

Konzept

für die Durchführung nachklinischer stationärer

medizinisch-therapeutisch-pädagogischer Maßnahmen

der Rehabilitation

für Kinder und Jugendliche

im Integrationszentrum für Cerebralpareesen - ICP –

81377 München, Garmischer Str. 241

München, 20.06.2017

Inhaltsverzeichnis

I.	Vorstellung der Einrichtung	3
1.1	Konzeptionell-fachliche Einheiten des ICP:.....	3
1.2	Aufnahmekapazität – Aufnahmebedingungen – Grundlagen.....	4
1.3	Planung einer stationären Rehabilitation mit geringer Bettenkapazität	5
1.4	Relevante ICD-10-Diagnosen	6
1.5	Ganzheitliches Behandlungskonzept	7
1.6	Typische Operationen bei ICP	8
1.7	Ziele der postoperativen Rehabilitation.....	9
1.8	Besonderheiten der medizinischen Rehabilitation von Kindern mit ICP	9
1.9	Postoperative Rehabilitation unter Berücksichtigung der ICF	10
1.10	Grundvoraussetzungen für die postoperativ stationäre Rehabilitation im ICP.....	11
II.	Überblick über die Cerebralparese mit ihrer Mehrfachbehinderung.....	11
2.1	Definition: Infantile Cerebralparese.....	11
2.2	Ätiologische Faktoren	13
2.3	Auswirkungen des Krankheitsbildes Infantile Cerebralparese auf das Skelettsystem:	13
III.	Personelle und qualitätsorientierte Voraussetzungen, die im ICP erfüllt sind	14
3.1	Aufgaben des Arztes während der stationären Rehabilitationszeit	15
3.2	Spezielle Therapieangebote während der Rehabilitationszeit	16
3.3	Personalvoraussetzungen Therapie / Pflege	18
3.4	Pädagogisch-psychologische Betreuung und Schulunterricht.....	19
3.5	Räumliche Ausstattung	19
3.6	Therapeutische Geräte	20
3.7	Entlassungsbericht	20
3.8	Qualitätssicherung	20
IV.	Gesetzliche Grundlagen.....	21
V.	Personaleinsatz und Pflegekalkulation	21
VI.	Zusammenfassung der Ziele und Anwendungsbereiche einer nachstationären medizinischen Rehabilitation im ICP München	21

- eingereichte Anlagen -

I. Vorstellung der Einrichtung

Die Einrichtung *Integrationszentrum für Cerebralpareesen – ICP – in München* ist ein modernes Therapie – Bildungs – und Ausbildungszentrum für Kinder und Jugendliche mit Cerebralpareese oder ähnlichen Erkrankungen aus dem orthopädisch-neurologischen Formenkreis.

Träger der Einrichtung ist die Stiftung ICP München.

Das ICP ist eine fachärztlich geleitete Rehabilitations- und Bildungs- bzw. Ausbildungseinrichtung, die Kinder und Jugendliche mit komplexen Mehrfachbehinderungen während des ganzen Tages und nach einem interdisziplinären, ganzheitlichen Förderkonzept betreut.

Dabei ist die Unterstützung der aktiven Partizipation der Eltern/Personensorgeberechtigten im gesamten Prozess von wesentlicher Bedeutung. Die Einbeziehung in die Therapie sowie die Ermöglichung der aktiven Unterstützung des Rehabilitationsprozesses soll durch die Fachkräfte ermöglicht werden.

Das teilstationäre Betreuungskonzept der Förderschule/Tagesstätte und Therapieabteilungen wird ergänzt durch ein Wohnheim-Konzept, das über die Ganztagsförderung hinausgehende stationäre Rehabilitation ermöglicht. Kinder/Jugendliche, die im Wohnheim des ICP leben und betreut werden, nehmen an dem ganzheitlichen Tageskonzept mit Therapie/Schule/Tagesstätte teil.

1.1 Konzeptionell-fachliche Einheiten des ICP:

- **Medizin und Therapie** Vorstand, Facharzt für Orthopädie, Facharzt für Orthopädie, Zusatzbezeichnung Kinderorthopädie und Physikalische Medizin
Konsularärzte (halbtägig)
Kinderarzt, mit Schwerpunkt Neuropädiatrie und Epilepsie,
Orthopädin, mit Schwerpunkt Kinderorthopädie

examinierte Krankenpfleger, Heilerziehungspfleger
Physiotherapie – Ergotherapie – Sprachtherapie,
Psychologie
- **Sonderpädagogik:** Private Förderschule mit dem Schwerpunkt motorische Entwicklung und Private Förderberufsschule
- **Heilpädagogik:** Heilpädagogische Tagesstätten, Wohnheim
- **Berufspädagogik:** Berufsbildungswerk mit Internat

Mitarbeiter aller Fachabteilungen arbeiten interdisziplinär und professionell in der Behandlung und Förderung von Kindern/Jugendlichen mit komplexen Mehrfachbehinderungen, die durch Cerebralpareesen oder andere Erkrankungen des zentralen Nervensystems verursacht sind (s. Anlage: Organigramm der Einrichtung).

Zu dem fachärztlich geleiteten **engeren Rehabilitationsteam** gehören examinierte Krankenpfleger/innen, Heilerziehungspfleger, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Sprachtherapeuten, klinische Psychologen.

Kooperationspartner des Integrationszentrums für Cerebralpareesen sind die Kliniken: kbo-Kinderzentrum München, Klinik und Poliklinik für Orthopädie, Physikalische Medizin und Rehabilitation, Klinikum Großhadern der Ludwig-Maximilians-Universität

1.2 Aufnahmekapazität – Aufnahmebedingungen – Grundlagen

Gegenwärtig werden im ICP-Kinderbereich 150 Kindergarten-, Vorschul- und Schulkinder mit unterschiedlichen Behinderungen therapeutisch und pädagogisch gefördert.

Im Ausbildungsbereich BBW werden zurzeit 160 Jugendliche mit vorwiegend körperlichen Behinderungen ausgebildet.

- Grundlage für die Aufnahme von Kindern/Jugendlichen ist die medizinische Diagnose nach dem Kategoriensystem ICD 10 der WHO, vorwiegend neurologisch-orthopädische Diagnosen im Umkreis von R 25.2 und G 80.0 – G 83 (Cerebrale Lähmung und sonstige Lähmungssyndrome – ICP -, hier eine Auswahl:

Spastik R25.2;

Hemiparese spastisch G80.2;

Diplegie spastisch G80.1;

Tetraplegie spastisch G80.8.

Spitzfuß Q66.8;

Spitz-Klumpfuß Q66.0;

Plattfuß kontrakt Q66.5

Skoliose bei Lähmung M41.49;

Adduktorenspastik M24.59;

Hüftkontraktur M24.55;

Gelenkkontraktur bei verkürzten Sehnen M24.59;

Hydrocephalus Q03.9;

Spina bifida Q05.9;

Hüftdysplasie Q65.8;

Hüftluxation Q65.1,

- Grundlage für die Betreuung, Pflege und Therapie ist die detaillierte Förder- und Betreuungsplanung nach dem Kategoriensystem ICF der WHO sind z. B.:

body functions: b,

body structures: s,

Selbstversorgung: d,

Technologien, Produkte zur persönlichen Mobilität, zur Kommunikation, zur Bildung; e, fachspezifische, individuelle Förderpläne der einzelnen Fachabteilungen.

- Grundlage für die berufliche Rehabilitation sind die geltenden Lehr- und Ausbildungspläne der Schulen und der zuständigen Stellen (IHK, HWK)

Medizinische, therapeutische, sonder-, heil- und berufspädagogische Leistungen der Einrichtung Integrationszentrum für Cerebralpareesen – ICP – sind auf die Patienten mit ihren komplexen Behinderungen abgestimmt und entsprechend kombiniert.

