

# Aktueller Vergleich zwischen den Inhalten des Bobath- Grundkurs und den Anforderungen der Qualitätskriterien und Leitlinien der DGNKN

Anke Greb<sup>1,2</sup>, Prof. Dr. Christian Grüneberg<sup>3</sup>

<sup>1</sup>*Neurologische Rehabilitationsklinik Bad Camberg*

<sup>2</sup>*VeBID – Verein der Bobath-InstruktorenInnen Deutschland*

<sup>3</sup>*Europa Fachhochschule Fresenius, Fachbereich Gesundheit*

## **Korrespondenzadresse:**

Prof. Dr. Christian Grüneberg

Research Manager, Studiendekan Master Therapiewissenschaft (M.Sc.)

Europa Fachhochschule Fresenius

Fachbereich Gesundheit

Limburger Str. 2

D- 65510 Idstein

Tel.: +49 6126 9352 36

E-mail: [grueneberg@fh-fresenius.de](mailto:grueneberg@fh-fresenius.de)

## Einleitung

Im Rahmen der Evidence Based Medicine/Practice sind in der neurologischen Rehabilitation die Professionen wie z.B. die Physiotherapie und die Ergotherapie nicht nur aufgefordert, die Wirksamkeit therapeutischer Verfahren zu belegen, sondern auch für den Klienten verbesserte und ökonomisch vertretbare Entscheidungsprozesse zu entwickeln und transparent darzustellen. Die Diskussionen bezüglich der Entwicklung und Akzeptanz von (evidenzbasierten) Leitlinien in der Rehabilitation [1, 2] sowie in der Neurologischen Rehabilitation wird in den letzten Jahren verstärkt geführt. Ein interdisziplinärer und multiprofessioneller Ansatz und deren intensive Diskussion in Bezug auf die Entwicklung Neurologischer Leitlinien nach Schlaganfall ist in Deutschland inter- und multidisziplinär kaum vorhanden.

Vor diesem Hintergrund wird vielfach Kritik an bestimmten therapeutischen Verfahren und Konzepten geübt, die teilweise auf das Fehlen von evidenzbasierter Praxis hinweist, allerdings auch nicht die Veränderung von Inhalten und Konzepten der Verfahren berücksichtigt (vergleiche unter anderem die Diskussion um die Studie von Langhammer und Stanghelle [3]). Eine weitere mögliche Ursache des Problems wird unter anderem durch Maher et al. [4] als *publication bias* bezeichnet. Die wenigen Studien zum Beispiel aus dem ergo- und physiotherapeutischen Bereich werden aufgrund kleiner Studiengruppen und nicht signifikanter Ergebnisse vielfach nicht, in deutschsprachigen nicht gerankten Fachzeitschriften oder nur mit großer zeitlicher Verzögerung publiziert. Ferner ist die Vergleichbarkeit angewandter Konzepte in den Studien und der aktuelle Stand solcher Konzepte zeitlich und somit inhaltlich verzögert.

In diesem Zusammenhang ist das Bobath-Konzept vielfach der Kritik ausgesetzt, nicht oder zu statisch auf aktuelle Entwicklungen insbesondere der Neuro- und Rehabilitationsforschung einzugehen und diese in einem zu geringen Maß in Fortbildungen zu integrieren [5]. Ferner wird kritisiert, dass bestimmte Behandlungskonzepte/Lehrinhalte nicht den Anforderungen der Evidence Based Medicine/Practice gerecht werden.

Vor diesem Hintergrund sollte in einer Umfrage Erkenntnisse gewonnen werden, welche Inhalte ein Bobath-Grundkurs an die Kursteilnehmer vermittelt. Ziel der Umfrage war es, erste gesicherte Daten zum aktuellen Vergleich des Bobath-Konzepts im Grundkurs und den Anforderungen der Qualitätskriterien und Leitlinien der DGNKN (Deutsche Gesellschaft für Neurotraumatologie und klinische Neurorehabilitation e.V.) [5] zu erheben. Im Zusammenhang einer Reformierung des Bobath-Konzeptes und einer schriftlichen Verortung ist ein Vergleich zwischen der geforderten Qualitätskriterien und Leitlinien der DGNKN und

dem aktuellen Bobath-Konzept sinnvoll, zielgerichteter Lehrinhalte für Aus- und Fortbildungen zu modifizieren, zu ergänzen bzw. zu streichen.

