

# RopE – Ressourcen orientierte pädiatrische Ergotherapie

## Kompetenzen schaffen durch gelungene Kooperation zwischen Ergotherapeut und Pädiater

Gabriele König

RopE – engl. das Seil; ein Seil zu spannen zwischen Eltern, Pädiater und Ergotherapeut zum Wohle des Kindes, unter Anerkennung der verschiedenen professionellen Blickwinkel und einer Entwicklung ähnlicher Werte- und Zielvorstellungen, dies waren die Schwerpunkte bei der Entwicklung des im Folgenden vorgestellten Konzepts.

Um dieses „Seil“ auch tragfähig zu machen, musste das Konzept folgende Schwerpunkte beinhalten:

- Formulierung konkreter Therapieziele
- gemeinsame Kriterien für Therapiebedarf und Therapiedauer bei häufigen Störungsbildern zu finden, um somit die Kommunikation zwischen den beiden Fachbereichen zu verbessern
- Elternkompetenzen stärken.

### 1. Der Handlungsbedarf

Aus der Praxis heraus kann man insbesondere durch die einschneidenden Maßnahmen in der Gesundheitspolitik erkennen, wie sich das Verhältnis zwischen Ärzten und Therapeuten in den letzten Jahren immer mehr zum Negativen hin verändert hat. Die Ergotherapie kommt immer stärker in die Kritik, zu lange zu behandeln; Probleme zu finden, die eigentlich gar keine sind; vorwiegend nach „Schema F“ (z. B. alle Kinder nach SI) zu behandeln. Die Kritik weitete sich auch in Bezug auf die wissenschaftliche Absicherung

des ergotherapeutischen Handelns aus. Es liegen bislang kaum Studien vor, die die Wirkung von Ergotherapie z. B. im Bereich der Pädiatrie nachweisen.

Mittlerweile stellen sogar Sozialpädiater die Daseinberechtigung der Ergotherapie in Frage: „Auf Grund der im aktuellen Heilmittelkatalog sehr weit gefassten Indikationen und des großen Angebotes an Ergotherapie-Praxen in Deutschland wird der Stellenwert der Ergotherapie im Kindesalter zur Zeit sehr kontrovers diskutiert. Da wissenschaftlich anerkannte Evaluationsstudien zur Wirksamkeit fehlen, können auch diese Leitlinien keine abschließende Aussage zum Stellenwert von Ergotherapie darstellen“ (Zitat eines Arztes).

Über die Vermittlung des Bundesverbandes für Ergotherapeuten in Deutschland (BED) traf ich auf den Kinderarzt Dr. Rupert Dernick, dessen Konzept „Familien-Ergo“ für viele Kinderärzte der Anlass war, künftig keine Ergotherapie mehr zu verordnen.

Wie sich herausstellte, handelte es sich jedoch um ein Kommunikationsproblem, da die „Familien-Ergo“ als Präventionsprogramm anzusehen ist und auf eine bestehende Therapie-notwendigkeit keinen spezifischen Einfluss hat.

Der Besuch eines Seminars von Dr. Dernick hat mir allerdings deutlich gezeigt, wie wenig Kommunikation zwischen Ärzten und Therapeuten

immer noch besteht. Diese Erfahrungen bestätigten mich darin, mein angedachtes Konzept weiter auszubauen und in die Praxis umzusetzen. Nach einer Erprobungsphase zeigte sich, dass der wichtigste Punkt für eine erfolgreiche Therapie die genaue Zielformulierung zu sein scheint.

Um wissenschaftlich anerkannte Evaluationsstudien erstellen zu können, brauchen wir überprüfbare Ziele und eine Standardisierung für die verschiedenen ergotherapeutischen Einsatzgebiete. Das heißt, für die Operationalisierung müssen auch die Erhebungsmethode sowie die Erhebungsinstrumente beschrieben werden. Für unsere Vorgehensweise bedeutet das: Wenn ein Kind im Leben nicht zurechtkommt, sollten alltagstaugliche Ziele formuliert und überprüft werden, um es wieder handlungsfähig werden zu lassen.

