

Funktionelle Therapie bei Kindern und Jugendlichen

Vorwort

Entwicklungsstörungen und Behinderungen bei Kindern und Jugendlichen erfordern Maßnahmen, die dazu geeignet sind, das individuell vorhandene Entwicklungspotential bestmöglich zur Entfaltung zu bringen. Die Grenzen dieses persönlichen Entwicklungskorridors sind durch genetische Anlage und Auswirkung der die Störung bedingenden Erkrankung gegeben. Übergeordnetes Ziel aller Maßnahmen ist die Optimierung der sozialen Teilhabe. Der Einsatz von medizinisch-funktionellen Behandlungen in Physiotherapie, Logopädie und Ergotherapie hat sich dabei bewährt. Schwierig ist aber die Beurteilung der Effektivität vor dem Hintergrund der individuellen Entwicklungsdynamik eines Kindes. Es stehen nur wenige Forschungsdaten zur Verfügung, die den aktuellen wissenschaftlichen Ansprüchen an die Evaluation genügen. Gleichzeitig erhalten in den letzten Jahren zunehmend mehr Kinder im Vorschul- und Grundschulalter die Verordnung von Therapiemaßnahmen. Über Notwendigkeit und Umfang besteht eine große Unsicherheit bei Eltern, Ärzten und Therapeuten, aber auch den Kostenträgern.

Die nachfolgenden Ausführungen schaffen hierzu Klarheit. Dabei stehen zwei Leitgedanken im Mittelpunkt:

- 1.) Bedürfnisse des Kindes und Unterstützung seiner Eigenaktivität sind die entscheidenden Faktoren bei der Verordnung von Therapie-Maßnahmen jeglicher Art.
- 2.) Bis auf wenige spezifische Indikationen, für die es Wirksamkeitsnachweise auf gehobenem Evidenzniveau gibt, müssen alle anderen Entscheidungen zur Therapie individuell unter Hinzuziehung der jeweiligen Verlaufsdaten getroffen werden.

Die Ausführungen gliedern sich in 4 Bereiche:

- I. Grundsätze der Anwendung von Heilmitteln in der Sozialpädiatrie
- II. Physiotherapie bei zerebralen motorischen Störungen in der Sozialpädiatrie
- III. Sprachtherapie bei Störungen des Sprechens und der Sprache in der Sozialpädiatrie
- IV. Ergotherapie bei Erkrankungen des zentralen Nervensystems in der Sozialpädiatrie

Zu den Einzelheiten sowohl hinsichtlich der Umsetzung in der Praxis des Facharztes für Kinder- und Jugendmedizin als auch den speziellen Möglichkeiten in den Sozialpädiatrischen Zentren wird auf die nachfolgenden Papiere verwiesen. Die Indikation für die Übernahme einer Behandlung im Sozialpädiatrischen Zentrum ergibt sich aus der Komplexität des jeweils vorliegenden Krankheits- und Störungsbildes nach Art, Schwere oder Dauer. Lokale und regionale Besonderheiten der Versorgungslandschaft sind zu beachten.

I. Grundsätze der Anwendung von Heilmitteln in der Sozialpädiatrie

1. Heilmittel-Richtlinien

Im System des Gesundheitswesens werden die ärztlich zu verordnenden Therapie-maßnahmen unter dem Begriff „Heilmittel“ zusammen gefasst. Dabei dürfen nur solche Maßnahmen verschrieben werden, die den Heilmittel-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses GBA entsprechen. Regionale Besonderheiten wie z.B. die Budgetierung werden für die Vertragsärzte verbindlich durch die jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigungen vorgegeben.

Die Heilmittel-Richtlinien führen aus: „Heilmittel können zu Lasten der Krankenkassen nur verordnet werden, wenn sie notwendig sind, um

- eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern,
- eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen,
- einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegenzuwirken oder
- eine Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder zu mindern.