## **Methode**

In Anlehnung an die Forderungen der DGNKN wurde ein Fragebogen mit 81 entsprechenden Items der Qualitätskriterien und Leitlinien der DGNKN ausgearbeitet und erstellt (siehe Operationalisierung der Items Tabelle 1). Im Zeitraum von 2004-2006 wurden alle Teilnehmer der Bobath-Grundkurse bei 21 der 50 Bobath-Instruktoren (Deutschland und Österreich) nach Ablauf des Bobath-Grundkurses anhand des erstellten Fragebogens zu den Inhalten des besuchten Bobath-Grundkurses anonym befragt.

Alle Teilnehmer der Bobath-Grundkurse sollten zu unterschiedlichen Items wie Allgemeine Lehrinhalte (z.B. Grundlagen, Wissenschaftliches Arbeiten – Fragen 1-28), zur ICF (Fragen 29-34), Befund/Diagnostik/Untersuchung (Fragen 35-54) Therapieziele und -phasen (Fragen 55-81) Stellung beziehen. In wie fern die Themenspektren im Kurs angesprochen wurden sollte mit „Ja“ oder „Nein“ beantwortet werden. Insgesamt wurde die Evaluation bei 50 Bobath-Grundkurse durchgeführt. Die Auswertung erfolgte deskriptiv mittels der Software SPSS 12.0.

## **Ergebnisse**

Alle Teilnehmer des Bobath-Grundkurses haben den Fragebogen komplett ausgefüllt und abgegeben. Insgesamt wurden 687 Physio- und Ergotherapeuten nach den Grundkursthemem des Bobath-Grundkurses zwischen 2004-2006 anonym befragt.

### *„Ja, angesprochen“ zwischen 80-100%*

Eine große Mehrheit der Kursteilnehmer gibt an (über 90%), dass u.a. die Themen posturale Kontrolle, das Formulieren von Therapiezielen, Untersuchung/Befund/ Diagnostik, das Erstellen eines individuellen Therapieplans und die Dokumentation der Auswirkungen der Störungen auf den Alltag besprochen worden sind. Auch Themen wie ICF, repetitives Üben, ADL-Kompetenz und Alltagsorientierung erreichten bei über 90% die Zustimmung, dass dies in den Kursen behandelt worden ist. Ferner wurden die Themen Neuroanatomie, Neuropathologie, Neurophysiologie, Theorie Spastik/Rigor, Maßnahmen zur Optimierung der skeletto-muskulären Bedingungen, Muskeldehnungen, Repetitives Üben, sowie z.B. aktives und funktionsorientiertes Arbeiten laut mehr als 90% der Teilnehmer der Grundkurse besprochen.