1.3 Planung einer stationären Rehabilitation mit geringer Bettenkapazität

Eine über die Tagesförderung, Betreuung, Therapie hinausgehende Rehabilitation ist im ICP durchführbar, wenn Kinder/Jugendliche nach einer stationären Behandlung in einer Klinik, z. B. in der Kooperationsklinik Klinikum Großhadern entlassen werden und eine stationäre Nachbehandlung notwendig ist.

Es handelt sich um eine Rehabilitation, in der die Patienten bereits unmittelbar nach Entlassung aus der Klinik aktiv in der Therapie mitarbeiten können, zusätzlich jedoch noch kurativmedizinisch und mit hohem pflegerischen Aufwand betreut werden.

Für diese stationäre Phase mit allen notwendigen medizinisch-therapeutischen Behandlungen und pflegerischen Maßnahmen können im ICP vorerst maximal 6 Betten eingeplant und für einen maximalen Zeitraum von 6 Wochen Rehabilitationszeit pro Patient zur Verfügung gestellt werden.

Prinzipiell können auch Patienten zeitweise nach Krankenhausaufenthalt behandelt und gepflegt werden, die nicht ständig im ICP gefördert werden, sondern extern sind.

Nach operativen Maßnahmen im Kooperationskrankenhaus Klinikum Großhadern wie auch in externen Kinderorthopädischen Abteilungen und Spezialkliniken könnten einzelne Patienten mit der Grunderkrankung Cerebralparese bzw. ähnlichen Krankheiten (vgl. Tabelle ICD-10) aus dem neuro-orthopädischen Formenkreis für den vorgenannten Zeitraum von 4 bis 6 Wochen nachstationärer Behandlung ebenfalls aufgenommen, gepflegt und therapiert werden, wenn die 6 Betten nicht vollständig belegt sind. Da es sich um komplexe Operationen überwiegend mit Weichteiloperationen, häufig jedoch auch kombiniert mit knöchernen Operationen handelt, ist in den meisten Fällen eine Gipszeit von 6 Wochen notwendig.

Im Interesse eines nahtlosen Rehabilitationsverfahrens sollten Betten für diese Nachbehandlungsphase möglichst in einer Einrichtung zur Verfügung stehen und genutzt werden. Entsprechend der ICD-Diagnose sind Patienten mit schweren muskuloskelettalen Erkrankungen und nach orthopädischen und neurologischen Eingriffen auf eine stationäre muskuloskelettale Rehabilitation mit einem krankheitsabhängigen Bedarf an stationärer Betreuung angewiesen.

Dabei stellt die Einrichtung permanent im Zimmer der Kinder ein Übernachtungsplatz für Eltern/Betreuer zur Verfügung.

Diese Planung ist auch im Sinne des Aufbaus einer bedarfsdeckenden Versorgungsstruktur als Voraussetzung für den rechtzeitigen Übergang aus der Akutbehandlung in die Behandlungs-/Rehabilitationsphase wichtig – ebenso zur Vermeidung der Fehlbelegung von Betten zur Akutbehandlung.

1.4 Relevante ICD-10-Diagnosen

Tabelle ICD-10		
	Rehabilitationsrelevante muskuloskelettale Erkrankung	ICD 10
1.	Erkrankungen der Gelenke	
1.1	Arthritiden	
	- Seropositive Rheumatoide Arthritis	M 05.0
1.2	Arthrosen	
	- Coxarthrose	M 16.9
	- Sonstige Arthrose	M 19.9
1.3	Sonstige Artropathien / Deformitäten	
	- Neuropathische Arthropathie	M 14.6
	- Angeborene Fehlbildungen der Wirbelsäule	Q 76.4
	- Angeborene Hüftdeformationen	Q 65.9
	- Coxa valga, Coxa vara congenita	Q 65.8
	- Angeborene Deformitäten des Knies	Q 68.2
	- Angeborene Deformitäten der Füße	Q 66.9
	- Osteochondrodysplasie	Q 78.9
	- sonstige Arthrodesen	Z 98.1
	- Hüftkontraktur	M 24.55
	- Gelenkkontraktur bei verkürzten Sehnen	M 24.59
	- Plattfuß kontrakt	Q 66.5
	- Hüftdysplasie	Q 65.8
	- Hüftluxation	Q65.1
2.	Krankheiten der Wirbelsäule	
	- Kyphose	M 40.2
	- Skoliose	M 41.9
	- Skoliose bei Lähmung	M41.49
	- Muskuläre Dysbalance	M 99.9
3.	Osteopathien und Chondropathien	
	- Juvenile Osteochondrose (Perthes-Krankheit)	M 91.1
	- Epiphysenlösung des Femurkopfes	M 93.0
4.	Krankheiten der Weichteilgewebe (Muskeln, Sehnen)	
	- Muskelerkrankungen (Myositis)	M 60 – M 63
	- Spitzfuß	Q66.8
	- Spitz-Klumpfuß	Q66.0
	- Adduktorenspastik	M24.59
5.	Neurologische Erkrankungen	

- Neuromuskuläre Erkrankungen (Muskeldystrophien)	G 70 – G 73
- Myelopathien (Erkrankungen des Rückenmarks)	G 95 / G 99.2
- Hypoxische Hirnschädigung	G 99.8
- Schädelhirntrauma	S 06
- Spastik	R25.2
- Hemiparese spastisch	G80.2
- Diplegie spastisch	G80.1
- Tetraplegie spastisch	G80.8
- Hydrocephalus	Q03.9
- Spina bifida	Q05.9

1.5 Ganzheitliches Behandlungskonzept

Das Krankheitsspektrum der Mehrfachbehinderung erfordert eine Anpassung der Rehabilitationsmaßnahmen an einen Behandlungsansatz, der über das Erkennen und Behandeln einer Krankheit hinaus die geistig-seelischen und psychosozialen Belastungsfaktoren des Patienten umfassend berücksichtigt. Dieser ganzheitliche Behandlungsansatz erfordert die Integration der Maßnahmen auf medizinischen, therapeutischen und pädagogischen Sektoren und die enge Verbindung der ärztlichen, pflegerischen, physio-, ergo- und sprachtherapeutischen Versorgung. Er muss die psychosoziale Problemlage des Kindes/Jugendlichen einschließen.

Die stationären Rehabilitationsmaßnahmen nach einer operativen Klinik-Behandlung oder Akutbehandlung bieten in Ergänzung zu ihren medizinischen Leistungen den Kindern/Jugendlichen ein therapeutisches, persönlichkeitsstützendes Milieu. Die Bewältigung von Angst und belastenden Stressoren durch eine Operation fällt dem Patienten leichter, wenn die nachstationäre Behandlungsphase nicht mehr im Krankenhaus stattfinden muss, sondern im Rahmen des ICP gewährleistet wird.

Während dieser nachstationären Phase haben die Kinder/Jugendlichen die Möglichkeit, soziale Fähigkeiten, Selbstwertgefühl und Bewältigungsmuster einzuüben. Sie können – sobald dies möglich ist – unterstützt durch Hilfsmittel und Betreuungspersonal am Schulterricht und an verschiedenen, angepassten Freizeitangeboten der Tagesstätte teilnehmen. Sie sind mithilfe der Physio- und Ergotherapie sowie fachlich-medizinischer Pflege und Kontrolle schneller passiv und aktiv mobil und können sich durch die Integration in ihre Gruppe psychisch besser erholen. Aufmerksamkeit und Konzentration auf Lerninhalte der Schule, an der sie auch liegend oder am Stehbrett stehend partizipieren können, lenken von Belastung und Stress, evtl. auch von resultierenden Schmerzempfindungen ab.

Bei Minimierung von Belastungsfaktoren wird Lernen für das behinderte Kind/den Jugendlichen wieder eher möglich sein.