Heilmittel dürfen bei Kindern nicht verordnet werden, wenn an sich störungsbildspezifische heilpädagogische/sonderpädagogische Maßnahmen zur Beeinflussung von Schädigungen geboten sind. Sind heilpädagogische/sonderpädagogische Maßnahmen nicht durchführbar, dürfen Heilmittel nicht an deren Stelle verordnet werden. Neben heilpädagogischen/sonderpädagogischen Maßnahmen dürfen Heilmittel nur bei entsprechender medizinischer Indikation außerhalb dieser heilpädagogischen /sonderpädagogischen Maßnahmen verordnet werden.“

Obwohl diese Vorgaben sehr restriktiv klingen, geben die Heilmittel-Richtlinien gerade für den pädiatrischen Bereich in den Ausführungen zu Logopädie, Physiotherapie und insbesondere Ergotherapie viele Gestaltungsmöglichkeiten. Auch ist darauf hin zu weisen, dass im indizierten und durch den Befund begründeten Einzelfall jederzeit Verordnungen zulässig sind, die das Regelvolumen überschreiten.

Für die Sozialpädiatrischen Zentren sind die formalen Vorgaben der Heilmittel-Richtlinien identisch. Durch die unmittelbare Einbettung in das interdisziplinäre Behandlungskonzept entstehen jedoch zusätzliche Optionen der Ausführung und Therapiegestaltung. Ferner

besteht die Möglichkeit zum direkten Austausch mit anderen Professionen, die therapeutisch arbeiten, wie Heilpädagogik, Psychomotorik bzw. Motopädie, Musiktherapie und andere.

2. Grundsätze der Indikationsstellung und der Zieldefinition in der Therapie

Die Heilmittel-Richtlinien geben den formalen Rahmen für die Verordnungen des niedergelassenen Vertragsarztes vor. Für die Sozialpädiatrischen Zentren hat die Bundesarbeitsgemeinschaft der SPZ bereits 2002 das „Rahmenkonzept des therapeutischen Vorgehens“ als Teil des „Altöttinger Papiers zur Strukturqualität in den SPZ“ definiert, das von der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin publiziert worden ist. Hierbei wurden alle therapeutischen Maßnahmen berücksichtigt, Handlungsanweisungen für die Praxis im Sozialpädiatrischen Zentrum gegeben und ein Standard für die Arbeit der Sozialpädiatrischen Zentren in Deutschland erreicht.

Als übergeordnetes Ziel jeder Therapie ist im „Altöttinger Papier“ das Erreichen der sozialen Teilhabe und bestmöglichen Bewältigung der Alltagssituation für den Patienten definiert sowie die Stärkung der elterlichen Kompetenz. Darin eingeschlossen sind die Verbesserung der Bewegungskompetenz, Handlungs- und Wahrnehmungskompetenz, Kommunikationskompetenz sowie der sozialen und emotionalen Kompetenz.

Dies gilt uneingeschränkt auch hinsichtlich der Anwendung von Heilmitteln. Die Indikationsstellung leitet sich aus der ärztlichen Abwägung des individuellen Befundes des Kindes unter Berücksichtigung seiner Lebenssituation ab. Alle Ziele bei der Verordnung von Heilmitteln und der Durchführung von Therapien sind grundsätzlich an den Bedürfnissen des Kindes zu orientieren. Dabei müssen die Zielsetzungen folgende Eigenschaften erfüllen:

- abgesprochen mit Eltern und wenn möglich mit Kind,
- konkret,
- realistisch,
- alltagspraktisch und
- erreichbar.

Die Zielsetzungen müssen überprüfbar sein.

Die Unterscheidung zwischen Nahzielen und einem übergeordneten Fernziel ist sinnvoll, um die therapeutische Ausrichtung für alle Beteiligten (Kind, Eltern, Ärzte, Therapeuten und Pädagogen) jederzeit nachvollziehbar zu machen. Dabei ist streng auf die realistische Formulierung, auch des Fernziels, zu achten.

Bei bestehenden und nicht überwindbaren Einschränkungen der Funktionen des Kindes ist die Akzeptanz für diese Tatsache durch Ärzte und Therapeuten gegenüber dem Nutzen einer langfristig fortgesetzten Therapie abzuwägen und dies mit den Eltern und wenn möglich auch dem Kind zu erarbeiten.