### 2. Entstehung des RopE-Konzepts

Die gemeinsamen Seminare mit Dr. R. Dernick in ganz Deutschland zeigen immer wieder auf, wie schwierig sich die Kooperation zwischen Ergotherapeuten und Pädiatern gestaltet und wie wenig Pädiater über die therapeutischen Schwerpunkte von Ergotherapeuten informiert sind.

Im Frühjahr 2007 wurde von mir eine Befragung von 47 Kinderärzten durchgeführt, welchen Stellenwert die Ergotherapie bei verschiedenen Stö-

rungsbildern einnimmt. Abb. 1 zeigt die Ergebnisse.

Auch wenn es sich hier nur um einen Bruchteil der praktizierenden Pädiater in Deutschland handelt, zeigt die Graphik eine ganz klare Tendenz, dass die Entwicklungs- und Wahrnehmungsstörungen vorrangig einer Behandlung durch einen Ergotherapeuten zugeordnet werden. Bei anderen, massiv zunehmenden Problemen, wie Verhaltensauffälligkeiten, Schulproblemen oder AD(H)S werden die ergotherapeutischen Möglichkeiten zur Behandlung noch gar nicht wahrgenommen.

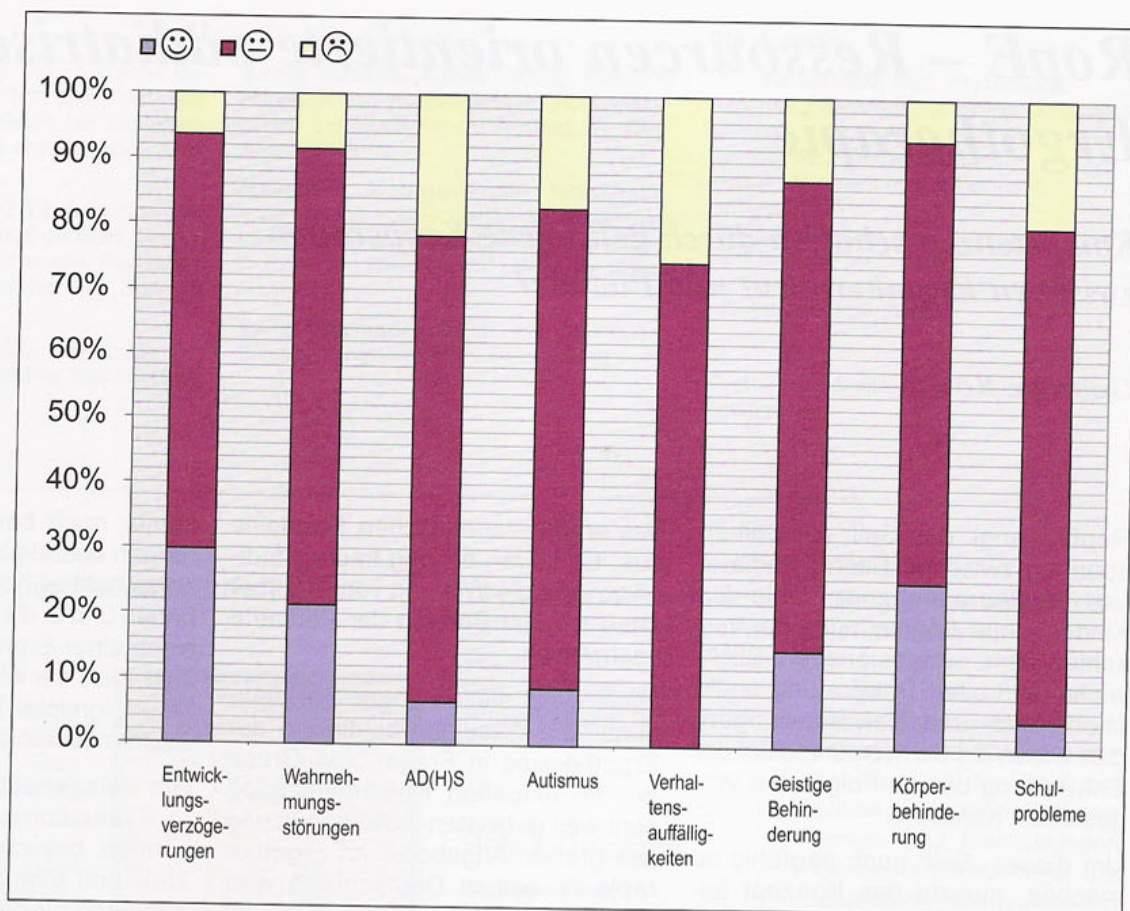


Abb. 1: Einschätzung des Stellenwertes der Ergotherapie bei einzelnen Störungsbildern

Fazit: Pädiater, aber auch Eltern wissen oftmals zuwenig über die Möglichkeiten einer ergotherapeutischen Intervention.