Diese Maßnahmen sind umso effizienter, je mehr sie durch eine individuelle, patientenorientierte Betreuung geleitet sind. Operationen und Akutbehandlungen in der Klinik gehören zu den belastenden Lebensereignissen, die eine Gefährdung der psychischen Stabilität bedeuten. Nachstationäre medizinische Rehabilitationsmaßnahmen bieten deshalb Kindern und Jugendlichen Hilfe und Unterstützung für eine selbstbewusste Entwicklung.

Es ist auch zu bedenken, dass Patienten mit Cerebralpareesen und anderen neurologischen Erkrankungen sehr viele Krankenhausaufenthalte erlebt haben, die evtl. traumatische Nachwirkungen und Trennungängste mit sich brachten. Bewusste und diffus nacherlebte

Ängste können bei jeder akuten Behandlung oder Operation die psychische Situation des Kindes/Jugendlichen erneut gefährden.

Die meisten operierten Kinder sind den Therapeuten, Erziehern und Lehrern bereits vor der Operation bekannt. Das Vertrauensverhältnis ist bereits gegeben und das unterschiedliche Personal durch regelmäßige Tätigkeit am ICP und Fortbildungen mit dem Krankheitsbild bestens vertraut.

1.6 Typische Operationen bei ICP

Bei den unten aufgeführten Operationen, die bei Kindern und Jugendlichen mit Cerebralparese durchgeführt werden, sind meist stationäre Rehabilitationsmaßnahmen vorgesehen. In Einzelfallentscheidungen kann auch über eine ambulante Rehabilitation im ICP im Rahmen des Tageskonzepts des ICP nachgedacht werden. Berücksichtigt werden müssen dabei psychosozialen Faktoren des Kindes, aber auch pflegerische Grenzen, die eine häusliche Pflege nicht zumutbar machen.

Die Grundsätze der Wirtschaftlichkeit werden dabei erfüllt, weil die räumlichen, technischen und personell-fachlichen Ressourcen der Einrichtung, die vorhanden sind, auch für einzelne Patienten in der Rehabilitationsphase genutzt und in effektiver Weise eingesetzt werden können.

Die Einbeziehung und Betreuung der Eltern während der gesamten Rehabilitationszeit in der Einrichtung ermöglicht später dann erst eine nachhaltige Betreuung und Unterstützung im häuslichen Umfeld.

Einzelne Operationen, bei denen eine nachstationäre Betreuung/Nachbehandlung angebracht ist, können sein:

1. Beckenosteotomie nach Salter
2. Varisationsosteotomie prox. Femur
3. Weichteilentspannung der Hüftbeuger
4. Verlängerung der Kniebeuger
5. Distaler Rectustransfer
6. Achillessehnenverlängerung, meist in Kombination mit:
7. Arthrololyse OSG u. USG
8. OP nach Grice-Schede.
9. OP nach Schede-Evans
10. Transfer M. tibialis anterior
11. Transfer M. tibialis posterior
12. USG-Arthrodesese, auch T-Arthrodesese

Die Patienten werden nach den Operationen 1-3 mit Becken-Bein-Gips bzw. nach den Operationen 4-12 meist mit OS- oder/und US-Gips aus dem Akut-Krankenhaus entlassen. (Die einzelnen Operationen mit den dazugehörigen OPS-301 Schlüsseln, Version 2004, s. Anlage)

1.7 Ziele der postoperativen Rehabilitation

Die individuellen Maßnahmen einer muskuloskelettalen Rehabilitation bei ICP müssen auf definierten Therapiezielen basieren. Gemäß ICF müssen sich die spezifischen Rehabilitationsziele auf alle Folgen einer muskuloskelettalen Erkrankung (Körperfunktionen und –strukturen, Aktivität und Partizipation) beziehen.

Die allgemeinen Ziele in der muskuloskelettalen Rehabilitation sind (unter Beachtung der Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit):

- Reduktion von Schmerzen und Vermittlung von Bewältigungsstrategien bei chronischen Schmerzzuständen
- Verbesserung bzw. Erhaltung der Gelenk-, Muskel- und Bewegungsfunktionen, Verminderung der Gelenkkontrakturen
- Abbau bzw. Verhinderung von kompensatorischen Überbelastungen
- Verbesserung bzw. Erhaltung der Ausdauer
- Verbesserung bzw. Erhaltung der Koordination und des Körpergefühls insbesondere bei der spastischen Hand
- Verbesserung von Einschränkungen in Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL)
- Reduktion von Risikofaktoren (Sekundärprävention) wie z.B. Entwicklung von sekundären Hüftluxationen
- Reintegration auf der Partizipationsebene z.B. durch Verbesserung der Gehfähigkeit nach Operationen
- Sicherstellung der Nachhaltigkeit z.B. durch anschließende Schienentherapie und Fortführung der ambulanten Therapie.

Die stationäre Nachbehandlungsphase im ICP kann erfahrungsgemäß nach 6 Wochen Pflege, Betreuung und Einleitung von Physio- und Ergotherapie beendet werden. In den meisten Fällen kann sie komplikationslos in die durch den Klinikaufenthalt unterbrochene Langzeitförderung im ICP übergehen.

Zusammenfassend zielt die nachstationäre Rehabilitation bei Kindern und Jugendlichen mit Cerebralparese insbesondere auf den komplikationslosen und möglichst kurzen zeitlichen Verlauf der nachoperativen Phase, gleichzeitig auch auf die Erhaltung und Verbesserung der entwicklungsentsprechenden Leistungsfähigkeit des Kindes oder Jugendlichen.

1.8 Besonderheiten der medizinischen Rehabilitation von Kindern mit ICP

Im Einzelnen sind folgende Besonderheiten bei der medizinischen Rehabilitation für Kinder/Jugendliche mit Cerebralparese zu berücksichtigen:

- Neurologische Ausfallmuster und Funktionsstörungen unterscheiden sich nach dem betreffenden Areal und Ausmaß der Schädigung. Die Patienten können unter hyper- und hypotonen Bewegungsstörungen, Sprachstörungen, Wahrnehmungs-, Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen bis hin zu psychopathologischen Veränderungen leiden. Die Grundbegabung der Patienten mit Cerebralparesen kann von normaler Intelligenz, über Teilleistungsstörungen, Lernbehinderungen oder geistiger Behinderung streuen. Es handelt sich in den meisten Fällen um eine Mehrfachbehinderung (s. Exkurs über das Krankheitsbild der Cerebralparese).
- Die (vorübergehende) Trennung von Eltern und Freunden durch den Krankenhausaufenthalt und die Operation bedeutet für das behinderte Kind/den behinderten Jugendlichen eine besondere psychische Belastung, die behutsam aufgearbeitet werden muss. Die Anpassung und Orientierung an die Krankenhaussituation macht oft besonders nachhaltige Schwierigkeiten und gelingt nur schlecht.

- Gerade deshalb ist die aktive Einbeziehung der Eltern während des gesamten Reputationsprozesses von großer Bedeutung. Eltern/Betreuer können im Zimmer der Kinder mit Wohnen und werden dort betreut. Hinzu kommt das sie umfänglich und individuell in den Rehabilitationsprozess mit einbezogen werden umso das Eigenpotenzial zur Weiterführung und Unterstützung der Behandlungen und Therapien zu ermöglichen.
- Untersuchungs- und Nachbehandlungsprozesse sind bei mehrfachbehinderten Kindern und Jugendlichen zeitaufwendig. Gerade deshalb müssen Eltern befähigt sein diese Prozesse technisch, emotional und auch fürsorglich unterstützen zu können.
- Es bestehen häufig erhebliche Compliance-Probleme, die eine einfühlsame Hinführung zu den therapeutischen Abläufen erfordern.
- Der für Kinder erforderliche Freiraum für Spiel- und Lernverhalten muss trotzdem gewährleistet sein. Die therapeutischen Abläufe müssen so gestaltet sein, dass sie den entwicklungspezifischen Besonderheiten und der Belastbarkeit des Patienten entsprechen.
- Nachstationäre Maßnahmen erfüllen die gruppenspezifischen Voraussetzungen und Bedürfnisse des Kindes/Jugendlichen. Sie ermöglichen in manchen Fällen eine evtl. notwendige Hauslösung des Kindes/Jugendlichen aus dem sozialen Milieu.
- Betreuung der Eltern/betreuenden Personen und Ertüchtigung dieser zur Begleitung und späteren Unterstützung der Kinder/Jugendlichen.

