



Aufgaben und Handlungsmöglichkeiten von Ergotherapeut*innen in der Primärversorgung

Stand: August 2019

Inhalt

Vorwort	2
1. Ergotherapie.....	3
1.1. Berufsbild der Ergotherapie	3
1.2. Kernkompetenzen und Ziel der Ergotherapie.....	4
1.3. Ablauf der Ergotherapie: der ergotherapeutische Prozess	4
2. Ergotherapie in der Primärversorgung	5
2.1. Arbeitsformen und Finanzierung von Ergotherapie in der Primärversorgung	7
2.2. Mindeststandards für Räumlichkeiten der Ergotherapie in einem Primärversorgungszentrum	7
2.2.1. Bauliche Voraussetzungen	7
2.2.2. Ausstattung	7

Vorwort

Die Einrichtungen der Primärversorgung, egal ob Zentrum oder Netzwerk, werden durch ihre niederschwellige und wohnortnahe Ausrichtung zu einer vertrauten Struktur für Klient*innen/Patient*innen. Sie sind deren erste Anlaufstelle und somit eine Konstante, wenn es um ihre Gesundheitsfragen geht. Ergotherapeut*innen erhalten damit die Möglichkeit, ihre Klient*innen/Patient*innen nicht nur temporär zu begleiten, sondern sie können ihnen, durch ihre Bindung an eine Primärversorgungseinheit, über ihren gesamten Lebenslauf beratend zur Seite stehen. Für Ergotherapeut*innen in der Primärversorgung gilt es, eine Grundversorgung der Bevölkerung mit Ergotherapie sicherzustellen. Das bedeutet, dass der ergotherapeutische Behandlungsbedarf abgeklärt, grundlegende ergotherapeutische Leistungen selbst erbracht und darüber hinausgehende spezialisierte ergotherapeutische Versorgung in die Wege geleitet und koordiniert werden. Der*die Ergotherapeut*in wird zur ersten Ansprechperson, wenn es um die Ermöglichung von Selbstständigkeit bzw. Teilhabe in Bezug auf Selbstversorgung, Arbeit und Schule, Freizeit, soziale und gemeinschaftliche Aktivitäten geht. Insultpatient*innen benötigen genauso wie Klient*innen mit Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises oder Kinder mit Entwicklungsverzögerungen die fachliche Expertise, Diagnostik und Intervention von Ergotherapeut*innen.

1. Ergotherapie

1.1. Berufsbild der Ergotherapie

Das Berufsbild der Ergotherapie ist grundlegend im § 2 Abs 5 MTD-Gesetz definiert als: „[...] *eigenverantwortliche Behandlung von Kranken und Behinderten nach ärztlicher Anordnung durch handwerkliche und gestalterische Tätigkeiten, das Training der Selbsthilfe und die Herstellung, den Einsatz und die Unterweisung im Gebrauch von Hilfsmitteln einschließlich Schienen zu Zwecken der Prophylaxe, Therapie und Rehabilitation; ohne ärztliche Anordnung die Beratungs- und Schulungstätigkeit sowohl auf dem Gebiet der Ergonomie als auch auf dem Gebiet des allgemeinen Gelenkschutzes an Gesunden.*“

Wesentlich ist aber, dass die Regelung des § 7 MTD-Gesetz nicht isoliert betrachtet werden darf. Fachlich-methodische Kompetenzen von Ergotherapeut*innen sind in der Anlage 5 der „Verordnung der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen über Fachhochschul- Bakkalaureatsstudiengänge für die Ausbildung in den gehobenen medizinisch-technischen Diensten“ (Kurztitel: FH-MTD-Ausbildungsverordnung bzw. FH-MTD-AV) festgelegt (Das ehemalige Bundesministerium für Gesundheit und Frauen ist das Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, der Langtitel der Verordnung blieb bestehen). Beachtenswert ist auch das Berufsprofil des*der Ergotherapeut*in (ÖBIG 2003). Grundlegend gilt, dass alle Maßnahmen der Ergotherapie das Ziel der Erhaltung, Förderung, Verbesserung oder Wiedererlangung der individuellen Handlungsfähigkeit verfolgen.