Abbildung 1

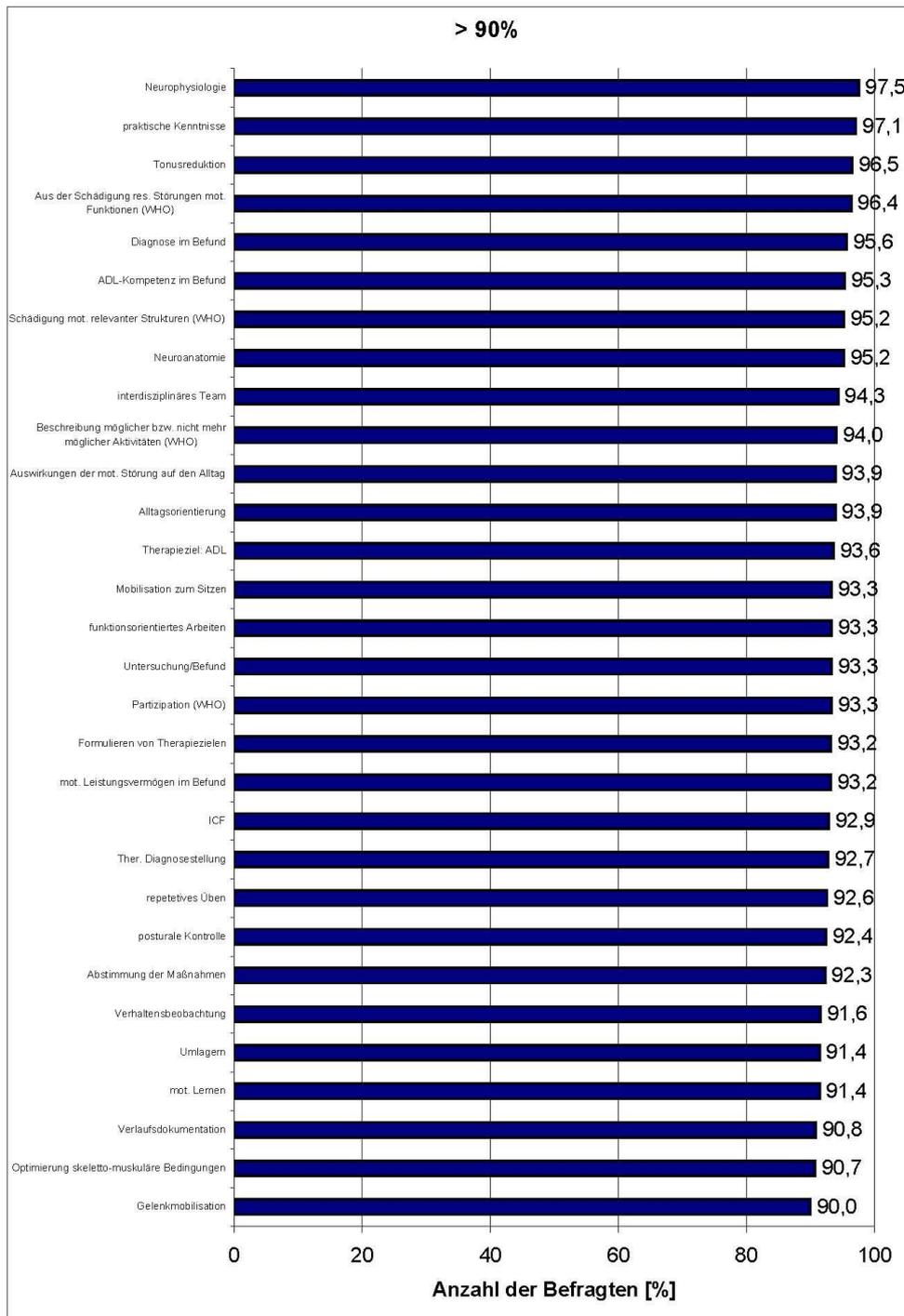
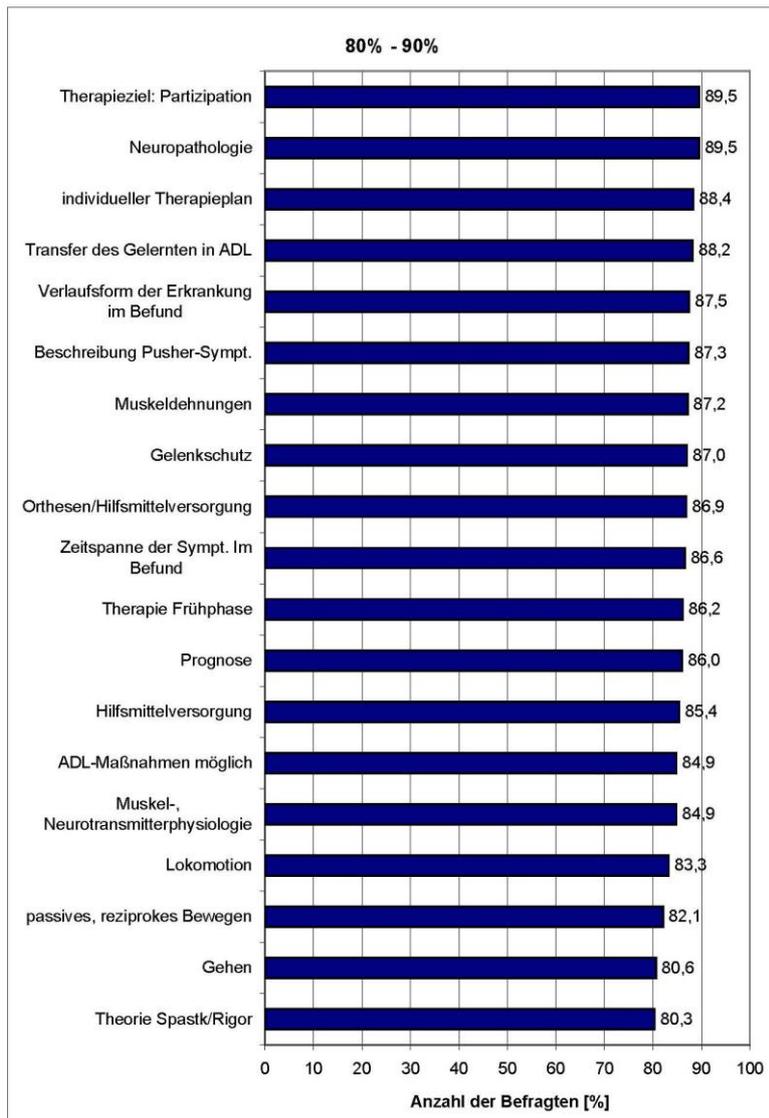