1.9 Postoperative Rehabilitation unter Berücksichtigung der ICF

Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit ICF (2001, dt. Übersetzung Okt. 2004, früher ICIDH – 1980) als allgemein anerkannte Grundlage für ein umfassendes Verständnis des Rehabilitationsprozesses beschreibt u.a. die Ebene der Beeinträchtigungen (handicaps) als „eine sich aus einer Schädigung oder Fähigkeitsstörung ergebende Benachteiligung des betroffenen Menschen“. Diese verhindert oder schränkt ein selbständiges Leben ein.

Danach besteht das Ziel der Rehabilitation darin, die durch die Operation verbesserten Funktionsstörungen und Verminderung der muskulären Dysbalancen zusätzlich funktionell zu optimieren, im Besonderen bei der Cerebralparese den erweiterten Mobilitätsraum dem Kind überhaupt zugänglich zu machen.

Gemäß dem ICF schließt Rehabilitation alle Leistungen ein, die darauf gerichtet sind, eine drohende Beeinträchtigung der Teilhabe abzuwenden bzw. eine bereits eingetretene Beeinträchtigung der Teilhabe zu beseitigen, zu vermindern oder deren Verschlimmerung zu verhüten. Eine drohende Beeinträchtigung der Teilhabe liegt vor, wenn neben Schädigungen nicht nur vorübergehende alltagsrelevante Beeinträchtigungen der Aktivitäten bestehen.“

Die Krankenkassen erbringen stationäre medizinische Rehabilitationsleistungen für Kinder und Jugendliche, um einer drohenden Behinderung vorzubeugen, sie nach Eintritt zu beseitigen, zu bessern oder eine Verschlimmerung zu verhüten. Die medizinische Rehabilitation als Anschlussrehabilitation (AR) schließt die Krankenbehandlung mit dem Ziel ein, die Verschlimmerung einer Krankheit zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern.

1.10 Grundvoraussetzungen für die postoperativ stationäre Rehabilitation im ICP

Prinzipiell stationär rehabilitationsbedürftig sind Kinder und Jugendliche,

- wenn ambulante rehabilitative Behandlung nicht ausreicht, um eine bessere Genesung zu erreichen,
- wenn Maßnahmen zur Krankheitsbewältigung erforderlich sind,
- wenn der weitere Heilungsprozess durch die Behandlung im Akutkrankenhaus nicht unbedingt fortgesetzt werden muss, oder: Familienkonstellation und –Atmosphäre dem Heilungsprozess entgegenstehen,
- wenn Folgeschäden der Erkrankung drohen, z.B. Gefahr von zunehmender Hüftluxation,
- und die Patienten gleichzeitig für ihren weiteren Lebensweg, für Schule, Lehre und Beruf befähigt werden sollen.

Diese sozialmedizinisch relevanten Kriterien werden in allen Fällen, in denen Kinder/Jugendliche zur nachstationären Behandlung im ICP aufgenommen werden, durch die Ärztliche Leitung beurteilt.

Die Ärztliche Leitung wird in ihrer Beurteilung eine mehrdimensionale Betrachtungsweise zum Wohl des Kindes/Jugendlichen berücksichtigen, ebenso den familiären Hintergrund des Patienten.

Bei der Beantragung der Rehabilitationsmaßnahme wird neben dem ärztlichen Befundbericht die Beurteilung nach sozialmedizinisch relevanten Kriterien enthalten sein.

II. Überblick über die Cerebralparese mit ihrer Mehrfachbehinderung

2.1 Definition: Infantile Cerebralparese

Infantile Cerebralparese ist ein Begriff für cerebrale Residual- oder Fehlbildungssyndrome, die mit spastischen Paresen assoziiert sind. Der Zeitpunkt der Schädigung des ZNS sollte jedoch nur die pränatale, natale und neonatale Phase einschließen. Schädigungen des Gehirns, die postnatal später entstehen und eine Cerebralparese zur Folge haben, sollten einer anderen neurologischen Definition zugerechnet werden.

Die Folgen der Schädigung des unreifen Gehirns sind meist sehr komplex, hauptsächlich Funktionseinschränkungen im Bereich der Motorik und der Koordination. Häufig sind die Symptome nicht nur auf Motorik/Bewegungskoordination beschränkt, sondern durch zusätzliche Beeinträchtigungen der Wahrnehmung, der Sprechfähigkeit, des Lernens, evtl. auch korreliert mit Epilepsie, frühen Ernährungsstörungen und vielen anderen sekundären Symptomen verstärkt. Deshalb entsprechen die Folgen einer Cerebralparese der Mehrfachbehinderung.

Zum Verständnis der Definition ist die Tatsache wesentlich, dass der entstandene Substanzdefekt des ZNS irreparabel ist. Obwohl er sich im Laufe des Lebens nicht vergrößert, schließt dies eine Verschlechterung der Symptomatik nicht aus.

Die Klassifikationen der Cerebralparese beziehen sich auf das Maß bzw. die Ausdehnung der spastischen Lähmung und auf die Einteilung der motorischen Störung:

Die Klassifikation unterscheidet in: Hemi-, Di-, Tetraparese (und Paraparese) bzw. in Hypo- und Hypertonie in Bezug auf den Muskelstatus.

Hypertonie als spastische Lähmung wird unterschieden von Athetosen (Dystonie) und Ataxien.

Bei Hypertonie gleichzeitig in ant- und agonistischer Muskulatur spricht man von Spastik. Die sog. „Kokontraktur“ hat eine Verlangsamung des Bewegungsverlaufs zur Folge. Außerdem liegt eine Verarmung des Dehnungswiderstandes vor, sowie gestörte reziproke Innervation, gesteigerte Reflexe und Klonusbereitschaft.

Pathophysiologisch muss davon ausgegangen werden, dass der Ausfall der supraspinalen Systeme (Pyramidenbahn) der Auslöser der Spastik ist (Enthemmungsphänomen). Ursächlich ist immer eine Schädigung des ersten motorischen Neurons vorhanden.

Die spastische Lähmung ist das häufigste Symptom der infantilen Cerebralparese. Sowohl die Athetose als auch die Ataxie sind selten als alleiniges Krankheitsbild mit einer infantilen Cerebralparese assoziiert, häufiger als Begleiterscheinung. Die Athetose beschreibt eine Bewegungsstörung der Haltungs- und Bewegungskontrolle, gekennzeichnet durch unregelmäßig schwankende Muskelspannung mit ausfahrenden, unkontrollierten Bewegungen, verursacht durch Schädigungen der Basalganglien oder extrapyramidalen Strukturen. Bei der Ataxie bestehen Koordinations- und Gleichgewichtsstörungen, die auf einer Schädigung des Kleinhirns beruhen.

Das Spektrum von Symptomen und Symptomkomplexen reicht von leichten Bewegungsstörungen bei Hemiparesen bis zu größten Problemen in Bezug auf Lagerung und Kontaktaufnahme zu Patienten mit schwersten Formen der Tetraparese.

Bei der Mehrfachbehinderung durch CP sind auch Störungen im Bereich der Sensorik, der Kognition und der Sprache anzutreffen.

Diese Multimorbidität der betroffenen Kinder/Jugendlichen ist von entscheidender Bedeutung für Therapie und Rehabilitation.

