



Modul Diagnose und Klassifikation

Abschluß

Thomas Becher
KNZ Düsseldorf-Gerresheim

Teilnehmer

Thomas Becher (Neuro-/Sozialpädiater, KNZ Gerresheim)

Stephanie Bosserhoff (Neuro-/Sozialpädiaterin, SPZ Wesel)

Andrea Espei-Jagusch (ET, Heinrich-Piepmeyer-Haus, Münster)

Annette Horn (Neuropädiaterin, Klinikum Duisburg)

Heidi Pittner-Esser (PT, FZ Mönchengladbach)

Marika Schiebe-Sukumar (Neuro-/Sozialpädiaterin, SPZ Unna Königsborn)

Andreas Sprinz (CP Netz NRW)

Katharina Weigt-Usinger (Neuropädiaterin, Uni Bochum)

Treffen

06.11.2012

29.01.2013

05.02.2013

09.04.2013

12.06.2013

Eingangskriterien
Definition der CP
Diagnosestellung
Klassifikationssysteme
Diagnosenliste nach EKPSAT
ICF
Was bleibt zu tun?

Motorische Entwicklungsauffälligkeit

- Eine Vorstellung in einer der dem CP-Netz angehörenden Einrichtungen erfolgt bei
 - motorischer Entwicklungsauffälligkeit
 - dem bloßem Verdacht auf eine Bewegungsstörung/CP seitens der Eltern, eines Therapeuten oder eines Kinderarztes, eines Allgemeinmediziners, Orthopäden oder Neurologen („Da stimmt was nicht ...!“)



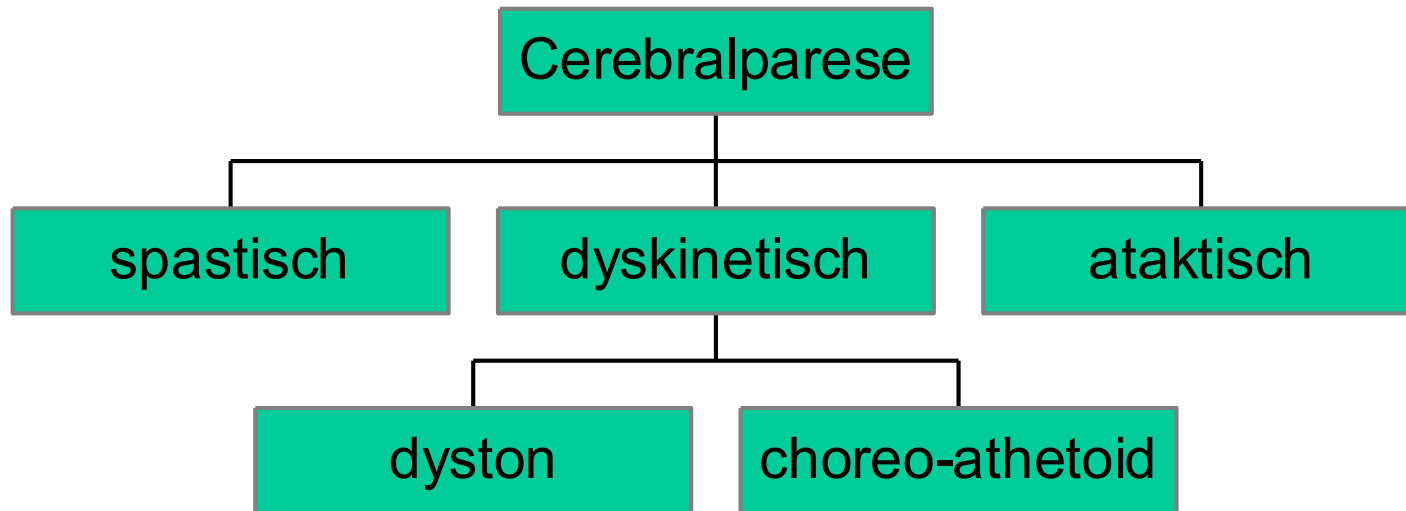
- Die Cerebralparese (CP) beinhaltet eine Gruppe von Krankheitsbildern, diese führen zu einer Störung von Bewegung, Haltung und motorischer Funktion, sind permanent, aber nicht unveränderlich und entstehen durch eine nicht progrediente Störung/Läsion/Auffälligkeit des sich entwickelnden/unreifen Gehirns.
- **Einschluss von Erkrankungen des Kindes- und Jugendalter mit traumatischer, entzündlicher (ADEM, Encephalitis etc) oder ischämischer (Ertrinkungsunfall etc.) Genese**
- **Klinische differente Entitäten, aber sehr ähnlicher Versorgungs/Netzwerk-Bedarf**



- Neurodegenerative Erkrankungen inkl. metabolischer Erkrankungen
 - z.T. sehr hohe Diagnostik- und Behandlungskosten
 - Betreuung in entsprechenden Zentren
 - Im Verlauf können die Strukturen des CP Netz evtl. mitgenutzt werden.