Abbildung 2



*„Ja, angesprochen“ zwischen 60-80%*

Geringere Zustimmung der Besprechung folgender Themen wurde erhoben bei den Items: Fachliteratur, Funktionsskalen, Einschätzung der Patienten im Bezug auf Auswirkungen der mot. Störungen für den Beruf / Schule, Kompetenz bei Verrichtungen des täglichen Lebens (ADL-Skalen), Funktionstests für alle Kategorien motorischer Leistungen: Posturale Kontrolle, Lokomotion, Manipulation, Messung des Muskeltonus, Dokumentation schmerzbedingter Bewegungseinschränkungen, Dokumentation von Sensibilitätsstörungen, Quantifizierung der Therapieziele, passive, reziproke Bewegung, Konsolidierung und Automatisierung des Gelernten, Angehörigenarbeit, Hilfsmittelversorgung. Bei bestimmten Begriffen gilt es zu

berücksichtigen, dass diese nicht eindeutig zuzuordnen waren, z.B bei Handfunktionstraining oder Beratung

Abbildung 3

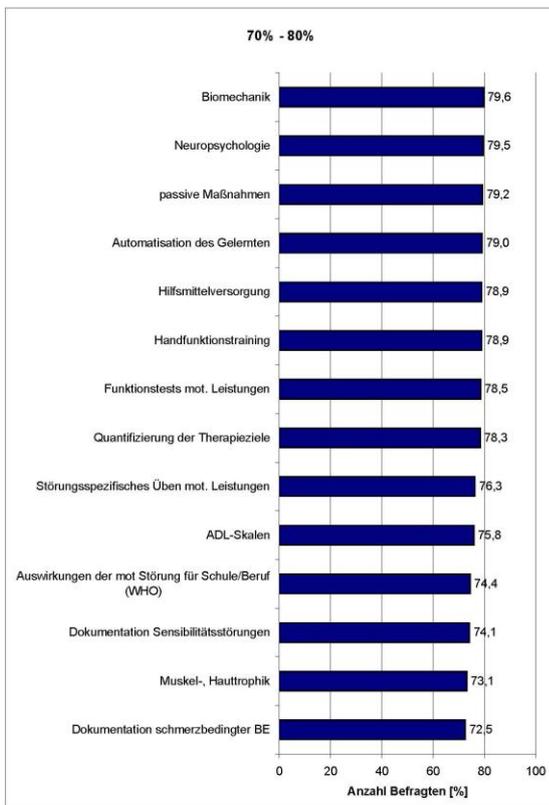
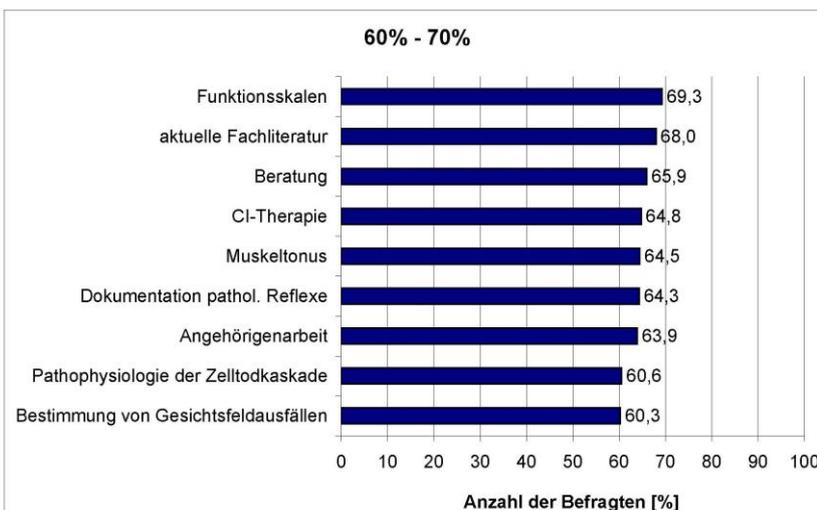