Die zentrale Aufgabe der Ergotherapie ist die „Klientenversorgung“, d.h. der Mensch steht im Mittelpunkt der ergotherapeutischen Angebote. Die Leistungen der Ergotherapie umfassen ergotherapeutische Diagnostik und Intervention (Therapie, Beratung, weitere Maßnahmen), welche im Rahmen von Akutbehandlung und Rehabilitation sowie Gesundheitsförderung und Prävention erbracht werden. Durch Ergotherapie sollen Menschen ihre Teilhabe (Partizipation) an der Gesellschaft aufrechterhalten oder erweitern und ihre Lebensqualität verbessern können. An der Gesellschaft teilzuhaben bedeutet, in eine Lebenssituation bzw. einen Lebensbereich einbezogen zu sein und diesen mitgestalten zu können. Bei der Umsetzung dieser Ziele stützt sich die Ergotherapie auf unterschiedliche, praxisorientierte ergotherapeutische Modelle, aus denen sie die Begründung ihres Tuns ableitet. Sie bezieht aktuelle Erkenntnisse aus Forschung und Literatur in ihre Arbeit ein. Eine weitere Grundlage bildet die von der World Health Organisation entwickelte Klassifikation ICF (International Classification of Functioning, Disabilities and Health, WHO 2005).

Ergotherapeut*innen haben die fachlich-methodischen Kompetenzen zur eigenverantwortlichen Durchführung der Ergotherapie gemäß § 2 Abs. 5 MTD-Gesetz. Sie können ergotherapeutische Kenntnisse und Fertigkeiten mit medizinischen Kenntnissen sowie Kenntnissen aus anderen relevanten Disziplinen zum eigenverantwortlichen ergotherapeutischen Handeln verknüpfen, um diese insbesondere in den Fachbereichen Geriatrie, Handchirurgie, innere Medizin einschließlich Rheumatologie, Kinder- und Jugendheilkunde, Neurologie, Orthopädie, Physikalische Medizin, Psychiatrie, Traumatologie, Arbeitsmedizin einschließlich Ergonomie und berufliche Integration anzuwenden. Sie beherrschen den ergotherapeutischen Prozess, der der Erhaltung, Förderung, Verbesserung oder Wiedererlangung der individuellen Handlungsfähigkeit in der Gesundheitsförderung, Prävention, Therapie und Rehabilitation dient.

Ergotherapeut*innen führen nach ärztlicher Anordnung die Ergotherapie gemäß § 2 Abs. 5 MTD-Gesetz als Teil des medizinischen Gesamtprozesses durch. Dies umfasst die Arbeitsschritte Problemidentifizierung, Planung, Umsetzung sowie Qualitätssicherung, Evaluation, Dokumentation und Reflexion. Sie erfassen das gesundheitliche Problem und die Ressourcen der Klient*innen/Patient*innen und erkennen aus den bereits vorhandenen Befunden die ergotherapeutisch relevanten Informationen. Sie wissen um die Zuständigkeit anderer Gesundheitsberufe sowie sonstiger Berufe und arbeiten im multiprofessionellen Team. Ergotherapeut*innen können sich wissenschaftliche Erkenntnisse und Phänomene zur beruflichen und wissenschaftlichen Weiterentwicklung nutzbar machen.

1.2. Kernkompetenzen und Ziel der Ergotherapie

Ergotherapeut*innen arbeiten klientenzentriert, betätigungsorientiert und individuell im Einsatz der Therapiemethode und Herangehensweise mit Personen(gruppen). Dabei ist das Ziel immer die größtmögliche Handlungsfähigkeit des*der Klient*in/Patient*in. Ergotherapeut*innen definieren, planen und evaluieren die Zielsetzung der Intervention wann immer möglich, gemeinsam mit ihren Klient*innen/Patient*innen.

Das wichtigste Ziel ist die Verbesserung der Handlungsfähigkeit: In der Ergotherapie werden alltägliche Handlungen eingesetzt, um zu erfassen, welche Fähigkeiten oder Fertigkeiten eines Menschen intakt und welche eingeschränkt sind. Handlungen und Tätigkeiten werden analysiert und gezielt so eingesetzt, dass die Handlungsfähigkeit des*der Klient*in/Patient*in im Hinblick auf seine*ihre Zielsetzungen gefördert wird. Ergotherapeut*innen nutzen alltägliche Handlungen als Mittel zur ergotherapeutischen Diagnostik und Intervention, Handlungen sind gleichzeitig Ziel und Mittel der Therapie.