Physiotherapie, Logopädie und Ergotherapie sind medizinische Verfahren zur Therapie der kindlichen Entwicklung, wenn messbare Entwicklungsrückstände oder –störungen vorliegen. Wenn die Teilhabe nach den ICF-CY-Kriterien relevant beeinträchtigt ist, so können auch Patienten behandelt werden, deren Testdiagnostik-Ergebnisse noch innerhalb des Grenzbereiches dieser Verfahren liegen. Ein isolierter Störungsbefund in der Testdiagnostik allein begründet nicht automatisch eine Indikation für funktionelle Therapiemaßnahmen.

Die Notwendigkeit zum Einsatz der Heilmittel ist im Rahmen der Diagnostik durch den niedergelassenen Vertragsarzt hinreichend zu belegen.

Neben der Funktionsdiagnostik müssen ergänzend berücksichtigt werden:

- Komorbiditäten beim Kind
- Aspekte der Unterstützung bei umschriebenen Entwicklungsstörungen und ansonsten physiologischem Entwicklungsverlauf
- Abhängigkeit von der kognitiven Entwicklungssituation des Kindes
- Einordnung von Funktionseinschränkungen in ein übergeordnetes Krankheitsbild
- Ressourcen des Kindes und der Familie

Optimal ist dies bei systematischem Vorgehen im Rahmen der Mehrdimensionalen Bereichsdiagnostik in der Sozialpädiatrie (MBS) zu realisieren. Insbesondere bei schwer behinderten Kindern ist der beste Zugangsweg in der Diagnostik die gemeinsame ärztlich-therapeutische Befunderhebung mit Festlegung eines Stufenplans durch den Arzt, auch in Bezug auf den Einsatz der verschiedenen Heilmittel, wie es im Sozialpädiatrischem Zentrum möglich ist.

Bei der Verordnung durch den niedergelassenen Vertragsarzt ist das Heilmittel zu wählen, welches die beste Zielführung und größte Effektivität vermittelt. Der Arzt gibt die primäre Arbeitsrichtung durch die Auswahl des Heilmittels vor und muss ebenfalls das damit verbundene übergeordnete Behandlungsziel festlegen. Basis hierfür sind die Verordnungsziffern aus dem Heilmittelkatalog; da diese nicht genügend eindeutig in der Anweisung für die behandelnden Therapeuten sind, muss das angestrebte Behandlungsnahziel vom Arzt ausdrücklich ausformuliert werden. Die Entscheidung über den zeitlichen Umfang wird auf der Grundlage der Heilmittel-Richtlinien getroffen.

Der behandelnde Therapeut muss in den ersten Behandlungseinheiten die vom Arzt vorgegebene Zielsetzung der Verordnung im Rahmen einer Kurzanamnese und einer gezielten Befunderhebung ergänzend überprüfen. Hierzu zählt auch die Selbstreflexion hinsichtlich der eigenen fachlichen Kompetenz, die zur Durchführung der jeweiligen

Behandlung erforderlich ist. Danach ist der Abgleich mit den Erwartungen der Eltern zur Feinjustierung des Behandlungsziels herbeizuführen. Anschließend bestehen für den Therapeuten zwei verschiedene Möglichkeiten:

- a) Bestätigung von Befund und Therapieziel, Umsetzung der Heilmittelverordnung wie vom Arzt angesetzt.
- b) Abweichender Befund und / oder verändertes Therapieziel; deshalb direkte Rückkoppelung mit dem verordnenden Arzt zwecks Änderung von Zielbereich oder Heilmittel insgesamt.

Bei Übernahme der Behandlung führt der Therapeut auf der Basis der ersten Behandlungsstunden, wie oben beschrieben, eine Konkretisierung des individuellen Therapieziels mit den Eltern und nach Möglichkeit auch mit dem Kind durch. Zur Umsetzung in den Alltag und zur Anleitung in der häuslichen Entwicklungsunterstützung werden die Eltern und andere Bezugspersonen in die Behandlung einbezogen. Zentrales Anliegen der Behandlung ist die Zielerfüllung, nicht die Korrektur von Symptomen. Dabei hat der Therapeut Gestaltungsfreiheit innerhalb des Ordnungsrahmens und gleichzeitig Verantwortung für die Beachtung der Vorgaben.