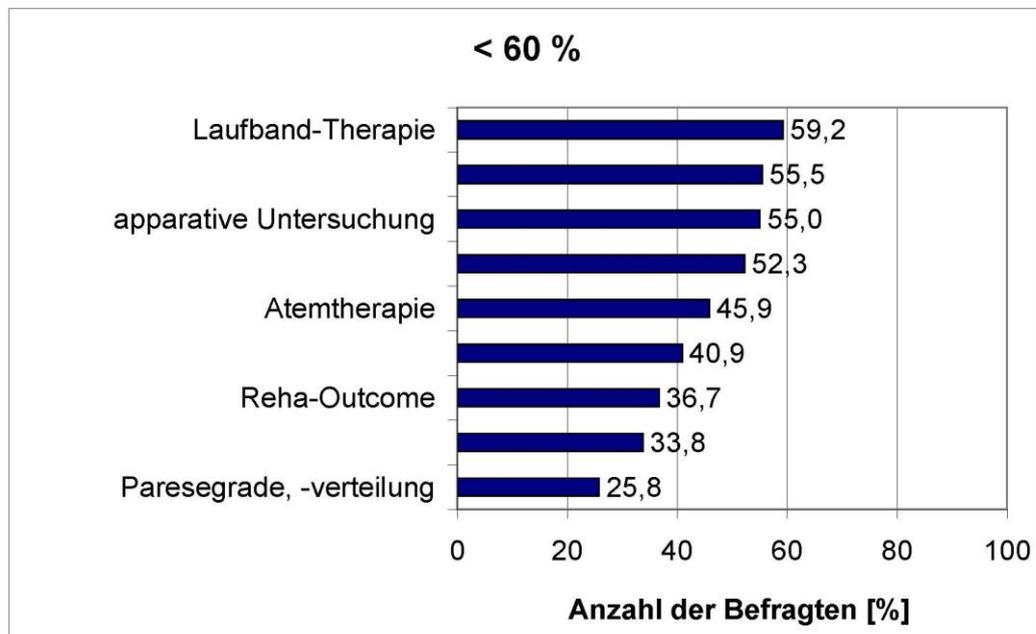
Abbildung 4



„Ja, angesprochen“ < 60%

Sehr geringe Zustimmung z.B. beim Besprechen von Effektivität/Effizienzstudien, Prädiktoren für Reha-Outcome, Range of Motion. Ferner gilt auch hier zu berücksichtigen, in wie fern bestimmte Grundlagen eigentlich in die Grundausbildung/im Studium besprochen werden sollten (Effektivität-/Effizienzstudien) bzw. die Relevanz angezweifelt wird (Eigenreflexe, siehe Abbildung 2)

Abbildung 5



## **Diskussion**

Ziel der Umfrage war es, erste gesicherte Daten zum aktuellen Vergleich des Bobath-Konzepts im Grundkurs und den Anforderungen der Qualitätskriterien und Leitlinien der DGNKN zu erheben. Insgesamt gaben bei 49 der 81 Items mehr als 80% der befragten Bobath-Grundkurs Teilnehmer an, dass die Themen in den Kursen besprochen worden sind. Insbesondere die Themen posturale Kontrolle, das Formulieren von Therapiezielen, Untersuchung/Befund, das Erstellen eines individuellen Therapieplans und die Dokumentation der Auswirkungen der Störungen auf den Alltag; ICF, repetitives Üben, ADL-Kompetenz und Alltagsorientierung scheinen fest im Bobath-Konzept verankert zu sein

Bei 32 Items gaben unter 80% der Teilnehmer an, die Themen im Grundkurs besprochen zu haben. Von diesen 32 Items sehen die Autoren der vorliegenden Umfrage bei 16 Items die dringende Notwendigkeit einer verstärkten Integration der Themen in die Bobath-Grundkurse. Dringlichster und wichtigster Punkt ist die Dokumentation – auf allen drei Ebenen der ICF müssen standardisierte Messverfahren (unter Berücksichtigung der Gütekriterien) benutzt werden und somit im Bobath-Grundkurs unterrichtet werden. Ausbau/Integration Wissenschaftliches Arbeiten, EBP und Literaturrecherchen/-studium ist erforderlich, allerdings muss diesem Punkt auch in der Grundausbildung/dem Studium eine höhere Bedeutung im Sinne des reflektierenden Praktikers zugesprochen werden. Obwohl laut der Befragung die Neurophysiologie/Neurophatologie besprochen wird (über 90%), gilt es die Pathophysiologie nach Schädigung in der Frühphase zu verbessern. Ferner sollten Verbesserungen der Lehrinhalte bezüglich von ADL-Möglichkeiten in der Frühphase, Möglichkeiten für die Automatisierung des Gelernten, Angehörigenarbeit und Hilfsmittelversorgung intensiviert werden.

Im Allgemeinen gilt es zu überdenken, dass Forderungen der DGNKN in Bezug auf Effektivitäts- und Effizienzstudien (insbesondere methodologisches Verständnis, Grundlagen Wissenschaftliches Arbeiten) mittelfristig nur durch eine akademische Ausbildung der Therapeuten qualitativ zu sichern ist und nur ein inhaltlicher Bezug die Aufgabe von Fortbildungskursen ein sollte.