Die Gestaltung der Umwelt spielt in der Ergotherapie eine zentrale Rolle. Eine gezielt angepasste Umwelt ermöglicht und erleichtert Handlungen und kann gesundheitsfördernd wirken. Der Fokus der Ergotherapie liegt neben Handlungsfähigkeit und Teilhabe auch auf einer Verbesserung bzw. Erhaltung der individuellen Lebensqualität.

Ergotherapeut*innen sehen den*die Klient*in/Patient*in in seiner*ihrer Gesamtheit – auch mit ihren veränderten Rollen.

1.3. Ablauf der Ergotherapie: der ergotherapeutische Prozess

Zu den Maßnahmen im Rahmen des ergotherapeutischen Prozesses gehören insbesondere eine ergotherapeutische Anamnese und Diagnose, Analyse und Interpretation der Daten, partizipative Zielsetzung, Planung, Durchführung und Evaluation ergotherapeutischer Maßnahmen sowie die Dokumentation.

Der ergotherapeutische Prozess beginnt mit dem **Erstkontakt**. Der*die Ergotherapeut*in erklärt dem*der Klient*in/Patient*in die Grundannahmen und Vorgehensweisen der Ergotherapie. Mögliche Unklarheiten oder fehlende Angaben, zum Beispiel den Ablauf und die Dauer betreffend, werden geklärt. Der*die Ergotherapeut*in lässt sich die Probleme und Erwartungen an die ergotherapeutische Intervention von dem*der Klient*in/Patient*in oder einer Bezugsperson schildern.

Anschließend wird die **ergotherapeutische Anamnese** mit dem Ziel erstellt, die individuellen Ressourcen und Einschränkungen in Bezug auf die Handlungsfähigkeit, die Aktivitäten und die Teilhabe (Partizipation) einer Person bzw. einer Personengruppe zu erfassen. Gleichzeitig werden ggf. beteiligte Körperstrukturen, -funktionen und Umweltbedingungen (soziale, kulturelle, institutionelle und materielle) identifiziert. Der*die Ergotherapeut*in schätzt die Handlungsfähigkeit der Person, die relevanten Umweltbedingungen, Abläufe und Ressourcen ein und stellt eine Arbeitshypothese auf. Dabei werden die Ressourcen und Probleme unter Einbezug des*der Klient*in/Patient*in geordnet und gewichtet, ein erster Ansatz für die Planung der Intervention wird entwickelt.

Je nach Problemstellung werden standardisierte und validierte Messinstrumente und Tests zur **Befundung** eingesetzt. Sie dienen der differenzierten Erfassung und Dokumentation der Ausgangssituation und beantworten die Frage, welche Ressourcen und Einschränkungen in Bezug auf die Handlungsfähigkeit des*der Klient*in/Patient*in vorhanden sind. Diese Erfassung kann zu einem späteren Zeitpunkt wiederholt werden und gibt somit Auskunft über die Wirksamkeit der ergotherapeutischen Intervention. Die ergotherapeutische Befundung wird abgeschlossen, indem geprüft wird, ob für die vorliegende Problematik/den vorliegenden Auftrag eine ergotherapeutische Intervention indiziert ist. Der*die Ergotherapeut*in gibt eine Empfehlung, welche Art der ergotherapeutischen Intervention infrage kommt und ob bzw. inwiefern die Person von den ergotherapeutischen Maßnahmen profitieren kann. Ist aus ergotherapeutischer Sicht eine Intervention nicht indiziert, wird der Auftrag abgelehnt und der*die Klient*in/Patient*in, sowie der*die verordnenden Ärzt*in. über die Gründe informiert.

Die **Intervention** erfolgt klientenzentriert und zielorientiert. Zu Beginn jeder Interventionseinheit erfasst der*die Ergotherapeut*in die Befindlichkeit des*der Klient*in/Patient*in. Er*sie achtet darauf, dass die Rahmenbedingungen den vereinbarten Zielen entsprechen.

Der*die Ergotherapeut*in bezieht in die Arbeit die Umweltfaktoren und die personenbezogenen Faktoren mit ein (Anpassung der Umwelt und Anpassung des*der Klient*in/Patient*in an seine*ihre individuelle Umwelt). Am Schluss einer Interventionseinheit werden die Mittel und Methoden gemeinsam auf ihre Wirkungsweise hin überprüft. Der*die Ergotherapeut*in reflektiert seine*ihre Vorgehensweise. Diese Auswertung fließt in die Planung der nächsten Schritte ein.