Nach Ablauf des verordneten Behandlungszeitraumes wird der Abschlussbefund des Therapeuten im Therapiebericht dokumentiert. Dies kann durchaus auch den Hinweis auf die sofortige oder spätere Fortsetzung der Therapie oder Wahrscheinlichkeit der Notwendigkeit einer erneuten Überprüfung beinhalten. Das Therapieende wird durch den verordnenden Arzt definiert.

3. Therapiemodalitäten / Therapieintensität

Zu **Beginn der Therapie** steht die Aufklärung der Eltern und ggf. des Kindes durch den Arzt über deren Ziel, Umfang und Dauer. Ein wesentlicher Aspekt ist außerdem, realistische Möglichkeiten und Grenzen der Therapie zu vermitteln. Weiterhin ist es notwendig, Bezugspersonen zur Mitarbeit im therapeutischen Prozess zu gewinnen, und gemeinsam Ansätze zur Integrierung der Therapie in den Alltag zu finden. Hierbei ist darauf zu achten, dass Eltern nur in begrenztem Maß eine Rolle als Co-Therapeuten einnehmen. Eine geeignete Begleitung der Familie muss als Teil der therapeutischen Tätigkeiten angeboten werden. Dabei ist es wichtig, ein Verständnis für den Entwicklungsstand und das Verhalten des Kindes / Jugendlichen zu vermitteln. Dies ist wesentliche Aufgabe für den behandelnden Therapeuten.

Der **therapeutische Prozess** erfordert eine regelmäßige Kontrolle der im Therapieplan festgelegten Zielsetzung sowie der therapeutischen Interaktion. Hierzu ist eine

entsprechende Dokumentation unerlässlich. Aus den erhobenen Befunden ergeben sich Ansätze für die Fortführung, Modifikation oder Begrenzung der Therapie. Gegebenenfalls muss auch die Diagnose überprüft bzw. die Diagnostik erweitert werden. Dies gilt auch bzw. in besonderem Maße für Patienten mit Mehrfachbehinderungen, denen ebenfalls eine Überprüfung der Therapienotwendigkeit zusteht. Eine Fortführung von Therapien nur mit der Begründung der Behinderung oder aufgrund von Defiziten ist nicht sinnvoll.

Die **Therapiemodalitäten** müssen dem Störungsbild, Alter und Entwicklungsstand entsprechend angepasst werden. Zur Steuerung dieses therapeutischen Prozesses sind **interdisziplinäre Fallbesprechungen** unerlässlich. Für den Austausch in der Praxis müssen hierzu grundlegende Möglichkeiten geschaffen werden, am besten über telefonischen Kurzkontakt, mindestens aber durch einen regelmäßigen Therapiebericht mit striktem Bezug auf den Grad der Erreichung des vorgegebenen Therapieziels. Im SPZ ist die Interdisziplinäre Fallbesprechung bereits vom Grundkonzept her realisiert.

Die **Therapieintensität** ist individuell abhängig u. a. von:

- Stadium und Komplexität der Krankheit, Entwicklungsstörung oder Behinderung
- sensiblen Phasen der Entwicklung
- Bewältigungsprozessen
- Belastbarkeit (u. a. Erholung, Spiel, räumliche Entfernung)
- Zeitressourcen (Ganztagseinrichtung, berufliche Belastung der Eltern)

Von diesen Überlegungen wird das **therapeutische Vorgehen (Therapie-Setting)** bestimmt, wie z. B.:

- Einzeltherapie
- Gruppentherapie
- Kombinationstherapie
- Phase intensivierter Therapie
- Intervalltherapie
- Therapie- bzw. Therapeutenwechsel
- Therapie mittels Anleitung einer Bezugsperson

Auf der Basis der Mehrdimensionalen Bereichsdiagnostik in der Sozialpädiatrie (MBS) ist zu entscheiden, ob der Einsatz von

- a) nur einem Heilmittel,
- b) mehreren Heilmitteln oder
- c) eine multimodale Behandlung/Komplextherapie

erforderlich ist. In aller Regel wird bei den Heilmitteln der Stufenplan mit Wechsel von Heilmitteln den Vorzug vor einem simultanen Einsatz mehrerer Heilmittel erhalten, um eine Überlastung des Kindes zu vermeiden. Bei der Komplextherapie kommt v.a. der

interdisziplinäre Behandlungsansatz eines multiprofessionellen Teams in Betracht, wie er im Sozialpädiatrischen Zentrum zu realisieren ist.