Die vorliegende Befragung diene unter anderem den Bobath-InstruktorInnen als Standortbestimmung und Grundlage für die Qualitätssicherung. Im Zuge der Reformierung gibt es seit 2004 folgende Neuerungen:

- Die sogenannten Bennewitzer Gespräche (Bobath-Instruktoren, Ärzte der DGNKN und Rehabilitationsforscher treffen sich regelmäßig, um die neurologische Rehabilitation zukunftsweisend zu gestalten)
- Erstellung eines Masterplans zur Überarbeitung der Grundkursinhalte innerhalb des VeBID`s (Verein der Bobath-InstruktorInnen IBITA Deutschland e.V. – 4 Fortbildungstage pro Jahr)
- Bildung einer Network-Group, in der die Bobath-InstruktorInnen sich inhaltlich auf den neuesten Stand bringen (4 Fortbildungstage pro Jahr)
- Qualitätssicherung der Bobath-Grundkurse über ein Kompetenzprofil und standardisierter Fragebögen bezüglich der Lernziele und des Core curriculums zum Ende jedes Bobath-Grundkurses.

Aus der vorliegenden Erhebung ist kritisch betrachtet nicht ersichtlich, um welchen inhaltlichen Abgleich der besprochenen Themen es sich handelt und ob der Kenntnisstand tatsächlich den neusten Kenntnisstand der Forschungsergebnisse repräsentiert. In einer weiterführenden Studie ist es sinnvoll zu klären, qualitativ und quantitativ die Ergebnisse/Sachlagen aus nationalen/internationalen Leitlinien zu kommentieren, um die inhaltliche Qualität und Aktualität des Kenntnisstandes der Teilnehmer und Instruktoren zu prüfen. Hierbei ist anzumerken, dass auch innerhalb der Qualitätskriterien und Leitlinien der DGNKN [5] der inhaltliche Abgleich fehlte und aktuell in den Bennewitzer Gesprächen diskutiert wird.

Im Zusammenhang einer Reformierung des Bobath-Konzepts zeigt der Vergleich zwischen den geforderten Qualitätskriterien und Leitlinien der DGNKN und dem aktuellen Bobath-Konzept, dass einerseits aktuelle Themen in der Neurorehabilitation im Konzept integriert, andererseits bestimmte Themen und Lehrinhalte zu ergänzen sind.

## Literaturverzeichnis

[1] Jäckel WH, Müller-Fahrnow W, Schliehe F.. Leitlinien in der medizinischen Rehabilitation – Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften. Rehabilitation 2002; 41: 279-285.

[2] Hasenbein U, Frank B, Wallesch CW. Die Akzeptanz von Leitlinien und Problemen bei ihrer Implementierung. Akt Neurol 2003; 30: 45-461

[3] Langhammer B, Stanghelle JK. Bobath or motor relearning progame? A follow-up one and four years post stroke. Clin Rehabil 2003; 17: 731-734

[4] Maher CG, Sherrington C, Elkins M., Herbert, R.D., Moseley, A.M. (2004). Challenges for Evidence-Based Physical Therapy: Accessing and Interpreting High-Quality Evidence on Therapy. Phys Ther 2004; 84 (7): 644–654.

[5] Freivogel S, Hummelsheim H. Qualitätskriterien und Leitlinien für die motorische Rehabilitation von Patienten mit Hemiparese. Akt Neurol 2003; 30: 401-406

**Tabelle 1: Operatonalisierung der DGNKN Leitlinien in den Fragebogen**

No.:	Was war Inhalt im Bobath-Grundkurs?	Wenn „Ja“, Bitte ankreuzen	Synonyme / Begriffserklärung
1	Neuroanatomie		
2	Neurophysiologie		
3	Neuropathologie		
4	Therapeutische Diagnosestellung		
5	Praktische Kenntnisse		Praxisorientierter Unterricht
6	Studium aktueller Fachliteratur		
7	Repetitives Üben		Mehrfache Wiederholung von Bewegungsabläufen
8	Laufband-Therapie		
9	Handfunktionstraining		Aktivitäten mit den Händen
10	Constrained induced movemet therapy		Forced use, Taub` sches Training, Verstärkter Gebrauch der betroffenen Seite
11	Aspekt der Alltagorientierung		ICF: Ebene der Aktivität und Partizipation
12	Maßnahmen zur Tonusreduktion		
13	Theorie von Spastik und Rigor		
14	Maßnahmen zur Optimierung der skeletto-muskulären Bedingungen		Herstellung von Aligement / Linierung
15	Muskeldehnungen		Fazilitation von exzentrischer Muskelaktivität. Spezifische Mobilisation Gelenkbeweglichkeit
16	Gelenkmobilisation		Anbahnung von Muskelfunktion
17	Gelenkschutz		
18	Orthesen / Hilfsmittelversorgung		
19	Grundlagen motorisches Lernen		
20	Biomechanik		Siehe auch 14,15,16,17
21	Muskel- und Neurotransmitterphysiologie		
22	Effizienzstudien		Literaturnachweise im theoretischen Unterricht
23	Prädiktoren für das Reha-Outcome		Faktoren, die eine Prognose unterstützen für das Rehabilitationsergebnis
24	Funktionsscalen		Skalen, Scores, Assessments, Outcome-Messungen
25	ICF (WHO)		
26	Apparative Untersuchungstechniken		z. B. CT, NMR, VEP, AEP, TMS, PET
27	Grundlagen der Neuropsychologie		u.a. Wahrnehmungsleistungen und -störungen
28	Arbeiten im interdisziplinären Team		24-Stunden-Konzept

