und Härtegraden und sollte diese Längen mit rechts den Längenhölzchen zuordnen. Diese Längenhölzchen konnte sie sehen und sollte das Gefühle links anhand der visuellen Analyse erkennen.

Nach vier Wochen Durchführung der NKR erneute Erhebung:

Handlungsausführung jetzt	9
Zufriedenheit jetzt	9

Das Bewusstsein über die Veränderung dieser Betätigung und damit die Erreichung von Autonomie im Alltag motiviert die Klientin für weitere Betätigungsziele. Es wird eindeutig, dass Veränderungen nach so einem langen Zeitraum noch möglich sind.

Es stehen wissenschaftlich anerkannte Klassifikationen und Messinstrumente zur Verfügung, die für die NKR nutzbar gemacht werden müssen, damit wir mit anderen Fachdisziplinen kommunizieren und die Arbeit in der NKR darstellen können.

Es wäre an der Zeit einen Arbeitskreis zur Einbindung der ICF in die NKR zu gründen, damit wir wissenschaftlich auch hier auf dem Stand der Entwicklung sind.

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/VfcrVereinFurKognitiveRehabilitation>

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