Während der gesamten ergotherapeutischen Intervention werden Veränderungen des*der Klient*in/Patient*in (ggf. auch durch seine*ihre Bezugspersonen) und der Umweltfaktoren fortlaufend evaluiert.

Eine ausführliche **Evaluation** findet nach dem Erreichen eines Zieles - bei Eintritt einer Veränderung, bei einer Stagnation - und bei Abschluss der Intervention statt. Dabei werden die bei der Erfassung eingesetzten Messinstrumente wieder verwendet, um die Anfangssituation mit der erreichten Situation vergleichen zu können. Der*die Ergotherapeut*in reflektiert die Resultate der Intervention im Hinblick auf die eingesetzten Mittel und Methoden. Er*sie bespricht die Resultate mit dem*der Klient*in/Patient*in und ggf. mit den Bezugspersonen und Mitgliedern des interdisziplinären Teams.

Die einzelnen Schritte des gesamten ergotherapeutischen Prozesses werden systematisch dokumentiert. Ergibt sich aus der Evaluation kein Bedarf für eine weitere ergotherapeutische Intervention, so wird diese abgeschlossen.

2. Ergotherapie in der Primärversorgung

In der Primärversorgung kann ein breites Spektrum an ergotherapeutischen Leistungen und Interventionen für eine Vielzahl an Altersgruppen – vom Kleinkind über Vorschulkinder, Schulkinder, Erwachsene bis hin zu Senior*innen – angeboten werden.

Im extramuralen, wohnortnahen Setting finden Ergotherapeut*innen gute Möglichkeiten Klient*innen/Patient*innen in ihrer Handlungsfähigkeit zu stärken und veränderte Handlungsrollen aufzugreifen. Alltagsaktivitäten können im gewohnten Umfeld trainiert werden, Wohnungsadaptierungen und Hilfsmittelversorgung vor Ort in der konkreten Problemsituation durchgeführt werden.

Exemplarische Leistungen der Ergotherapie direkt im Primärversorgungszentrum:

- Beurteilung der Handlungsfähigkeit (Selbstständigkeit im Alltag im Hinblick auf Einschätzung des Betreuungs- und Pflegebedarfs, kindliche Entwicklung, Arbeitsfähigkeit/Rehafähigkeit, Invalidität ...)
- Anwendung von Assessments bei der Begutachtung zur einfachen, klaren Dokumentation und Verlaufskontrolle
- Ergotherapeutische Sprechstunde für Personen, die Einschränkungen in der Handlungsfähigkeit erleben/diese verbessern möchten
- Beratung, Unterstützung und Therapie bei chronischen Erkrankungen
- Aufklärung und Schulung von Bezugspersonen
- Ergonomische Beratung für unterschiedliche Settings (Wohnung, Arbeitsplatz, öffentlicher Raum)
- Rollstuhl-Assessment und anschließende Anpassung
- Hilfsmittelberatung und -adaptierung, sowie Einschulung im Umgang mit dem Hilfsmittel, um den Transfer in den Alltag zu ermöglichen
- Begleitung von Menschen, die sich in neuen Rollen und Situationen zurechtfinden müssen (z.B. am Übergang vom Arbeitsleben in den Ruhestand oder nach Krisen)

- Schienenherstellung bzw. Taping, um die Handlungsfähigkeit zu erhalten
- Ressourcenorientierte ergotherapeutische Beratung (z.B. für Bezugspersonen nach Krankheitsereignissen, wie Schlaganfall, ADHS, etc.)

Exemplarische Leistungen der Ergotherapie in einem Netzwerk:

- Wohnraumanalyse sowie Wohnraumadaptierung zur Anpassung der individuellen Umwelt der Klient*innen/Patient*innen, um die Handlungsfähigkeit wieder zu ermöglichen bzw. zu erhalten
- Funktionelle Assessments in der eigenen Wohnung und nachfolgende Empfehlungen zur Wohnungs- bzw. Umgebungsanpassung
- Hilfsmittelberatung und -adaptierung, gezieltes Training mit den Hilfsmitteln anhand der jeweiligen Alltagsaktivitäten (z.B. Socken anziehen mit Hilfsmittel)
- Präventive Hausbesuche: Sturzprophylaxe, mögliche Probleme in der Selbstversorgung möglichst früh zu erkennen, Ambient Assisted Living
- Tagesstrukturierung/Erarbeitung von Strategien zur Alltagsbewältigung (z.B. durch gezieltes Training zum Einsortieren der Medikamente in einem geeigneten Medikamentenbehälter und dem Implementieren einer festen Routine zur Medikamenteneinnahme mit den Klient*innen und auch den Angehörigen um eine bessere Medikamenteneinnahme zu sichern und Unsicherheiten im Umgang mit Medikamenten zu reduzieren)
- Hausbesuche ermöglichen einen interdisziplinären, transparenten Austausch mit den anderen Berufsgruppen des PHC-Netzwerkes: bestmöglicher Output für Klient*innen/Patient*innen und das gesamte professionelle Team

Beispiele für ergotherapeutische Leistungen im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention:

- Projekte der Gesundheitsförderung und Prävention im Setting Gemeinde
- Mitarbeiter*innenschulung in Bezug auf Ergonomie am Arbeitsplatz im Rahmen ihrer Tätigkeiten
- Unterstützung und Beratung in Bezug auf gesunde Kindesentwicklung (z.B. Reihenuntersuchungen im Kindergarten um Entwicklungsverzögerungen in der Fein- und Grafomotorik, in der visuellen Wahrnehmung oder in Bezug auf Konzentration und Aufmerksamkeit zu erkennen und dadurch frühzeitig Intervention setzen zu können)
- Durchführung von Reihenuntersuchungen zur Früherkennung und Prophylaxe von Risikofaktoren für Einschränkungen der Handlungsfähigkeit und Krankheiten, z.B. bezüglich Gelenkschmerzen oder Rheuma, für Menschen mit gefährdenden Tätigkeiten (z.B. Hausfrauen, Landwirt*innen)
- Durchführung von Kursen und Beratungen zu verschiedenen Themen, z.B. „Gesunder Alltag durch Betätigung“
- Entwicklung von spezifischen Beratungs- und Schulungsangeboten für Klient*innen, z.B. für ältere Menschen beim Austritt aus dem Erwerbsleben im Hinblick auf eine zufriedenstellende Gestaltung ihrer neuen Rolle
- Information der Öffentlichkeit, z.B. über gesundheitsförderliches Betätigungsverhalten oder bestimmte Erkrankungen und ihre Auswirkungen auf den Alltag

Beispiele für erweiterte Leistungen der Ergotherapie:

- Mitarbeit bzw. Zusammenarbeit unter dem Aspekt der multiprofessionellen Klient*innenbehandlung,- und -betreuung
- Qualitätsmanagement
- Teilnahme und Moderation an/von multiprofessionellen Fallbesprechungen/Abklärungen/Helferkonferenzen
- Fallführung im Team in Bezug auf Krankheitsbilder bzw. Situationen, die zu einer sozialen Isolation und einem Verlust der Handlungsfähigkeit und Rollen führen
- Management und Leitungsfunktionen für das Team
- Aufbau, Betreuung und Mitarbeit in Kriseninterventionsteams

2.1. Arbeitsformen und Finanzierung von Ergotherapie in der Primärversorgung

Für Ergotherapie Austria sind folgende Formen der Finanzierung, in Abhängigkeit vom Organisationsmodell, im Bereich der Primärversorgung möglich:

Ergotherapeut*innen als Angestellte des*der Allgemeinmediziner*in

Für diese Möglichkeit der Zusammenarbeit im PHC-Team bevorzugt Ergotherapie Austria die Finanzierung in Form eines fixen Gehalts, wobei notwendige Geräte, Medizinprodukte und Hilfsmittel vom Träger der PHC-Einheit zur Verfügung zu stellen sind. Koordinationsaufgaben sind ebenso wie die Therapie und Dokumentation an sich Bestandteil der Normalarbeitszeit.