Aspekte der Mehrfachbehinderung:

- Störungen der Motorik
- Perzeptions- und Wahrnehmungsprobleme
- Sprach- und Sprechstörungen
- Intelligenz- und Lernfähigkeitsbeeinträchtigungen
- Verhaltensauffälligkeiten
- Epileptische Anfälle und Anfallsbereitschaft

stehen in wechselseitiger Beziehung, kommen häufig nicht unabhängig vor und können mehr oder weniger stark ausgeprägt sein. Dieses Wissen ist für die Diagnostik und in der Therapieplanung wichtig. Es gilt, eine effiziente, alle Behinderungen einschließende Therapie zu entwickeln.

Besonders in Phasen motorischer, aber auch emotionaler Aktivität erhöht sich der Muskeltonus der Extremitäten. In Ruhephasen liegt häufig eine Hypotonie vor. Es kommt zu einer Ko-Kontraktion von Beugern und Streckern, die zu schweren Kontrakturen führen kann.

Im Säuglingsalter sind die Symptome der infantilen Cerebralparese nicht immer sofort erkennbar, die Kinder zeigen selten große Auffälligkeiten. Lediglich Kinder mit schwersten cerebralen Schädigungen weisen eine ausgeprägte Hypotonie des Rumpfes auf, die bereits in den ersten Monaten erkennbar ist. Häufig wird die Diagnose erst zu Beginn des zwei-

ten Lebensjahres gestellt, wenn Kinder durch nicht altersentsprechende Koordination und Körperkontrolle auffallen. Zusätzlich werden mangelndes Wachstum von Muskelgruppen sowie eine Tonussteigerung sichtbar.

Typische Folgeerscheinungen sind:

- Spitzfuß
- Knie- und Hüftbeugekontraktur
- Innenrotation des Beines
- Pronation des Unterarmes
- Eingeschlagener Daumen und flektierte Finger
- Scherengang durch Hypertonie der Adduktoren

Diese körperlichen Veränderungen haben immense Auswirkungen auf das Skelettsystem und vor allem auf die einzelnen Gelenke (in sehr unterschiedlicher Weise).

2.2 Ätiologische Faktoren

Die ätiologischen Faktoren lassen sich in prä-, peri- und postnatale unterteilen. Pränatale Hirnschädigungen sind zurückzuführen auf genetische Faktoren, Infektionskrankheiten der Mutter, Gestosen, metabolische Erkrankungen (Beispiele). In der perinatalen Phase sind Risiko- und Frühgeburten sowie in der postnatalen Phase entzündliche Erkrankungen des Gehirns (Meningitis, Encephalitis) von größerer Bedeutung.

2.3 Auswirkungen des Krankheitsbildes Infantile Cerebralparese auf das Skelettsystem:

Wirbelsäule:

Das bei der ICP auftretende Muskelungleichgewicht zwischen Agonisten und Antagonisten hat zur Folge, dass es zu skoliotischen Fehlhaltungen kommen kann. Diese sind zu Beginn noch physiotherapeutisch ausgleichbar, doch im Lauf der Zeit und des Wachstums entwickelt sich oft eine fixierte neurogene Skoliose.

Klinisch ist zu beachten, dass eine noch ausgleichbare Skoliose nicht zwangsläufig in eine fixierte neurogene Skoliose übergehen muss.

Hüftgelenk:

Die gestörte Funktion zwischen A- und Antagonisten macht sich auch in einem typischen klinisch auffälligen Befund der Hüfte bemerkbar.

Es können Formveränderungen im Bereich des Femurs entstehen, die wiederum die Funktionalität des gesamten Hüftgelenkes beeinträchtigen. Klassische Fehlförmigkeit ist die Coxa valgä antetorta, welche nach zuerst gutem Gelenkschluss immer weiter dezentriert. Die Pfanne ist dagegen unauffällig. Sie droht im Laufe der Zeit zu luxieren, was ebenfalls durch die Inaktivität der Patienten begünstigt wird. Deshalb lässt sich die Hüftluxation von Kindern/Jugendlichen mit Cerebralparese durch mangelnde Gehfähigkeit erklären.

Kniegelenk:

Neben der Hüfte kommt dem Kniegelenk des Patienten eine Schlüsselrolle zu. Eine Schädigung des Kniegelenkes hat immer auch Auswirkungen auf die Funktionsfähigkeit von Hüfte und Fuß. Eine Beugstellung in der Hüfte bewirkt eine Beugung im Knie, vor allem, wenn das Kind/der Jugendliche sich aufrichtet und fehlerhaft belastet. Außerdem kann eine Tonusverstärkung im Bereich der medialen Kniebeuger oder auch eine Innenrotation und Adduktion der Hüftgelenke eine Kniebeugung bedingen. Zusätzlich kann eine Spitz- oder Hackenfuß auftreten, letzterer tritt vermehrt bei Hypotonus auf.

Bestehen diese Deformitäten über einen längeren Zeitraum, so kann sich eine Valgusstellung im Bereich des betroffenen Knies bilden. Zusätzlich, verursacht durch den erhöhten Zug im Bereich des M. quadriceps femoris wird der Patellahochstand bei den betroffenen Patienten beobachtet. Er kann mit Patellafragmentationen im oberen Pol einhergehen.

Bei nicht stehfähigen Kindern kommt es zur Kniebeugung durch die Tonisierung im Bereich der ischiocruralen Muskulatur. Es ist festzustellen, dass die Kniebeweglichkeit der Patienten von der Position des Körpers abhängt, bedeutende Unterschiede sind beim Liegen, Stehen oder Gehen festzustellen. Für die Diagnostik ist eine Ganganalyse hilfreich.

Fuß und Sprunggelenk:

Zu den häufigsten Deformitäten bei infantiler Cerebralparese gehören die Fehlstellungen der Füße. Ursachen hierfür sind:

- Störungen der neuromuskulären Koordination mit einer pathologischen Muskeltonusverteilung
- Persistenz pathologischer Reflexreaktionen
- Biomechanische Faktoren bei fehlender oder gestörter Belastung

Die charakteristische und vor allem bei hypertonen Patienten mit CP auftretende Deformität ist der Spitzfuß. Ursache ist das muskuläre Ungleichgewicht im Fußbereich mit einem Ungleichgewicht zu Gunsten der Plantarflexoren und Zehenbeuger.

Den Spitzfuß begünstigen ebenfalls die noch vorhandenen Primitivreflexe.

Zunächst ist der Spitzfuß therapeutisch ausgleichbar, später geht er in einen fixierten Spitzfuß über. Folgeerscheinungen des Spitzfußes aufgrund von Kompensationsmechanismen können ein Genu recurvatum, Knick/Platt-Füße und Spitz/Klumpfüße sein. Dabei ist zu beachten, dass diese Deformitäten nicht nur bei steh- bzw. gehfähigen Patienten auftritt, sondern auch bei Patienten, die nicht stehfähig sind – aufgrund von neurologischen Störungen, Wachstumseinflüssen und starker Kontrakturneigung.

III. Personelle und qualitätsorientierte Voraussetzungen, die im ICP erfüllt sind:

Die Ärztliche Präsenz ist an vier Tagen während der Woche unmittelbar im ICP gegeben, ansonsten durch die unmittelbar verfügbare Nähe der operativen Klinik. Sollten postoperative Komplikationen auftreten, die ein schnelles Handeln notwendig machen, so kann der Arzt, der das Kind bestens von der Operation her kennt, bzw. sein Vertreter in kürzester Zeit herbeigerufen oder das Kind in Begleitung in der Klinik unmittelbar vorgestellt werden.

Die Position der Ärztlichen Vorstands des ICP München geht mit einem umfangreichen Wissen über die medizinischen sozialen und psychologischen Probleme im Umfeld der Behinderten und ihrer Stellung in der Gesellschaft in diesem speziellen Fall der infantilen Cerebralparese einher. Für die Leitungsstelle sieht aufgrund der operativen und rehabilitativen Anforderungen eine Facharztanerkennung Orthopädie und die Zusatzbezeichnung Kinderorthopädie vorgesehen.