No.:	Was war Inhalt im Bobath-Grundkurs?	Wenn „Ja“, bitte ankreuzen:	Synonyme / Begriffserklärung
<b>Verschiedene Ebenen der Behinderungen wurden berücksichtigt laut WHO:</b>			
29	1. Schädigung motorisch relevanter Strukturen und/oder Prozesse von Hirn, Rückenmark, peripherem Nerv und/oder Muskel. Zusätzlich sind Schädigungen in anderen Strukturen des Bewegungssystems zu berücksichtigen, soweit sie sich motorisch-funktionell auswirken können		ICF - Impairment, Ebene der Körperstrukturen,
30	2. Aus der Schädigung resultierende Störungen einzelner motorischer Funktionen, verbliebene Funktionen und Kompensationsmöglichkeiten		ICF - Ebene der Körperfunktionen
31	3. Dem Betroffenen noch mögliche Aktivitäten sowie die Beschreibung nicht mehr möglicher Aktivitäten		ICF - Disability / Functioning , Ebene der Aktivitäten
32	4. Dem Betroffenen noch mögliche aktive Partizipation am gesellschaftlichen Leben sowie Dokumentation der Einschränkungen von Partizipation		ICF - Partizipation
33	Einschätzung der Patienten im Bezug auf Auswirkungen der mot. Störungen für den Alltag		Auch: ICF-Outcome-Levels
34	Einschätzung der Patienten im Bezug auf Auswirkungen der mot. Störungen für den Beruf / Schule		Auch: ICF-Outcome-Levels
<b>Berücksichtigung im Befund / der therapeutischen Diagnostik:</b>			
35	1. Diagnose		
36	2. Zeitspanne der Symptomatik		
37	3. Verlaufsform der Erkrankung		
38	4. Motorisches Leistungsvermögen		
39	5. Kompetenz bei Verrichtungen des täglichen Lebens (ADL-Kompetenz)		Quantitative Partizipationsebene
<b>Die physiotherapeutische bzw. ergotherapeutische Untersuchung umfasst:</b>			
40	▪ Kompetenz bei den Verrichtungen des täglichen Lebens (ADL-Skalen)		Qualitative Partizipationsebene
41	▪ Funktionstests für alle Kategorien motorischer Leistungen: Posturale Kontrolle, Lokomotion, Manipulation (z.B. Rivermead Motor Assessment (..), Motor Function Assessment Scale (..), Funkktional Ambulation Categories FAC (..), Tinetti, Berg-Balance-Scale...		Duncan Functional Reach Test Lokomotion = Fortbewegung, den Gang betreffend
42	▪ Gehen unter Alltagsbedingungen (maximal mögliche Gehstrecke, Dauer für eine Gehstrecke von 10m oder z.B. Olssen-Gehtest, 2-Minuten-Gehtest)		10-m-test, Get up and go
43	▪ Bestimmung der Paresegrade (z.B. MRC-Kraftgrade) und Dokumentation der Pareseverteilung		MRC (=medical research council) – vergleichbar mit MFT (Muskelefunktionstest)
44	▪ Muskeltonus (z.B. Ashworth-Skala) ....		