Ein weiterer Aspekt der Umfrage war, was Pädiater von einer ergotherapeutischen Behandlung erwarten, welche Therapieinhalte ihnen besonders wichtig sind.

Die Befragung ergab vor allem in dem Bereich der „eindeutig definierten Zielsetzung“ eine prozentuale Zustimmung zwischen 85% und 95% (Abb. 2). Woraus sich die Schlussfolgerung ziehen lässt, dass auch dem verordnenden Arzt eine klare Zielformulierung sehr wichtig ist.

Die Erfahrungswerte aus den Seminaren und der alltäglichen pädiatrischen wie auch ergotherapeutischen Praxis wurden nun unter dem Aspekt einer gemeinsamen Wertevorstellung mit dem RopE-Konzept umgesetzt.

### Gemeinsame Wertevorstellung

- Alle Kinder sollen eine Chance auf eine ihren (persönlichen und familiären) Ressourcen entsprechende Entwicklung haben
- Auffällige Kinder sollen pädagogisch sinnvoll gefördert werden
- Kranke oder von Krankheit bedrohte Kinder sollen effizient therapiert werden
- Die Eltern-Kind-Interaktion soll gestärkt und stabilisiert werden.

### 3. Zielformulierung

Das vorrangige Ziel einer ergotherapeutischen Intervention ist es, das Kind wieder in den Lernkreislauf aus „Handeln – Ermutigung – Erfolg – Handeln ...“ einzubinden. Wie muss allerdings ein Ziel formuliert sein, dass man den Erfolg messen kann?

Der BED formulierte 2007 das allgemeine Ziel einer Ergotherapie wie

folgt: „Ergotherapie befähigt Menschen mit komplexen Erkrankungen, ihre eigene und/oder die Befindlichkeit ihres Umfeldes im praktischen Alltag zu verbessern“.

Für das Konzept wurde diese Definition auf die ergotherapeutische Behandlung eines Kindes „heruntergebrochen“:

„... befähigt Menschen“: Das heißt, der Behandlungsauftrag kommt vom Patienten bzw. seinem nahen Umfeld (Eltern) und ermöglicht ihm, neue Strategien zu erlernen.

„... komplexe Erkrankungen“: Damit ist gemeint, die Ganzheit des Kindes zu sehen: Welche Probleme stehen gerade im Vordergrund? Wenn z. B. ein Schulausschluss droht, ist eher das Vermitteln von neuen Verhaltensweisen angezeigt und nicht die Verbesserung der Gleichgewichtsregulation. Die neuen Ansätze der Er-