Der derzeitige Ärztliche Vorstand ist in dieser speziellen Krankheitsgruppe mit den vielfältigen Wechselwirkungen zwischen Gesundheit und Krankheit, ihren Risiken und protektiven Faktoren einerseits und gesellschaftlichen Tatbeständen andererseits unter ätiologischer, präventiver, rehabilitativer, gutachterlicher, versorgungsrechtlicher und ökonomischer Perspektive vertraut. Er befasst sich wissenschaftlich in seinen Publikationen und Studien mit der Cerebralparese und neuroorthopädischen Erkrankungen, aber auch mit der Integration der Behinderten in den Arbeitsmarkt. Als Vorstand des ICP ist er mit der ökonomischen und personellen Führung des Hauses mit ca. 400 Mitarbeitern langjährig vertraut und mit verantwortlich und verfügt in diesem Bereich über entsprechende rehabilitative und sozialmedizinische Erfahrungen.

Die Organisation des Gesundheitswesens und der sozialen Sicherung sowie die Wirkungen und Kosten der medizinischen Versorgung spielen bei der Leitung des ICP eine große Rolle. Erwähnt werden soll an dieser Stelle wegen der Komplexität der Behandlung bei diesem speziellen Krankheitsbild mit Mehrfachbehinderung die Teamarbeit mit regelmäßigen, mindestens wöchentlichen Teamsitzungen z. B. als Förderplanbesprechungen.

Das Reha-Team setzt sich aus ärztlichen Betreuern, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Sprachtherapeuten, Pädagogen und Sonderpädagogen zusammen. Dabei handelt es sich um besonders qualifiziertes und geschultes Personal, das der Größe und indikationsbezogenen Spezialisierung des Integrationszentrums für Cerebralparesen entspricht. Das gesamte Team ist befähigt, Eltern/Betreuer umfassend zu unterstützen, zu Schulen und während des Rehabilitationsprozesses zu begleiten.

3.1 Aufgaben des Arztes während der stationären Rehabilitationszeit

Die betreuenden Ärzte arbeiten interdisziplinär mit den medizinischen und nicht-medizinischen Fachkräften im ICP zusammen. Sie haben die Aufgabe, erforderliche rehabilitationsdiagnostische Maßnahmen durchzuführen bzw. zu veranlassen, die individuell geeigneten Rehabilitationsmaßnahmen festzulegen, ihre Qualität zu sichern und die Kinder und Jugendlichen rehabilitationsspezifisch zu behandeln und zu betreuen.

Weitere Aufgaben der betreuenden Ärzte sind insbesondere:

- die Leitung des Rehabilitationsteams,
- Koordination und Abstimmung der Rehabilitationsplanung (Bei der Aufstellung des Rehabilitationsplanes werden medizinisch-ärztliche, therapeutische, schulische und evtl. ausbildungsbedingte Aspekte berücksichtigt.),
- die Durchführung von regelmäßigen (mind. einmal pro Woche) patientenbezogenen Teambesprechungen,
- die Kooperation mit vor- und nachbehandelnden Ärzten, Konsiliarärzten und Konsiliardiensten,
- der Arzt/die Ärztin bezieht Eltern/Betreuer aktiv in den Reputationsprozess mit ein,
- die Durchführung von Zwischenuntersuchungen und Anpassung des Rehabilitationsplans,

- die Abschlussuntersuchung und Schlussbeurteilung der Rehabilitation mit sozialmedizinischer Beurteilung und Hinweisen für weiterführende Maßnahmen im Rahmen der Nachsorge,
- die Einleitung sekundärprophylaktischer Maßnahmen.

3.2 Spezielle Therapieangebote während der Rehabilitationszeit

Zu den speziellen Therapieangeboten gehören – je nach Indikation –

- alle Maßnahmen der physikalischen Therapie,
- orofaciale Therapie (Kau-, Schluck- und Esstraining) und Sprachtherapie,
- Kommunikationstraining,
- Selbständigkeitstraining (Orientierungs-, Aufmerksamkeits- Handlungstraining),
- Weitere Förderung der Mobilität,
- Sport- und Bewegungstherapie,
- Sprachtherapie,
- Ergotherapie,
- Psychomotorik.
- Elternschule und Elternsprechstunde

Indikationsspezifische Therapieformen ergeben sich aus den jeweiligen Anforderungen.

Die Therapiedichte erfordert engmaschige ärztliche Visiten, überwiegende Einzeltherapien, Rehabilitationspflege vier Stunden täglich (über 24 Stunden verteilt) unter Einschluss von allgemeiner und spezieller Pflege.

Zur Durchführung dieser und aller weiterführender Maßnahmen werden vorhandene Leistungsangebote genutzt:

➤ **Physiotherapie**

Physiotherapeutische Behandlungen im ICP beziehen sich auf individuelle, auf den Patienten bezogene Einzelbehandlungen in Anlehnung an das Bobath-Konzept. Die physiotherapeutische Befundaufnahme hat die Behandlungsplanung im Blickfeld, in der Befund und Therapie in Wechselwirkung zueinander stehen. Der ständig aktualisierte Befund begleitet die Therapie, solange sie durchgeführt wird.

Er beurteilt:

- den neurophysiologischen Entwicklungsstand,
- die Vitalfunktion – den Ablauf der Motorik in verschiedenen Situationen
- die Aufrichtemechanismen, beginnend von der Kopfhaltung aus,
- Fehlhaltung und mögliche Folgen,
- Förderung der Eltern und Betreuer, sowie deren Befähigung Therapien im Alltag weiterhin im Rahmen ihrer Möglichkeiten zu unterstützen und fortzusetzen.

Die Behandlung greift in den gestörten Entwicklungsprozess ein, um höher entwickelte motorische Verhaltensweisen zu ermöglichen. Hierbei kommen Techniken aus dem Bobath-Konzept zur Anwendung, die sich im Laufe der letzten Jahre verbessert haben. Aus der statischen Behandlung – reflexhemmende Ausgangsstellung zur Tonusbeeinflussung – entwickelte sich eine dynamische Behandlung mit laufender Kontrolle.

Schwerpunkte der Einzeltherapie des Klein- und Schulkindes sind:

- Förderung der statomotorischen Entwicklung: Es wird versucht, die zu erwartende Tonuserhöhung voraussehend zu mindern. Bewegungsabläufe und Bewegungsvarianten werden provoziert.

- Aufrichtung: beginnend vom Kopf aus, Stützfunktion und Gewichtsverlagerungen, Umgang mit Eigengewicht – Schwerkraftempfinden, Bewusstmachen einer Fehlhaltung und Erlernen der eigenen Korrektur, Kontrakturprophylaxe, Beachtung von Asymmetrie, Hüft- und Rückenproblemen, Schienenversorgung und deren Akzeptanz.
- Schwerpunkte der Einzeltherapie des Jugendlichen mit Cerebralparese:
- Funktionserhaltende passive und aktive Maßnahmen mit regelmäßiger Belastungs- und Gangschulung
- Beobachtung und physiotherapeutisches Training der Statomotorik (allgemeine Stabilität, Gleichgewichtsreaktion)
- Verbesserung der Sitzposition und Ausgangssituation bei Handlungen

Kinder und Jugendliche, die nachstationär im ICP versorgt und behandelt werden, erhalten täglich physiotherapeutische Behandlungen über einen Zeitraum hinweg, der vom Arzt festgelegt wird. Bewegung und Bewegungsfähigkeit werden nach operativer Korrektur und die dadurch veränderten tonischen Verhältnisse langsam wieder aufgebaut. Der behandelnde Physiotherapeut wird die Betreuer des Kindes/Jugendlichen (Erzieher, Lehrer) über den Umgang mit dem operierten Patienten informieren.