Die **Therapiedauer** ist unter Berücksichtigung der Vorgaben der Heilmittel-Richtlinien ausschließlich abhängig vom Therapieziel. Dieses ist seinerseits festzulegen unter Berücksichtigung von

- Art und Schweregrad der Störung
- Motivation
- Prognose
- Therapieeffekten
- Therapieform

Therapiepausen sind sinnvoller Bestandteil des Behandlungskonzeptes. Unter Verlaufskontrollen dienen sie der

- Beobachtung der spontanen Weiterentwicklung des Patienten
- Beurteilung des Transfers therapeutischer Inhalte in den Alltag
- Überprüfung der weiteren Therapie-Notwendigkeit
- zeitlichen Entlastung der Familie

Die Therapie soll dann wieder aufgenommen werden, wenn sie zur Erhaltung bzw. Verbesserung des bisherigen Therapieergebnisses, zur Krankheitsprävention bzw. zur sozialen Integration erforderlich ist und somit zur Verbesserung der Lebensqualität beiträgt.

Aufgabe des Therapeuten bei Übungsbehandlungen ist auch, in Fällen von Behinderung, die nicht überwunden werden kann, die Akzeptanz der Behinderung bei dem Kind, der Familie und dem sozialen Umfeld zu fördern und damit eine Flucht in Therapie zu vermeiden.

Das **Therapieende** ist gegeben bei

- Erreichen des Therapiezieles
- angemessener Eigenkompetenz
- mangelnder Therapiemotivation bei Patient und/oder Eltern
- nicht messbarem Therapieerfolg bzw. bei im Alltag oder in der Teilhabe nicht nach ICF abzuleitendem Effekt. Besonderheiten müssen bei degenerativen Erkrankungen und in der Palliativmedizin berücksichtigt werden.

Anforderungen an funktionell ausgerichtete Therapiemaßnahmen

- Transparenz
- Zusammenarbeit des Systems Eltern-Kinderarzt-Therapeut (Finden einer gemeinsamen Sprache)
- Alltags- und handlungsorientierte (Physio- und Ergotherapie) bzw. kommunikationsorientierte (Logopädie) Ausrichtung der Therapie
- Gemeinsame Formulierung von Therapiezielen mit den Eltern und wo immer möglich mit dem Kind
- Aufbau einer tragfähigen Beziehung zwischen dem Kind, dem Therapeuten und den Eltern
- Enge Einbeziehung der Eltern in die Therapie / Empowerment
- Ermöglichung von Generalisierung und Transfer in den Alltag
- Sinnvolle Therapie-Intervalle
- Evaluation der Therapie

4. Wechselwirkungen, unerwünschte Nebenwirkungen und Komplikationen von Therapien

Jede Behandlung birgt die Möglichkeit unerwünschter Wirkungen in sich. Dies gilt auch für den Einsatz von Physiotherapie, Logopädie und Ergotherapie.

Hinweise seitens des Kindes auf unerwünschte Wirkungen sind im therapeutischen Prozess:

- Interaktionsstörungen,
- Rückzugsverhalten bzw.
- Verweigerung

Daneben müssen weitere Faktoren beachtet werden, insbesondere:

- zeitliche Überlastung des Kindes
- Fortschreibung von Störungsmustern
- Vernachlässigung weiterer differenzialdiagnostischer Schritte
- Förderung einer mangelnden Akzeptanz für die Behinderung des Kindes
- Verschwendung von emotionalen, interaktiven, sozialen, zeitlichen und finanziellen Ressourcen der Familie
- Einschränkung der eigenen Beziehungs- und Handlungskompetenz des Patienten bei Übertherapie
- eine psychische Abhängigkeit des Patienten / Angehörigen von den Therapeuten

Unerwünschte Wirkungen beim Kind müssen die Fortsetzung einer Therapiemaßnahme grundsätzlich infrage stellen. Ansonsten sind Therapiemaßnahmen ggf. unter Risiko-Nutzen-Abwägung zu modifizieren