Freiberufliche Ergotherapeut*innen im PHC-Netzwerk

Sind Ergotherapeut*innen als freiberuflich Tätige in ein PHC-Netzwerk eingebunden, so wird eine Finanzierung unmittelbar durch den Sozialversicherungsträger für sinnvoll erachtet. Für die Ergotherapie passend ist, dass für jede*n zur Ergotherapie zugewiesene*n Klient*in/Patient*in die Leistung „Ergotherapie“ pro Behandlung (30 Minuten bzw. 60 Minuten) abgerechnet werden kann. Zusätzlich zu erstatten sind Zuschläge für Hausbesuche durch Ergotherapeut*innen. Weiters gibt es eine einmalige Fallpauschale pro Klient*in/Patient*in, welche die Koordinations- und Besprechungszeit im PHC-Team finanziell erstattet.

2.2. Mindeststandards für Räumlichkeiten der Ergotherapie in einem Primärversorgungszentrum

2.2.1. Bauliche Voraussetzungen

Analog den Voraussetzungen für eine Ergotherapiepraxis mit Kassenvertrag ist pro Ergotherapeutin (30 Stunden) ein Behandlungsraum mit ca. 40 m² mit Waschgelegenheit mit Kalt- und Warmwasser und Spiegel im Behandlungsraum erforderlich. Wird auch mit Kindern gearbeitet, so sind 60-70 m² notwendig, aufgeteilt in einen großen und einen kleinen Therapieraum. Der Therapieraum muss über mindestens eine tragefähige Aufhängung (empfohlen wird eine professionelle Montage) verfügen. Lager- und Abstellmöglichkeiten für Materialien müssen in ausreichendem Maß vorhanden sein. Die Therapieräume müssen über ausreichend Tageslicht verfügen und während der Betriebszeit ent- und belüftet werden können. Auf eine angemessene Temperatur in allen Betriebsräumen ist zu achten.

Die Einhaltung der baupolizeilichen Auflagen und der hygienischen Mindeststandards ist ebenso verpflichtend zu erfüllen. Die Hygieneleitlinie von Ergotherapie Austria kann über das Sekretariat der Geschäftsstelle unter office@ergotherapie.at angefordert werden.

2.2.2. Ausstattung

Die Auswahl des Therapiematerials und die Ausstattung orientieren sich am Versorgungsauftrag in der Primärversorgungseinheit, den Möglichkeiten, Bedürfnissen und dem Schweregrad der Einschränkung der Klient*innen, um die geforderte Qualität in der Ergotherapie leisten zu können. Prinzipiell gilt, dass für die angebotenen Fachgebiete entsprechende Behandlungs- und Hilfsmittel zum Training der einzelnen Fähigkeitskomponenten und zur Durchführung alltagspraktischer Übungen, sowie adäquates Befundungs-, Test- und Übungsmaterial für das sensomotorische/biomechanische/kognitive und/oder sozial-emotionale Training zur Verfügung stehen müssen.

Exemplarisch werden hier **grundlegende, verpflichtende Materialien** angeführt:

- Matten
- höhenverstellbare Therapieliege
- Therapietisch und Therapiestuhl, adaptierbar (in ausreichender Anzahl für Gruppentherapien)
- Werktsch/Hobelbank
- Wandspiegel

Um eine **Hilfsmittelberatung, Hilfsmitteladaptierung und die Herstellung von Schienen** sicherzustellen, sind folgende Punkte zu erfüllen:

- Grundstock an Hilfsmitteln zum Demonstrieren, Ausprobieren und Trainieren
- Material für die Herstellung von kleinen Hilfsmitteln
- Schienenmaterial und Verarbeitungswerkzeug
- Hydrokollator

Auf eine Aufzählung von verschiedenen Therapiematerialien wird auf Grund der gesetzlich verankerten Freiheit in der Methodenwahl und zur kontinuierlichen, dynamischen Weiterentwicklung von Konzepten verzichtet. Es wird lediglich eine **Auswahl** an funktionellem, sensorischem, psychomotorischem Therapiematerial vorgestellt:

- Küchenzeile (bestehend aus Unterschrank, Oberschrank, Spüle, Kochgelegenheit und Kühlschrank) für das Training der Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL Training)
- Werkzeug und Material für handwerklich-kreative Maßnahmen (z.B. Papierarbeiten, graphisches und textiles Gestalten, Modellieren, textile Techniken, Holzarbeiten)
- Testmaterial für neurologischen Status, Handstatus, Selbsthilfestatus, sensomotorische Entwicklung und Wahrnehmungsfunktionen
- Auswahl an „normalem“, qualitativ hochwertigem Kinderspielzeug
- Rampe und Rollbrett, Brettschaukel, Hängematte