➤ Ergotherapie

Hauptziel der ergotherapeutischen Behandlung ist, eine individuelle Handlungskompetenz im Alltag zu erreichen. Sie bezieht sich auf Selbstversorgung und aktives Handeln. Der ergotherapeutische Befund ergibt ein differenziertes Bild der individuellen Handlungskompetenz, folgende Ziele können daraus abgeleitet werden:

- Entwicklung und Erhalt größtmöglicher Selbständigkeit im Tagesablauf,
- Förderung des Körperbewusstseins, der visuellen Wahrnehmung,
- Training kognitiver Leistungen und des Aufmerksamkeitsverhaltens,
- Spielanbahnung, Förderung der Feinmotorik und Graphomotorik,
- Förderung der Eltern und Betreuer, sowie deren Befähigung Therapien im Alltag weiterhin im Rahmen ihrer Möglichkeiten zu unterstützen und fortzusetzen
- Förderung der sensorischen Integration, Vermeidung von Fehlstellungen und Kontrakturprophylaxe,
- Hilfsmittelversorgung.

Abhängig von individuellen Schwierigkeiten und von dem Entwicklungsstand kommen unterschiedliche Therapiekonzepte zur Anwendung:

- Förderung der visuellen Wahrnehmung nach Frostig,
- Sensorische Integration nach Ayres,
- Verstärkung des Spürens und Führung nach Affolter,
- das Konzept der neurophysiologischen Bewegung nach Bobath (für Handling, Tonusregulierung, Haltung).

Darüber hinaus werden entwicklungspsychologische Erkenntnisse von Piaget und die Sonderpädagogik von Montessori in den Behandlungsplan integriert.

Die ergotherapeutische Behandlung von Kindern im ICP kann auch während der nachstationären Rehabilitationsphase – soweit die Behandlung realisierbar ist – fortgesetzt werden. In Einzelfällen kann sie auch mit neuen Zielen eingeleitet werden.

➤ Sprachtherapie

Bei Kindern/Jugendlichen mit Cerebralparese werden Sprechen und der Sprechbewegungsablauf durch die senso-motorische Grunderkrankung, den veränderten Muskeltonus, Koordinationsfehler, sowie durch pathologische und kompensatorische Spontanbewegungen beeinträchtigt.

Ein Therapieerfolg lässt sich, in Abhängigkeit vom Schweregrad der Symptome, nur durch eine kontinuierliche, langfristig begleitende Therapie erzielen. Der Sprachtherapeut berät die Bezugspersonen des Kindes so früh wie möglich bei der Nahrungsaufnahme und dem Spracherwerb. Er muss dabei die Veränderung von Haltung/Bewegung, den Abbau von einschränkenden Reaktionen, die Hemmung bedingter Reflexe beachten und das Anbahnen normaler früher und komplexer Bewegungsmuster überwachen, sowie die Sensorik aktivieren, um die Lern- und Kommunikationssituation für den Patienten zu erleichtern. Ganz wesentlich hierbei ist die Mitwirkung der Eltern/Betreuer und deren Befähigung kontinuierlich die Therapien weiter mit dem Kind oder den Jugendlichen fortzusetzen.

Wenn Sprachtherapie für Patienten, die nachstationär im ICP versorgt werden, verordnet werden musste, wird sie auch soweit wie möglich, in dieser Phase stattfinden.

3.3 Personalvoraussetzungen Pflege / Therapie

Die vollstationäre Unterbringung der Patienten erfolgt in unserem Schülerwohnheim, das über 4 Wohngruppen mit jeweils 9 Plätzen in Einzel- und Doppelzimmern verfügt.

Jedem Zimmer ist ein so genanntes RWC, ein rollstuhlgerichtetes Bad, direkt zugeordnet. Außerdem befinden sich in jeder Wohngruppe ein Pflegebad, ein Wohn- und Esszimmer und eine Küche.

Die Grund- und Behandlungspflege ist rund um die Uhr sichergestellt durch Fachkräfte aus der Krankenpflege, durch Heilerziehungspfleger, Erzieher und Kinderpfleger.

Unser Schülerwohnheim untersteht der Heimaufsicht der Regierung von Oberbayern und erfüllt alle notwendigen Kriterien.

Die Physiotherapeuten im ICP haben die Staatliche Anerkennung als Physiotherapeut/Krankengymnast und arbeiten nach dem Bobathkonzept auf neurophysiologischer Grundlage.

Die Ergotherapeuten im ICP haben die Staatliche Anerkennung. Aufgrund des angegliederten Berufsbildungswerks haben sie umfangreiche Kenntnisse in arbeitsrehabilitativen Maßnahmen, Ergonomie, Arbeitsplatzanpassung und Erfahrungen in der berufsorientierten Arbeitstherapie.

Klinische Psychologen

- Diplom als Psychologe, ggf. psychotherapeutische Zusatzqualifikation und
- Erfahrung in der Leitung von Gruppen

Sozialarbeiter/Sozialpädagoge

- Diplom/staatliche Anerkennung als Sozialarbeiter bzw. Sozialpädagoge und
- regelmäßige interne und externe Fort- und Weiterbildung

Krankenpfleger/Krankenschwester

- Staatliche Ausbildung als Gesundheits- und Krankenpfleger

Sportlehrer/Sporttherapeut

- Diplom-Sportlehrer mit medizinischer Ausrichtung (z.B. Fachrichtung Rehabilitation) oder Zusatzqualifikation Bewegungs-/Sporttherapie

Alle Fachrichtungen sind permanent und mit mehreren Vertretern je Personalgruppe im ICP angestellt und damit in der Rehabilitation dauerhaft und jederzeit zur Verfügung. Da das Kind bereits vor Operation in den normalen pädagogisch-therapeutischen Prozess ganztags einbezogen ist, entfällt die Notwendigkeit für einen zusätzlichen Personalschlüssel. Die zusätzliche aufwändige Pflege des Kindes bedarf einer Mehrarbeit der einzelnen Betreuer vor allem im Heimbereich, pflege- und therapeutischen Bereich. Die anfallende Mehraufwendungen an Pflege und Therapie werden durch die Krankenkassen während der Rehazeit gestützt und das Personal in dieser Zeit angepasst.

3.4 Pädagogisch-psychologische Betreuung und Schulunterricht

Die pädagogisch-psychologische Betreuung von nachstationär versorgten Kindern im ICP findet während des Tages in der Gruppe oder, wenn spezifische Maßnahmen notwendig sind, in der Einzelbetreuung statt.

Die Einbindung des Kindes/Jugendlichen in den Schulunterricht wird kaum beeinträchtigt, die krankheitsbedingten Leistungsminderungen werden berücksichtigt.

In der Regel kann ein nachstationär betreutes Kind in der eigenen Schulklasse am Regelunterricht teilnehmen. Der Umfang der Stunden wird im Rahmen des Therapieplanes festgelegt. Die schulische Förderung im ICP ist eingebunden in das ganzheitliche interdisziplinäre Reha-Konzept. Sie berücksichtigt die Wechselwirkung von Schule und Krankheit.

Ihre Aufgaben:

- Zusammenarbeit mit anderen Fachdisziplinen der Rehabilitationseinrichtung im Sinne eines ganzheitlichen Betreuungskonzeptes,
- Lernzustands- und Lernprozessdiagnostik tragen dazu bei, Über- und Unterforderung des Kindes/Jugendlichen, besonders während der nachstationären Behandlungszeit, zu vermeiden und Verhalten zu beobachten,
- Verbesserung der Lernfähigkeit der Schüler durch Schaffen eines positiven Erlebnisraumes, indem Erfolgserlebnisse vermittelt werden und Selbstvertrauen gefördert wird.
- Einbeziehung der Eltern und deren Befähigung die schulische Bildung ihres Kindes auch während der Rehabilitation zu unterstützen

3.5 Räumliche Ausstattung

Die räumliche Ausstattung des ICP ermöglicht die Kriterien der BAR für Rehabilitationseinrichtungen um das Rehabilitationskonzept zu ermöglichen.