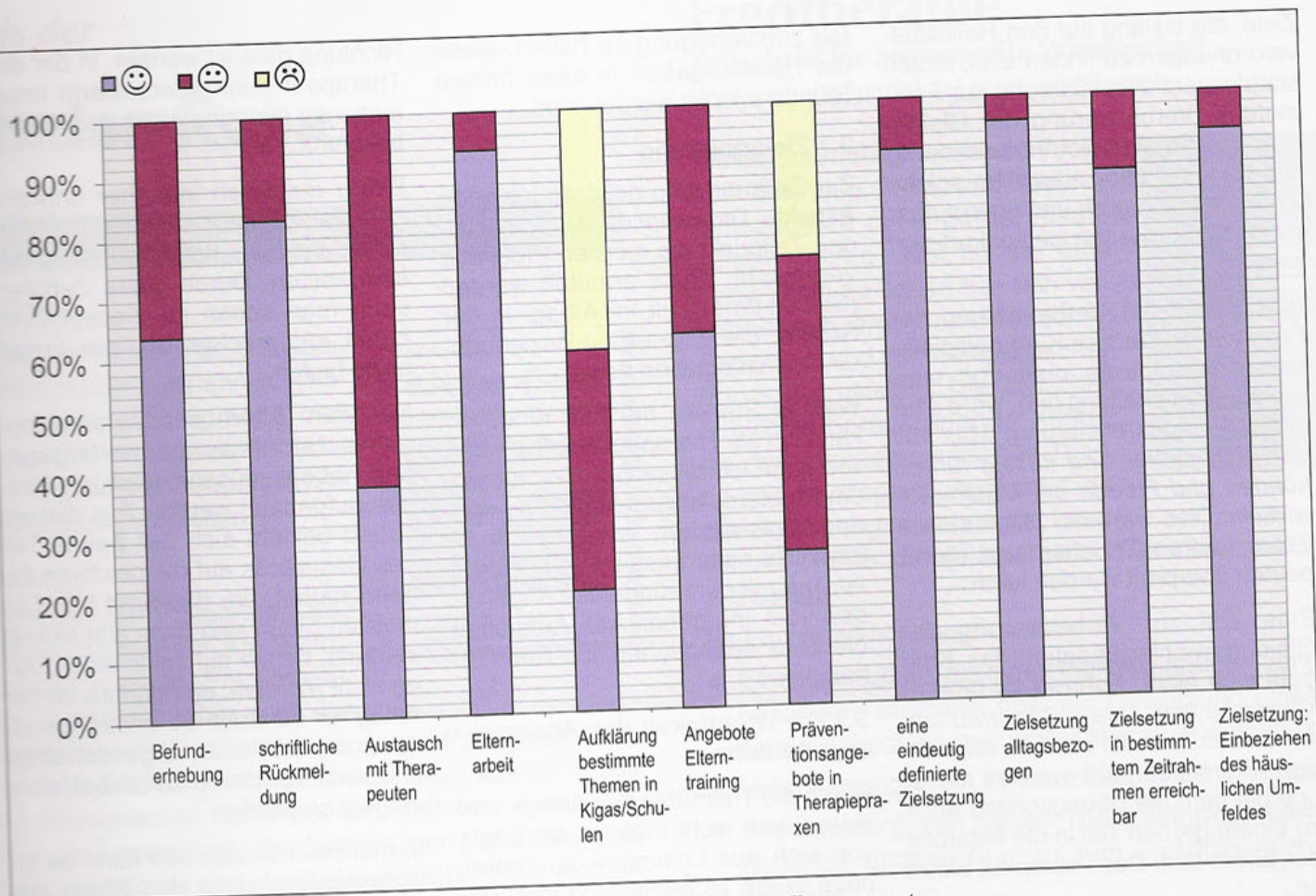


Abb. 2: Antworten auf die Frage, was Pädiater von der Ergotherapie-Behandlung erwarten

gotherapie in der Pädiatrie arbeiten daher nach dem „Top-down-Prinzip“ und nicht mehr nach dem „Bottom-up-System“ (vgl. Abb. 3). Die Veränderungen in der Gesundheitspolitik, z. B. massive Einsparungen, Budgetierung der Ärzte usw., zwingen uns dazu, die Ursachenforschung eher in den Hintergrund zu schieben und im Hier und Jetzt möglichst rasch positive Veränderungen herbeizuführen.

„... die eigene und/oder die Befindlichkeit des Umfeldes“: Damit wird ausgedrückt, dass nicht nur das Kind leidet, sondern auch sein Umfeld. Beispielsweise machen sich Mütter Vorwürfe, leben in Ängsten, was sie alles falsch gemacht haben; Väter halten sich oftmals ganz heraus, da sie sich nicht erklären können, was schief läuft ... Daraus folgt, dass das Elterncoaching ein wichtiger Bestandteil der Therapie sein muss.

„... im praktischen Alltag“: Dies bedeutet, ein Therapeut braucht keine „abgehobenen“ Therapiemethoden und Geräte; erarbeitet wird das, was zur Bewältigung des Alltags notwendig ist.