Mögliche unerwünschte Effekte von funktionell ausgerichteter Therapie

- beim Kind:
 - Induktion von Störungsbewusstsein
 - Minderung des Selbstwertgefühls
 - sekundäre Verhaltensauffälligkeiten
 - Hinderung an freier Beschäftigung
- bei der Therapeutin:
 - Überforderung
 - Unzufriedenheit
 - Ablehnung von Kind und Eltern
- bei den Eltern:
 - Verunsicherung
 - negativer Einfluss auf die Interaktion
 - Belastung, Zeitverlust
 - verminderte Beachtung und Zuwendung für Geschwister

5. Evaluation des therapeutischen Prozesses

Die Überprüfung und Bewertung des Therapieprozesses ist zwingende Aufgabe des behandelnden Therapeuten und des verordnenden Arztes. Letzterer trifft die Entscheidung über Fortsetzung, Therapiepause oder Beendigung und trägt die Gesamtverantwortung.

Bei der Evaluation sind die Selbstevaluation des Patienten bzw. seiner Bezugspersonen und die Fremdevaluation des Therapeuten zu berücksichtigen. Hierfür stehen zahlreiche Fragebogen-Instrumente zur Verfügung, die die therapeutischen Verlaufsberichte ergänzen. Zukünftig werden dabei Einschätzungen nach ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) zunehmend eine Rolle spielen. Die ICF ist aber kein Untersuchungsverfahren, sondern eher Bezugsgröße für Befunde zur umfassenden Einschätzung der sozialen Teilhabe.

Verlaufskontrollen sollen in drei- bis sechsmonatigen Abständen durch den für die Verordnung der Funktionstherapien verantwortlichen Arzt erfolgen. Dabei ist nach Möglichkeit auch eine ergänzende Außenevaluation durchzuführen. Hierfür kommt die Informationsgewinnung bei weiteren Bezugspersonen des Kindes oder Jugendlichen in Betracht. Dazu zählen Erzieherinnen im Kindergarten, Lehrerinnen in der Schule, ebenso Betreuer bei Freizeitaktivitäten, mitunter auch Familienhelferinnen oder Mitarbeiterinnen des Jugendamtes. Bei Problemen in der Beurteilung der Therapie-Effekte und damit Schwierigkeiten für die weitere Erstellung des Behandlungsplans ist die Überweisung an ein SPZ zur Durchführung einer Mehrdimensionalen Bereichsdiagnostik indiziert.

6. Alternativen zum Einsatz von Heilmitteln als Behandlung

Andere, nicht im Heilmittelkatalog erfasste Maßnahmen müssen hinsichtlich Sinn und Effektivität vom verordnenden Arzt mit bedacht und den Eltern zur Anwendung vorgeschlagen werden. Dabei sind die anderen Modalitäten bei der Beantragung, Umsetzung wie ggf. auch einer finanziellen Beteiligung für die Eltern zu beachten. Für Maßnahmen der Heilpädagogik bestehen Ansprüche auf der Basis von §§ 55/56 SGB IX, die aber von den Eltern selbst geltend gemacht werden müssen. Auch Maßnahmen der Jugendhilfe müssen je nach Problemlage als Alternative in Betracht gezogen werden.

In den SPZ können Verknüpfungen von Maßnahmen interdisziplinär und multiprofessionell hergestellt werden. Auch dabei sind die vorstehenden Ausführungen zur Therapie generell zu beachten.

Heilmittel dürfen nicht als Ersatz für heilpädagogische Maßnahmen oder eine eigentlich indizierte Psychotherapie verordnet oder anstelle von psychotherapeutischen Maßnahmen verwendet werden.

7. Allgemeine Ausführungen zur Evidenz

Evidenzbasierte Medizin (EBM) wird definiert als „der gewissenhafte, ausdrückliche und vernünftige Gebrauch der gegenwärtig besten externen, wissenschaftlichen Evidenz für Entscheidungen in der medizinischen Versorgung individueller Patienten“ (Sackett et al., in: Scherfer 2006). EBM umgesetzt in den therapeutischen Alltag bedeutet die Verbindung individueller fachlicher Erfahrung des Therapeuten mit gesicherten Erkenntnissen aus systematischer Forschung. Darüber hinaus sind Bedürfnisse und Möglichkeiten des Patienten und seiner Familie zu berücksichtigen.

