

St. Mauritius Therapieklinik VKKD

Ambulante / teilstationäre und stationäre Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen



Matthias Florian
florian@stmk.de

Ambulante und stationäre Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen

Rehabilitation

- Wiedereingliederung einer behinderten Person in das berufliche und gesellschaftliche Leben.
(Quelle: Duden)
- Maßnahmen, die darauf zielen, die [...] Folgen einer Behinderung [...] und Störung der Teilhabe auf ein Minimum zu beschränken.
(Wikipedia)
- Erreichen eines größtmöglichen Umfangs physischer und psychischer Unabhängigkeit bei einer Behinderung durch ein sorgfältig geplantes Programm
(Johnstone 1978)
- Ausschöpfen des im Kindesalter vorhandenen Entwicklungspotentials

Ambulante und stationäre Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen

Rechtliche Grundlagen

Durch die Gesundheitsreform ist Rehabilitation seit April 2007 als Pflichtleistung der gesetzlichen Krankenversicherung verankert.

Leistungen zur Rehabilitation sind in mehreren Sozialgesetzbüchern (SGB) geregelt. **SGB V** (Gesetzliche Krankenversicherung) nimmt in § 40 Stellung zu Leistungen medizinischer Rehabilitation. Das **SGB VI** (Gesetzliche Rentenversicherung) beschreibt in § 31 „Sonstige Leistungen“ die Förderung von Leistungen zur „Eingliederung“, „Teilhabe“ und „Sicherung der Erwerbsfähigkeit“ und nimmt auch Stellung zur „Kinderheilbehandlung“. **SGB XI** (Soziale Pflegeversicherung) regelt in § 31 den

„Vorrang medizinischer Rehabilitation vor Pflege“.

Ambulante und stationäre Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen

Rechtliche Grundlagen

SGB IX

Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen

- § 1 Behinderte oder von Behinderung bedrohte Menschen erhalten Leistungen, „um ihre Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern, Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken“.
- § 4 (1) Grund einer Rehabilitation kann neben einer ganzheitlichen Förderung auch die Verhütung einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes sein – also auch durchaus der Erhalt des Status quo.

Ambulante und stationäre Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen



Rechtliche Grundlagen

SGB IX

Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen

Nach SGB IX § 2 sind Menschen dann behindert, „wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Sie sind von Behinderung bedroht, wenn die Beeinträchtigung zu erwarten ist.“

Nach SGB IX § 20 (2) müssen die „Erbringer von Leistungen [...] ein Qualitätsmanagement sicher(-stellen), das [...] die Qualität der Versorgung gewährleistet und kontinuierlich verbessert“.

Ambulante und stationäre Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen



Rechtliche Grundlagen

Gemäß SGB IX § 19 (2) gilt: „Soweit die Ziele nach Prüfung des Einzelfalls mit vergleichbarer Wirksamkeit erreichbar sind, werden Leistungen unter Berücksichtigung der persönlichen Umstände in ambulanter, teilstationärer oder betrieblicher Form und gegebenenfalls unter Einbeziehung familienentlastender und -unterstützender Dienste erbracht.“

Es gilt der Grundsatz: Ambulant vor stationär

Ambulante und stationäre Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen



Rehabilitation als Pflichtleistung der gesetzlichen Krankenkassen

Rehabilitation vor Pflege

Ambulante vor stationärer Rehabilitation

Qualitätsmanagement / Zertifizierung erforderlich

Verbesserung der Teilhabe / ganzheitliche Förderung /
Verhütung einer Verschlechterung / Erhalt des Status quo /
Ausschöpfen des kindlichen Entwicklungspotential

Ambulante und stationäre Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen



Verordnung und Beantragung

(Teil-) Stationäre Rehabilitationen müssen beantragt werden
Kostenträger sind vor allem die Kranken- oder Rentenversicherung,

aber auch die Pflegeversicherung, Unfallversicherungen,
Gemeindeunfallkassen, Träger der öffentlichen Jugendhilfe für Leistungen
nach SGB IX § 5 Nr. 1, 2 und 4, Träger der Sozialhilfe für Leistungen nach
§ 5 Nr. 1, 2 und 4. und die Bundesagentur für Arbeit.

Die Kostenträger sind untereinander zur Zusammenarbeit verpflichtet

Verordnung und Beantragung

Phasenmodell der Rehabilitation

Phase A: Akutbehandlung

Phase B: Frührehabilitation

Phase C – E: weiterführende Rehabilitation

Bei akut kranken Kindern (Z. n. orthopädischer OP bei Kindern mit CP oder Z. n. SHT) erfolgt die Zuweisung und Beantragung der Rehabilitation aus dem Akutkrankenhaus im Sinne einer Frühreha oder „Anschlussheilbehandlung“.

Verordnung und Beantragung

Orientierung an der ICF – Klassifikation der WHO (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit):

- Körperfunktionen (Health Condition/ Impairment)
 - Aktivitäten (Activity)
 - Teilhabe (Participation)
 - Umgebungsfaktoren (Contextual Factors)
-
- ICF-CY (Childhood and Youth)

Verordnung und Beantragung

Stationäre Rehabilitation:

Medizinische und therapeutische Komplexleistung unter ärztlicher Leitung
in einer spezialisierten Einrichtung
zu einem festem Tagessatz
mit Bewilligung eines Behandlungszeitraumes
und der Möglichkeit der Einrichtung Verlängerungen zu beantragen.