Für die speziellen Gegebenheiten der Rehabilitation bei muskulo-skeletalen Erkrankungen sind Räume mit ausreichender Grundfläche und sachgerechter Ausstattung vorhanden, insbesondere:

- Räume für Einzelkrankengymnastik,
- krankengymnastische Therapiefläche mit der Möglichkeit der Gruppenbehandlung,
- Therapiefläche für gerätetechnisch gestützte Diagnostik und medizinische Trainings-therapie,
- Funktionsräume (z.B. für Ergotherapie, physikalische Therapie),

- Funktionsräume für Krankenpflege,
- Raum für Anpassung von Hilfsmitteln durch Orthopädietechniker,
- Arztzimmer mit Untersuchungs- / Injektions- / Notfallraum,
- multifunktionaler Raum für Teambesprechungen, Gruppenschulungen usw.,
- Umkleieräume, Wasch- bzw. Duschplätze und WC, alle barrierefrei gestaltet,
- Empfangs- und Wartebereich,
- Ruhe-, Entspannungs-, Regenerationsbereich,
- Aufenthalts- und Versorgungsbereich,
- Therapiebad.

Alle Räume im ICP sind barrierefrei zugänglich (virtuelle Rundgänge unter www.icpmuenchen.de).

Die Räumlichkeiten sind vorhanden und entsprechen dem Zweck ihrer Nutzung. Die Zimmer im Heim des ICP für die Patienten sind in Größe und Art kind-/jugendgerecht und entsprechen den hygienischen Erfordernissen.

Die Patientenunterbringung erfolgt in der Regel in 2-Bett-Zimmern, auf Wunsch auch im Einzelzimmer.

Die z.T. erheblich eingeschränkte Mobilität der Kinder und Jugendlichen ist in diesem Neubau architektonisch vorbildlich berücksichtigt. Die gesamte Einrichtung ICP ist ein architektonisch beeindruckender Neubau, der nach funktionellen Bedürfnissen von Kindern/Jugendlichen mit Schädigungen des ZNS und ihren Behinderungen konzipiert und umgesetzt wurde.

3.6 Therapeutische Geräte

Als therapeutische Geräte stehen zur Verfügung:

- Schlingentisch
- Elektrotherapie
- IontophoreseLaufband Full Size Render mit Diagnostikmodul
- Ergometerfahrräder
- Motomed
- Handtrainer
- Stehständer
- Sportgeräte vielfältig
- SI-Raum mit entsprechenden SI-Materialien
- Ärztlich medizinisches Sonographiegerät zur Sonographie der Gelenke

3.7 Entlassungsbericht

Nach Beendigung der stationären medizinischen Rehabilitationsmaßnahme erhalten die vor- und nachbetreuenden Ärzte (OP-Klinik, Kinder- oder Hausarzt) und der zuständige Leistungsträger einen ärztlichen Entlassungsbericht.

3.8 Qualitätssicherung

Das ICP München erfüllt die Bedingungen einer zertifizierten Qualitätssicherung nach CerTQUA DIN EN ISO 9001 : 2000. Die Qualitätssicherung der nachstationären Rehabilitationsmaßnahme wird sich an die Leitsätze einer allgemeinen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität halten, wie sie in den Zertifizierungsprozessen beschrieben sind.

Beim ICP München handelt sich um ein Ganztageskonzept, das Kinder und Jugendliche schulisch, sonderpädagogisch, therapeutisch und beruflich ganzheitlich fördert. Die Rehabilitation im Sinne der postoperativen Rehabilitation erfolgt im Sinne des Qualitätssicherungsprogramms der GKV „QS-Reha“. Da es sich lediglich um drei zu beantragende postoperative stationäre Rehabetten handelt, die außerdem nur bei Bedarf belegt sind um dem Kind weiter den beschützenden Rahmen zu geben und den Jugendlichen während der Ausbildung nicht fehlen zu lassen entfällt die Notwendigkeit der Teilnahme am Procedere des vollständigen Qualitätssicherungsprogramms.

IV. Gesetzliche Grundlagen

Gesetzliche Krankenversicherung

Stationäre medizinische Rehabilitationsmaßnahmen § 40 Abs. 2 SGB V

Schulgesetze der Bundesländer

Gesetze der zuständigen Stellen für die Ausbildung (IHK, HWK)

V. Personaleinsatz und Pflegekalkulation

VI. Zusammenfassung der Ziele und Anwendungsbereiche einer nachstationären medizinischen Rehabilitation im ICP München

Die WHO hat mit der „International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps“ (ICIDH 1980 bzw. ICF 2001) ein Modell der Folgeerscheinungen von Gesundheitsstörungen entwickelt, das eine allgemein anerkannte Grundlage für ein umfassendes Verständnis des Rehabilitationsprozesses darstellt. Es unterscheidet grundsätzlich zwischen 1. Schädigungen (Verlust oder Normabweichung in der physiologischen, anatomischen oder psychischen Struktur bzw. Funktion), 2. Fähigkeitsstörungen als Folgen einer Schädigung und 3. der Ebene dauerhafter oder vorübergehenden Beeinträchtigungen (handicaps), auch als soziale Benachteiligung eines Menschen, z. B. verminderte Integrationsfähigkeit im Alltag. Die seit 2001 in den Vordergrund gerückten Begriffe stellen vor allem die Aktivität und die Teilhabe des Behinderten sowie die relevanten Umweltfaktoren ins Zentrum. Damit wird ein ressourcenorientierter Ansatz verfolgt, im Gegensatz zu dem früheren defizitorientierten Ansatz.

Das Ziel rehabilitativer Maßnahmen besteht darin, hinsichtlich des Primärprozesses soweit wie möglich bestehende Schädigungen, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen zu minimieren und die Entwicklung von Sekundärprozessen zu verhindern.

Rehabilitation zielt nicht nur darauf ab, eingeschränkte und benachteiligte Patienten zu befähigen, bessere Handlungsmöglichkeiten zu entwickeln, sondern auch darauf, ihre soziale Integration zu erleichtern.

Die Krankenkassen erbringen stationäre medizinische Rehabilitationsleistungen für Kinder und Jugendliche, um einer – im Fall des behinderten Kindes – weiter zunehmenden Behinderung vorzubeugen, sie nach Eintritt zu beseitigen, zu bessern oder eine Verschlimmerung zu verhüten. Die medizinische Rehabilitation schließt die Krankenbehandlung mit dem Ziel ein, zu heilen, eine Verschlimmerung zu verhüten und Krankheitsbeschwerden zu lindern.

Die nachstationäre Behandlung und Betreuung von behinderten Kindern/Jugendlichen im ICP soll den weiteren Heilungsprozess, die Leistungsfähigkeit und die soziale Integration unter medizinisch-therapeutischer Kontrolle nach einer Operation oder Akutbehandlung in einer Klinik möglichst schnell wieder herstellen.

Für die nachstationäre Rehabilitationsmaßnahme können 6 Betten zur Verfügung gestellt werden. Der nachstationäre Rehabilitations- bzw. Behandlungsprozess beträgt erfahrungsgemäß 6 Wochen.

Es handelt sich um einen Zeitraum der Behandlungs-/Rehabilitationsphase, in der die Patienten bereits in der Therapie mitarbeiten können, sie aber noch kurativmedizinisch und mit hohem pflegerischen Aufwand betreut werden müssen.

Im Interesse eines nahtlosen Rehabilitationsverfahrens können diese Betten im Wohnheim in der Einrichtung errichtet werden.

Die institutionellen Voraussetzungen zur Durchführung dieser nachstationären Rehabilitationsmaßnahme sind vollständig und vorbildlich. Sowohl räumlich, personell, als auch fachwissenschaftlich können im ICP vorhandene Ressourcen genutzt werden.

München, 23.05.2017

Prof. Dr. med. Bernhard Heimkes

Anlagen:

1. Organigramm des Integrationszentrums für Cerebralpareesen, -ICP- München
2. Flow chart Reha
3. Entgeltvereinbarungen des ICP