Da monokausale Wirkprinzipien in der medizinisch-funktionellen Behandlung von Entwicklungsstörungen praktisch nicht vorkommen, kann ein Wirksamkeitsnachweis therapeutischer Arbeit häufig nur auf niedrigem Evidenzlevel erbracht werden. Am ehesten kann der Nachweis durch ein ergebnisorientiertes Studiendesign im Rahmen der Versorgungsforschung erreicht werden. Dennoch ergeben sich aufgrund der unscharfen Abgrenzbarkeit neurologisch bedingter Funktionsänderungen und der vielen Einflussfaktoren, insbesondere der individuellen Eigendynamik der fortschreitenden kindlichen Entwicklung, auch hier große Schwierigkeiten, eine hohe Evidenz zu erbringen.

Demzufolge liegen auch für etablierte und fachlich anerkannte therapeutische Vorgehensweisen Wirkungsnachweise nur auf geringem Evidenzlevel vor (Karch 2002). Dies spiegelt aus den vorstehend genannten Gründen die Schwierigkeit wider, die EBM-Kriterien

auf therapeutische Fragestellungen anzuwenden. Ein fehlendes hohes Evidenz-Niveau darf nicht mit einer fehlenden Wirksamkeit gleichgesetzt werden.

Solange aus der Versorgungsforschung keine besseren Daten vorliegen, müssen alle Entscheidungen zur Findung des individuell angemessenen therapeutischen Vorgehens vom verantwortlichen verordnenden Arzt vernunftbasiert unter Berücksichtigung von Störungsbild, Bedarf des Patienten und Einschätzung der insgesamt bestehenden entwicklungsunterstützenden Ressourcen getroffen werden. Gleiche allgemeine Grundsätze gelten für den behandelnden Therapeuten.

8. Ausblick auf weitere und zu fordernde Entwicklungen

Im bestehenden Gesundheitssystem ist in der Grundversorgung allein der Primärarzt zuständig und verantwortlich für die Diagnostik, Verordnung und Verlaufskontrolle therapeutischer Maßnahmen bei Entwicklungsstörungen. Die in der Regel bestehende räumliche und organisatorische Trennung von den Therapeuten als Erbringern des Heilmittels sowie die engen Vorgaben der Heilmittel-Richtlinien in Verbindung mit der Budget-Verantwortung allein auf der ärztlichen Ebene erschweren die Durchführung einer sinnvollen und in den Modalitäten flexiblen Therapie. Insbesondere bei komplexen Störungsbildern oder schwierigen psychosozialen Rahmenbedingungen ist dies ein ernsthaftes Hindernis für eine eng abgestimmte und damit suffiziente Behandlung. Mit der Verankerung der Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ) in §119 des Fünften Sozialgesetzbuches hat der Gesetzgeber überregional tätige, ärztlich geleitete und interdisziplinär arbeitende Kompetenzzentren mit besonderen fachlichen und organisatorischen Voraussetzungen etabliert, die die Möglichkeit der spezialisierten Einzel- wie auch der Komplextherapie eröffnen. Die hohe Inanspruchnahme der SPZ durch die zuweisenden Primärärzte belegt die Notwendigkeit zur Vorhaltung dieser besonderen Behandlungsmaßnahmen im Rahmen der pädiatrischen Gesamtversorgung.

Aufgrund zunehmender Fragestellungen in Bezug auf Kinder und Jugendliche mit Entwicklungsstörungen müssen sozialpädiatrische Inhalte vermehrt in die Ausbildung der Ärzte einbezogen werden, wobei hier eine intensivere Vermittlung von Grundlagen bereits im Studium zu fordern ist. Bei der Ausbildung zum Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin sind die entwicklungsneurologischen und sozialpädiatrischen Inhalte der Weiterbildungsordnung umzusetzen.

Mit der Verabschiedung der beantragten ärztlichen Zusatzweiterbildung „Sozialpädiatrie“ wird durch die damit verbundene Festlegung eines Ausbildungsganges die Qualität in fachärztlicher Vertragsarzt-Praxis wie SPZ noch stärker standardisiert werden. Die

pädiatrischen Früherkennungsuntersuchungen müssen um Aspekte der Prävention von Entwicklungsstörungen durch entsprechende vorausschauende und vorbeugende Gesundheitsberatung erweitert werden und damit die Anforderungen für Vorsorgeuntersuchungen erfüllen.