**Die Ziele müssen konkret, überprüfbar, realistisch und alltagsnah sein und sie müssen einen Sinn er-**

**geben, Kinder stolz machen und zu Hause umsetzbar sein.**

Unter diesem Aspekt sind Teilziele zu nennen, wie z. B.: alleine die Schuhe zuzubinden, den Schulranzen selbstständig zu richten und die Sporttasche nicht zu vergessen. Dies sind wichtige Schritte auf dem Weg in die Selbstständigkeit.

	Bottom up	Top down
Auftrag	Körperfunktion	Partizipation / Aktivität
Therapiekonzept	Vorgegeben	Wird gewählt
Inhalte	Bestimmt Therapeut	Bestimmen Kind + Eltern
Verantwortung	Bei Therapeut	Bei Klienten

Abb. 3: Übersicht über die Bottom-up- und Top-down-Vorgehensweisen (Quelle: BECKER/STEDING-ALBRECHT 2006)

Ziele, die bislang auf den Heilmittelverordnungen zu finden sind, lauten stattdessen: Verbesserung der Feinmotorik, Verbesserung der Gleichgewichtsregulation, Verbesserung der Konzentration usw. Um solche Ziele alltagstauglich und überprüfbar zu machen, müssen sie konkretisiert werden.

Hinsichtlich der Verbesserung der Feinmotorik (da das Kind beispielsweise nicht gerne malt und eine schlechte Stifthaltung hat), wäre eine mögliche Konkretisierung: *Max soll den Stift sicher und flüssig führen können und Freude am Malen entwickeln.* Dies wäre ein Ziel, das von Eltern, Lehrern/Erziehern und Therapeuten überprüft werden kann.

Eine Ziel zur Verbesserung der Gleichgewichtsregulation (das Kind traut sich nicht, Fahrrad zu fahren) könnte heißen: *Lisa will Fahrrad fahren lernen.* Dies ist ein Ziel, das von den Eltern überprüft werden muss, und bei dem die Übungsphase auch zu einem großen Teil in die Mitarbeit der Eltern fällt. Der Therapeut bahnt an.

Zur Verbesserung der Konzentration (da ein Kind z. B. für die Erledigung der Hausaufgaben 2 bis 3 Stunden benötigt): *Jonas soll seine Hausaufgaben in einer halben Stunde schaffen können.* Auch dieses Ziel ist von den Eltern zu überprüfen. Der Therapeut gibt jedoch klare Strukturen vor und erarbeitet mit dem Kind neue Strategien; die Umsetzung erfolgt dann im häuslichen Umfeld.

Alltagstauglich heißt also, dass nur das überprüft werden kann, was im Alltag auch gebraucht und angewendet wird. Die Verbesserung der Feinmotorik, des Gleichgewichts und der Konzentration kann zwar auch durch einen Test gemessen werden, aber daraus geht nicht unbedingt hervor, ob die Ergebnisse relevant für die Problematik sind, die das Kind aufweist. Die Freude am Malen und eine sichere Stifthaltung ist hingegen genauso sichtbar wie Fahrrad fahren und genügend Freizeit am Nachmit-

tag zur Verfügung zu haben, wenn die Hausaufgaben in einer halben Stunde erledigt worden sind.

### 3.1 Zielermittlung

Zur Zielermittlung gehören folgende Aspekte: Die Situation, die zum jetzigen Zeitpunkt die meisten Probleme verursacht, muss ermittelt werden (Selbstständigkeit im Alltag, in der Schule, die Eltern-Kind-Beziehung, Gruppenintegration usw.).

Welche Stärken hat das Kind, wo kann ich als Therapeut ansetzen und wie kann ich diese Stärken nutzen, um Probleme anzugehen? Was würde sich verändern, wenn das Problem nicht mehr bestünde? Wie sieht ein Tag mit dem Kind aus? Angefangen vom morgendlichen Aufstehen bis zum abendlichen Ins-Bett-Gehen.

### 3.2 Zur Wichtigkeit des Anamnesegesprächs

Durch die Tretmühle des Alltags sind viele Eltern nicht mehr in der Lage, von sich aus Lösungen zu finden, neue Wege zu gehen und ihre Kinder individuell zu fördern.