Teilstationäre Behandlung / Tagesklinik:

Übernachtung zu Hause
Inhaltlich kein Unterschied (in unserer Klinik)

Verordnung und Beantragung

Komplexleistung:

- Medizinisch:
 - Neuropädiatrische Betreuung,
 - orthopädische, ophthalmologische, HNO-ärztliche, neurochirurgische... konsiliarische Betreuung
- Neuropsychologie / Entwicklungsneurologie / Elternbegleitung
- Physiotherapie, Ergotherapie, Sporttherapie, physikalische Therapie, Sprachtherapie, Musiktherapie, Heilpädagogik, Theaterpädagogik, ...
- Beschulung in der Schule für Kranke

Prinzipien der Rehabilitation

Moderne Rehabilitation muss ziel- und ergebnisorientiert sein

- Zieldefinition
- Evidenzbasierte Therapiemethoden
- Assessmentverfahren
 - Qualitative /quantitative Parameter (z.B. Scores), die den Rehabilitationsverlauf beschreiben
- Kosten/Nutzen

Prinzipien der Rehabilitation

Ziele der Rehabilitation

- müssen individuell auf den einzelnen Patienten zugeschnitten sein.
- ... müssen realistisch sein
- sollten Ziele des Kindes sein (gemeinsame Zieldefinition)
- ... sollten so konkret wie möglich formuliert werden
- ... sollten messbar sein.

Was ist das Ziel ?



...und wie weit ist es entfernt?

Prinzipien der Rehabilitation

Evidenzbasierte Medizin ist der Prozess, systematisch aktuelle wissenschaftliche Ergebnisse als Basis für klinische Entscheidungen zu nutzen

(“Evidence -based medicine the process of systematically appraising , and using contemporaneous research findings as the basis for clinical decisions.”)

Rosenberg & Donald
BMJ 310: 1122-26, 1995

Prinzipien der Rehabilitation



Und was kommt jetzt?

Die Datenlage zur Evidenz neuropädiatrischer Rehabilitation ist sehr dünn.

Man kann davon ausgehen, dass Ergebnisse großer Studien bei Erwachsenen auf Kinder zum Teil übertragbar sind.

Prinzipien der Rehabilitation

Neurobiologische Grundlage
Neuronale Plastizität

- Das ZNS verändert sich entsprechend dem „sensorischen input“
- Nach einer Läsion reorganisiert sich das ZNS (adaptive Plastizität)
- Diese neuronale Reorganisation kann die Funktionserholung unterstützen
- Wie können wir den Prozess der (adaptiven) Plastizität mit dem Ziel eines guten funktionellen Outcomes beeinflussen?

Rehabilitation am Beispiel der spastischen Cerebralparese

- Motorische Fähigkeiten (Bewegungsübergänge, Aufrichtung, Stehen, Gang, Beweglichkeit, Handfunktion / bimanuellen Koordination,...)
- Selbständigkeit im Alltag
- Pflegesituation
- Mundmotorik / Ernährung
- Sprache / Kommunikation / Versorgung mit Kommunikationshilfen
- Hilfsmitteloptimierung
- Entwicklung von Behandlungsstrategien (Orthopädische OP? Botulinumtoxin? Baclofenpumpe? Tiefenhirnstimulation?)
- Geeignete Schulform finden
- Krankheitsverarbeitung
- Kognitive Fähigkeiten (Aufmerksamkeit)
- Verhaltensproblematik

Gangtraining bei Kinder mit spastischer Cerebralparese

- Funktionelles Gangtraining
(mit / ohne rhythmisch akustische Stimulation RAS)
- Laufbandtraining
- Krafttraining am Boden oder mit Kraftgeräten
- Dehnung
- Gleichgewichtstraining (z. B. mit der Wii ® Balance)
- Robotergestütztes Gangtraining mit Lokomat ®
- Mobilisation in Parcours (Zirkeltraining „Motor-Zirkus“)
- Psychomotorik
- Ergometer/ Bewegungstrainer
- Vibrationstraining mit Zeptor ® oder Galileo®
- Schwimmtherapie

Ambulante und stationäre Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen



Rehabilitation am Beispiel des Schädel-Hirn-Traumas

Evaluation motorischer, sprachlicher und kognitiver Defizite und Ressourcen

Stabilisierung der (vegetativen) Körperfunktionen

Etablierung eines Schlaf-Wach-Rhythmus

Komaremission / Nahrungsaufbau / Schmerztherapie

Wiedererwerb verlorener motorischer, sprachlicher und kognitiver Defizite

Erste Rehabilitation nach schwerem SHT dauert oft (4 -) 6 (- 12) Monate !!



Familienorientierte Krankheitsverarbeitung

Organisation und Überleitung in die ambulante Weiterbehandlung und Beschulung

Folgerehabilitationen bei bleibenden Problemen

Vielen Dank für die Aufmerksamkeit