Im komplementären Versorgungssystem ist die Erstellung regionaler Netzwerke anzustreben. Hierbei müssen Institutionen der heilpädagogischen wie interdisziplinären Frühförderung ebenso eingebunden sein wie die Kinder- und Jugendpsychiatrie. Besonders zu beachten sind die Übergänge zwischen ambulanter und stationärer Versorgung sowie die ausreichende Vorhaltung mobil-aufsuchender Leistungsangebote und niederschwelliger Zugangsmöglichkeiten. Gerade hierbei müssen in Anbetracht der stetig zunehmenden Problematik unzureichend geförderter und vernachlässigter Kinder auch neue Wege der bereichsübergreifenden Zusammenarbeit mit Diensten der Sozial- und Jugendämter sowie des Öffentlichen Kinder- und Jugend-Gesundheitsdienstes gefunden werden.

Auch unter dem Blickwinkel der Therapie müssen Institutionen der extrafamiliären Betreuung einen ganz anderen Stellenwert erlangen. Dies gilt für Schulen und Kindergärten bzw. – tagesstätten, besonders aber für Kinderkrippen. Angehende pädagogische Fachkräfte müssen bereits in der Ausbildung besser zu grundlegenden Themen der kindlichen Entwicklung qualifiziert werden. In den pädagogischen Institutionen ist ein anderes interdisziplinäres Zusammenarbeiten notwendig als bisher praktiziert, um die Dualität von Bildungsauftrag und Sozialisation bewältigen zu können. Hierbei kommt einem funktionierenden Schulärztlichen Dienst als Ergänzung zur primärärztlichen Versorgung eine Schlüsselfunktion zu.

Schließlich wird sich der Standard der Leistungserbringung bei den medizinisch-funktionellen Behandlungen nachhaltig durch die rasch voranschreitende Erweiterung auf akademische Abschlüsse im universitären Kontext verändern. Die bereits bestehenden Modelle im europäischen Ausland oder in Kanada belegen die Möglichkeiten für wissenschaftlich fundierte, strikt auf die Belange des Patienten ausgerichtete Therapien. Hierdurch wird das Tätigkeitsfeld der Therapeuten genauer definiert und aus der alleinigen Verantwortlichkeit des verordnenden Arztes herausgelöst mit entsprechenden Veränderungen in der interdisziplinären Zusammenarbeit wie auch der ökonomischen Eigenverantwortung. Teilweise immer noch vorherrschende theoretisierende Auffassungen eines „basalen“ Vorgehens werden abgelöst durch die Vereinbarung alltagsrelevanter Ziele, die hinsichtlich Zeitaufwand; Erreichbarkeit und Kosten prüfbar und damit qualitätsgesichert zu erbringen sind. Damit besteht größere Sicherheit für Therapeut, Patient und Kostenträger. Auch in Deutschland leistet die beginnende Akademisierung erste Beiträge zum wissenschaftlichen Fundament.

Begleitend muss die Versorgungsforschung ausgebaut werden, um durch die Etablierung neuer Studiendesigns insbesondere auch Verbesserungen der Partizipation und Autonomie des Patienten, wie es in der ICF beschrieben wird, erfassen zu können. Damit könnte das generelle Problem des Wirksamkeitsnachweises von funktionstherapeutischen Maßnahmen unter einem anderen Blickwinkel angegangen und zumindest teilweise gelöst werden.

Grundlagen für den Text:

„Altöttinger Papier“, Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin 2003/
Neuaufgabe 2008

Qualitätspapier „Physiotherapie“, Qualitätszirkel-Leiter Dr. Peter Möller, Wolfsburg (in Vorb.)

Thesenpapier des Zentralen Qualitäts-Arbeitskreises der BAG SPZ unter Leitung von Dr.
Christian Fricke, Hamburg; Altötting, 07.12.2007

Korrespondenzanschrift:

Dr. Helmut Hollmann
Kinderneurologisches Zentrum
LVR-Klinik Bonn
Gustav-Heinemann-Haus
Waldenburger Ring 46
53119 Bonn

Email: Helmut.Hollmann@LVR.de