Ein ausführliches Aufnahmegespräch in der Ergotherapie-Praxis in ruhiger Atmosphäre ist wohl die beste Ausgangsbasis für eine gemeinsame Zielfindung. Ich halte es für sinnvoll, das Aufnahmegespräch ohne das Kind zu führen. In einem solchen geschützten Rahmen können Eltern zumeist offener über die Probleme ihrer Kinder reden, ohne dass das Kind gleichzeitig erneut mit dieser Problematik konfrontiert werden muss.

Nach einer freundlichen und vertrauens-erweckenden Begrüßung beginnt das strukturierte Aufnahmegespräch mit der Frage nach der Problematik. In welchen Bereichen tritt das Problem auf? Eher im Kindergarten bzw. in der Schule oder ist es eher im häuslichen Umfeld? Ist der soziale Bereich mit betroffen oder handelt es sich vorwiegend um motorische Defizite? Durch geschicktes Hinterfragen kann das Gespräch in eine

Richtung gelenkt werden, in der der Therapeut viele differenzierte Informationen über den Alltag des Kindes bekommt.

Eltern reagieren lebhafter und angeregter, je mehr sie über ihre Vorstellungen sprechen, wie ihre Kinder sein sollten. Durch gutes Zuhören kann man schon zu diesem Zeitpunkt entsprechende Ziele entwickeln helfen.

Nachdem Eltern oftmals viele negative Informationen weitergegeben haben, müssen auch sie wieder „aufgebaut“ werden. Aus diesem Grund bezieht sich der zweite Teil des Gesprächs auf die positiven Eigenschaften, die das Kind hat. Die meisten Eltern sind dann erst einmal verduzt, da sie mit solch einer Frage nicht rechnen, und oftmals ist der Alltag für sie auch so anstrengend, dass die positiven Eigenschaften und Vorlieben der Kinder dabei leicht vergessen werden.

In manchen Situationen kann es allerdings sein, dass den Eltern tatsächlich nichts Positives einfällt; dann können dafür ihre Wünsche zum Tragen kommen. Wie sollte der Alltag mit dem Kind aussehen? Welche Vorstellungen haben die Eltern dazu? Genau hier beginnt die eigentliche Zielfindung. Handelt es sich um realistische Wünsche, können hieraus unmittelbar Therapieziele abgeleitet werden? Sind die Wünsche eher unrealistisch, hat der Therapeut die Aufgabe, eine ausführliche Elternarbeit einzuleiten.

Am Ende des Aufnahmegesprächs sollten 2 bis 3 Zielformulierungen im Ansatz gefunden worden sein und durch die Auswertung der jeweiligen Erhebungsbögen sowie die durchgeführten Testungen ergänzt werden.

Durch den klientenzentrierten Ansatz bei der Zielformulierung vermittelt der Therapeut dem Kind wie auch den Eltern, dass er die Probleme, Vorstellungen und Erwartungen ernst nimmt und beide Seiten in therapeutische Entscheidungen

mit einbezieht. Dadurch erhöht sich die Motivation, das Ziel auch wirklich erreichen zu wollen, und somit ist der Therapieerfolg beim richtigen Einsatz der Therapiemedien vorprogrammiert. Kind und Eltern können ebenfalls die kleinen Schritte zur Erreichung des großen Ziels positiv verfolgen.

#### 4. Gemeinsame Kriterien für Therapiebedarf und Therapiedauer – Kooperation Kinderarzt und Ergotherapeut

Eine gelungene Kooperation der beiden Berufsgruppen setzt den wertschätzenden Umgang mit den jeweiligen Fachkompetenzen und Entscheidungsbefugnissen wie auch eine gemeinsame Sprache voraus.

##### Ressourcen nutzen durch Aufgabenteilung:

Dem Arzt wird die Aufgabe zuteil, Informationen zu sammeln, eine Anamnese und einen Befund zu erstellen und eine Entscheidung zu treffen, welche Maßnahme für das Kind am sinnvollsten ist.