No.:	Was war Inhalt im Bobath-Grundkurs?	Wenn „JA“, bitte ankreuzen	Synonyme / Begriffserklärung
45	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dokumentation der Auslösbarkeit von Kloni, von pathologischen Reflexen und Beschreibung unwillkürlicher Bewegungen (Tremor, Tics, Hyperkinesen, assoz. Reaktionen etc.)</li> </ul>		
46	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Niveau der Auslösbarkeit von Eigenreflexen (...)</li> </ul>		z.B. Patellar-Sehnen-Reflex
47	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aktiver und passiver Range of Movement (ROM)</li> </ul>		
48	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dokumentation schmerzbedingter Bewegungseinschränkungen</li> </ul>		z.B. Schmerzskalen
49	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dokumentation von Sensibilitätsstörungen (...) unter Verwendung von Körperschemaskizzen</li> </ul>		z.B. Bodychart
50	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Beschreibung der Muskel- und Hauttrophik</li> </ul>		
51	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Beschreibung einer bestehenden Pusher-Symptomatik</li> </ul>		
52	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Verhaltensbeobachtung auf Hinweise für Apraxie und Neglect</li> </ul>		
53	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Orientierende Bestimmung von Gesichtsfeldausfällen</li> </ul>		z.B. Hemianopsie, fingerperimetrische Messung
54	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aussagen über die Prognose / Einschätzung von Zielen</li> </ul>		
<b>Therapie:</b>			
55	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Untersuchung / Befund</li> </ul>		Befund und Rebefund
56	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Erstellung eines Therapieplans, der auf das konkrete Störungsmuster und die aktuelle Dynamik der Erkrankung und ihrer Symptomatik (Akutphase, Phase der Spontanerholung, Rezidiv etc.) zugeschnitten ist</li> </ul>		
57	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Explizites Formulieren von Therapiezielen – erreichbar im Behandlungszeitraum</li> </ul>		
58	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Quantifizierung der Therapieziele</li> </ul>		Zielsetzung auf den Ebenen der ICF
59	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Verlaufsdokumentation, Erstellen und Verwerfen von Hypothesen zum Therapieverlauf</li> </ul>		
60	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Abstimmung der Maßnahmen auf Ziele, Störungsbild, Allgemeinzustand (AZ), ...</li> </ul>		
61	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aktives und funktionsorientiertes Arbeiten</li> </ul>		
62	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Passive Maßnahmen benutzt und erörtert</li> </ul>		
63	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Orthesen / Hilfsmittelversorgung</li> </ul>		
64	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Frühphase nach Eintritt der Hirnschädigung – übende Verfahren zunächst zurückstellen</li> </ul>		Akutphase, Stadium der Flacidität
65	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pathophysiologie der ablaufenden Zelltodkaskade nach Schädigung</li> </ul>		Brain-Repair, Stoffwechselaktivitäten im Gehirn,

No.:	Was war Inhalt im Bobath-Grundkurs?	Wenn „Ja“, bitte ankreuzen.	Synonyme / Begriffserklärung
<b>Die Therapie in der (akuten) Phase der Bettlägerigkeit umfasst:</b>			
66	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Regelmäßiges Umlagern (ohne Kompression der hemiplegischen Schulter)</li> </ul>		Lagerung, Positionierung
67	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Passives, reziprokes Bewegung unter Berücksichtigung der Gelenkmechanik insbesondere des Schultergelenks</li> </ul>		Assistives Bewegen
68	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mobilisation zum Sitzen</li> </ul>		
69	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ADL-Maßnahmen soweit möglich</li> </ul>		
70	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Atemphysiotherapie und Thromboseprophylaxe</li> </ul>		Biomechnik der Atemhilfsmuskulatur, unterstützende assistive Bewegungsübergänge
<b>Therapieziele in allen Phasen der Rehabilitation:</b>			
71	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Therapieziel: Verbesserung von alltagsrelevanten motorischen Funktionen</li> </ul>		ADL, z.B. An- und Ausziehen, Transfers, Selbsthilfe
72	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Therapieziel: Berücksichtigung von Partizipation / Teilnahme am sozialen Leben</li> </ul>		
<b>Therapieinhalte in allen Phasen der Rehabilitation:</b>			
73	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Störungsspezifisches Üben aller Kategorien motorischer Leistungen</li> </ul>		Individuelle Therapieinhalte, die die Leistungsgrenze des Patienten berücksichtigen
74	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Posturale Kontrolle</li> </ul>		Haltungskontrolle
75	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Lokomotion</li> </ul>		Fortbewegung, das Gehen betreffend
76	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Manipulation</li> </ul>		Mobilisation von knöchernen Strukturen, z.B. Handmobilisation
77	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Konsolidierung und Automatisierung des Gelernten</li> </ul>		Carry over
78	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Transfer des Gelernten in den Alltag</li> </ul>		Carry over, Reanalyse, Rebefund
79	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Beratung</li> </ul>		Gemeinsame Zielsetzung
80	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Angehörigenarbeit</li> </ul>		Angehörigenanleitung
81	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hilfsmittelversorgung</li> </ul>		