Eine Indikation zur Ergotherapie kann unter folgenden Gesichtspunkten gestellt werden:

- wenn eine Beeinträchtigung des Kindes im Alltag mit Leidensdruck bei Kind und/oder Eltern besteht
- oder eine deutliche Beeinträchtigung droht
- und bei der pädiatrischen Untersuchung nachvollziehbar ist, dass das Kind die fehlende Kompetenz auch bei angemessenem Zuspruch nicht ohne Hilfe erreichen kann.

Der Ergotherapeut konkretisiert die Ziele, ergänzt den Befund und erstellt einen Behandlungsplan, in den Kind und Eltern entsprechend ihrer Ressourcen von Beginn an miteinbezogen werden (Abb. 4).

Die Umsetzung erfolgt folgendermaßen: Der Therapeut wählt aus der Fülle der Möglichkeiten diejenigen aus, die er zum Erreichen des gemeinsam formulierten Therapiezieles für geeignet hält (Top-Down-Ansatz). Sofern vom Arzt kein Therapieziel formuliert wurde, sollten die ersten ein bis drei Therapiesitzungen zur Zieldefinition verwendet werden.

Bei komplexen Erkrankungen kann ein klientenzentriertes Assessment wie COSA oder COMP durchgeführt werden. Wenn der Therapeut im Laufe der Therapie merkt, dass das vorhandene Therapieziel unrealistisch ist, informiert er den Arzt hierüber. Testungen sind dann erforderlich, wenn die Ursache des Problems nicht offensichtlich ist. Die Elternarbeit ist ein unverzichtbarer Bestandteil der Therapie.

Ein ganz wichtiger Aspekt für eine gelungene Kooperation ist der Therapiebericht:

- Dieser vermittelt dem Arzt z.B. ergänzende Eindrücke über die Eltern-Kind-Interaktion oder das Umfeld, in dem das Kind aufwächst,
- enthält Ergänzungen zur ärztlichen Befundung,
- die konkreten Therapieziele,
- die Fortschritte in Hinblick auf das Therapieziel
- und die Übungsphasen im häuslichen Umfeld.

Eine Weiterverordnung ist vor allem davon abhängig, ob Fortschritte im

Hinblick auf das Therapieziel erreicht worden sind und weitere Fortschritte möglich sind. Der Arzt behält somit auch das Therapieziel im Auge und ermutigt Eltern und Kind, effektiv in der Therapie mitzuarbeiten.

Die Chance, das Kind wieder in seinen Lernkreislauf einzubinden, und eine gleichzeitige konkrete, überprüfbare Zieldefinition ermöglichen dem Therapeuten, die Ergotherapie in einem zeitlich angemessenen Rahmen zu halten. Die Therapiedauer beträgt je nach Ausprägung der Problematik 10 bis 40 (60) Therapieeinheiten. Nach der Regelverordnung können Kind und Eltern in einer Therapiepause das bisher Erlernte im häuslichen Umfeld weiter beüben.

## 5. Elternkompetenzen stärken

Zur Ermittlung dessen, was Kindern und Eltern wichtig ist, werden Beispiele aus den Anamnesegesprächen aufgeführt, hierbei wurde unter anderem genannt:

Ziele der Kinder: *Freunde finden, nicht so lange Hausaufgaben machen müssen, Lernstoff besser merken können, Fahrrad fahren und Klettern, Schuhe binden ...*

Ziele der Eltern für ihre Kinder: *Selbstständiger werden, besser malen, keine Angst vor neuen Sachen, zügiges Arbeiten bei den Hausaufgaben, sich mehr zutrauen, selbstbewusster werden und mit ihrem Leben zurechtkommen ...*

Zusammengefasst wollen Eltern, dass aus ihren Kindern selbstständige, selbstbewusste und zufriedene Menschen werden. Aber: Selbstständigkeit kann manchmal auch anstrengend sein; Selbstständigkeit setzt einen Abnabelungsprozess in Gang; Selbstständigkeit des Kindes heißt für die Eltern, die Kontrolle ein Stück weit aus der Hand geben zu können. Hiermit haben manche Eltern ihre Probleme.

Manchmal kämpfen auch die Kinder mit Defiziten, die sie daran hindern, auf ihre Fähigkeiten zuzugreifen und den Weg des Selbstständigwerdens

ungehindert gehen zu können, wodurch es den Eltern oftmals noch schwerer fällt, sie in die Selbstständigkeit zu entlassen.

Auch Eltern dürfen durch die Mitarbeit am Therapieerfolg nicht überfordert werden. Aus diesem Grund ist es ganz wichtig, in jeder Einheit zu erfragen, ob es Probleme bei der Umsetzung der „Hausaufgaben“ gab. Unter Hausaufgaben sind zum großen Teil Aufgaben des Alltags zu verstehen: Tisch decken, selbstständiges Anziehen, Apfel schneiden, Brot schmieren – keine zusätzliche Belastung für Kind und Eltern, aber mit Sicherheit mit einem größeren Zeitaufwand verbunden, wenn das Kind selbstständig agiert.

## 6. Zusammenfassung

Eine gelungene Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Ergotherapeuten erfordert:

- einen wertschätzenden Umgang mit Fachkompetenz und Entscheidungsbefugnis des Kooperationspartners in seiner berufsspezifischen Aufgabe;
- die Definition konkreter Ziele als Bindeglied zwischen ärztlicher (diagnoseorientierter) und ergotherapeutischer (funktionsorientierter) Sichtweise,
- eine gemeinsam getragene Differenzierung zwischen fördernden und therapeutischen Maßnahmen,
- eine Verständigung auf Richtlinien zur Therapieindikation bei häufigen Krankheitsbildern.

Die gemeinsame Sprache ist die Basis dieser zielgerichteten Kooperation. Durch die Formulierung eines konkreten Therapieziels ist auch für das Kind nachvollziehbar, warum es zur Ergotherapie geht. Durch das Einbinden der Eltern in die Therapie werden sie in ihrer Verantwortlichkeit gegenüber dem Kind gestärkt, die Annahme von Ergotherapie als „Reparatur-Methode“ (ich gebe mein Kind dort ab und dann wird es wieder funktionstüchtig gemacht) findet hier keinen fruchtbaren Boden.

Aus der Erfahrung der pädiatrischen und ergotherapeutischen Praxis wurde das RopE-Konzept entwickelt und in der Arbeit mit über 600 Seminarteilnehmern auf seine Praktikabilität überprüft. Es enthält praxisbewährte Fließschemata für häufige Diagnosen und Vorschläge für konkrete Zielformulierungen.

## Literatur

- Becker, H.; Steding-Albrecht, U.** (Hrsg.) (2006): Ergotherapie im Arbeitsfeld Pädiatrie, Thieme Verlag, Stuttgart
- Dernick, R.; König, G.** (2008): RopE: Ressourcen orientierte Ergotherapie
- Bundesverband für Ergotherapeuten in Deutschland (BED)** (2007): Definition Ergotherapie, 2007
- Dernick, R.** (2005): Familienergo
- Dernick, R.; Küstenmacher, W. T.** (2008): Topfit für die Schule, Kösel Verlag
- Pätzold, Wolf; Hörning & Hoven** (2005): Child Occupational Self Assessment, deutsche Übersetzung
- Scheepers, C.; Steding-Albrecht, U. und Jehn, P.** (Hrsg.) (2007): Ergotherapie – Vom Behandeln zum Handeln. 3. Aufl., Thieme Verlag, Stuttgart
- Sumsion, T.** (2002): Klientenzentrierte Ergotherapie, Thieme Verlag, Stuttgart
- Szabó, P.; Kim Berg, I.** (2006): Kurz(zeit) coaching mit Langzeitwirkung, Borgmann Media

## Die Autorin:

Gabriele König, Dipl.-Ergotherapeutin  
Schwerpunkte: ADS-Therapie, tiergestützte Therapie mit Lamas  
1. Vorsitzende des Bundesverbandes für Ergotherapeuten in Deutschland (BED)  
Hauptstr. 63  
74821 Mosbach  
E-Mail: gkoenig@bed-ev.de

## Bezugsadresse RopE:

BED Bundesverband für Ergotherapeuten in Deutschland  
E-Mail: info@bed-ev.de  
Dr. med. Ruppert Dernick  
E-Mail: Dernick@FamilienErgo.de

**Stichworte:** Kooperation • Pädiater • Ergotherapie • Elternkompetenz