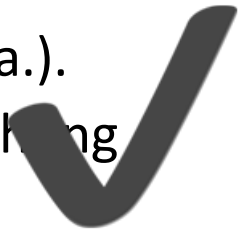
Drei Subgruppen



Die spastische CP wird weiter in uni- und bilateral differenziert.
Im Langtext werden die einzelnen Typen erläutert und die neurologischen Merkmale dargestellt.



- Ausführliche Anamnese und Untersuchung durch erfahrenen Neuropädiater, Sozialpädiater oder spezialisierten Kinderorthopäden.
- Die Diagnose wird primär klinisch gestellt (SS und Geburts-Anamnese, motorische Entwicklung, Spontanmotorik, Hypo-/Hypertonie, Reflexstatus, pathologische und persistierende Reflexe, General Movements, Asymmetrie, Lagereaktionen u.a.).
- Spätestens im zweiten Lebensjahr ergänzt eine MRT-Untersuchung die Diagnostik. Bei unauffälliger Schwangerschafts- und Geburtsanamnese ist ein MRT bereits initial erforderlich.
- Bei unklarer Ätiologie erfolgt spätestens im vierten Lebensjahr eine erneute Diagnostik inkl. MRT und ggf. erweiterter metabolischer und genetischer Diagnostik.



- Frage der Operationalisierung. Kinderneurologen und Kinderorthopäden sind anerkannte Schwerpunkte, Sozialpädiater nicht. Weitere Klärung in der IG und im Dialog mit der SPZ-Leitertagung
- Wahrscheinlich ist die Frage zu vernachlässigen. Ich kenne keinen SPZ-Arzt, der sich schwerpunktmäßig mit Bewegungsstörungen beschäftigt, der NICHT geprüfter Neuropädiater ist.



- Erstuntersuchung im CP-Netz findet immer im 4 Augenprinzip statt (Arzt und PT)
 - Vier Augen heißt nicht zeitgleich!
- Ausbildung in einer pädiatrisch zertifizierten Therapie und Erfahrung in der Behandlung von Kindern mit Cerebralparese, abrechenbare Therapieform ZN1 a-c und danach Weiterbildung
 - KG-ZNS-Kinder: Zur Behandlung von zentralen Bewegungsstörungen längstens bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, zur Erleichterung des Bewegungsablaufs durch Ausnutzung komplexer Bewegungsmuster, Bahnung von Innervation und Bewegungsabläufen und Förderung oder Hemmung von Reflexen unter Einsatz der Techniken nach Bobath oder Vojtá.
 - Die Behandlung wird ausschließlich als Einzeltherapie verordnet.
- (Die notwendige Qualifikation der PT wurde mit dem Modul PT und d IG festgelegt)



Diagnosestellung 2

- Diagnose-Stellung abhängig von der Schwere der Behinderung frühestens im 6. Lebensmonat
- Die Umsetzung der Diagnostik muss den Elternwillen berücksichtigen.
- Nach der Eingangsdiagnostik wird der Patient einer von drei Gruppen zugeteilt:

keine CP

keine passende Anamnese und Klinik, unauffällige und unpassende MRT-Untersuchung

CP

passende Anamnese und Klinik, MRT eindeutig

Diagnose unklar, aber
Bewegungsstörung

Klinik passend, Verlauf unklar, MRT uneindeutig oder unauffällig. Weitere Diagnostik außerhalb des CP-Netzes



Diagnosestellung 2

- Diagnose-Stellung abhängig von der Schwere der Behinderung frühestens im 6. Lebensmonat
- Nach der Eingangsdiagnostik wird der Patient einer von drei Gruppen zugeteilt:

keine CP

weitere Betreuung durch Kinderarzt, ggf. durch SPZ, IFF oder andere Institution

CP

Behandlung im modularen System des CP Netz

Diagnose unklar, aber
Bewegungsstörung

Therapieplanung und Betreuung im modularen System
des CP Netz, Diagnostik außerhalb des CP Netz



- Es werden nach der Diagnosestellung die folgenden Klassifikationssysteme zur Beschreibung der klinischen Phänomenologie verwendet.
- **GMFCS** – zur Beschreibung der Lokomotion
<http://cp-netz.uniklinik-freiburg.de/cpnetz/live/aerzte-therapeuten/definintionen-erlaeuterungen/gmfcs.html>
- **MACS** – zur Beschreibung der bimanuellen Performanz
http://www.macs.nu/files/MACS_German_2010.pdf
- **CFCS** – zur Erfassung der kommunikativen Kompetenz
<http://faculty.uca.edu/mjchidecker/CFCS/downloads.html>



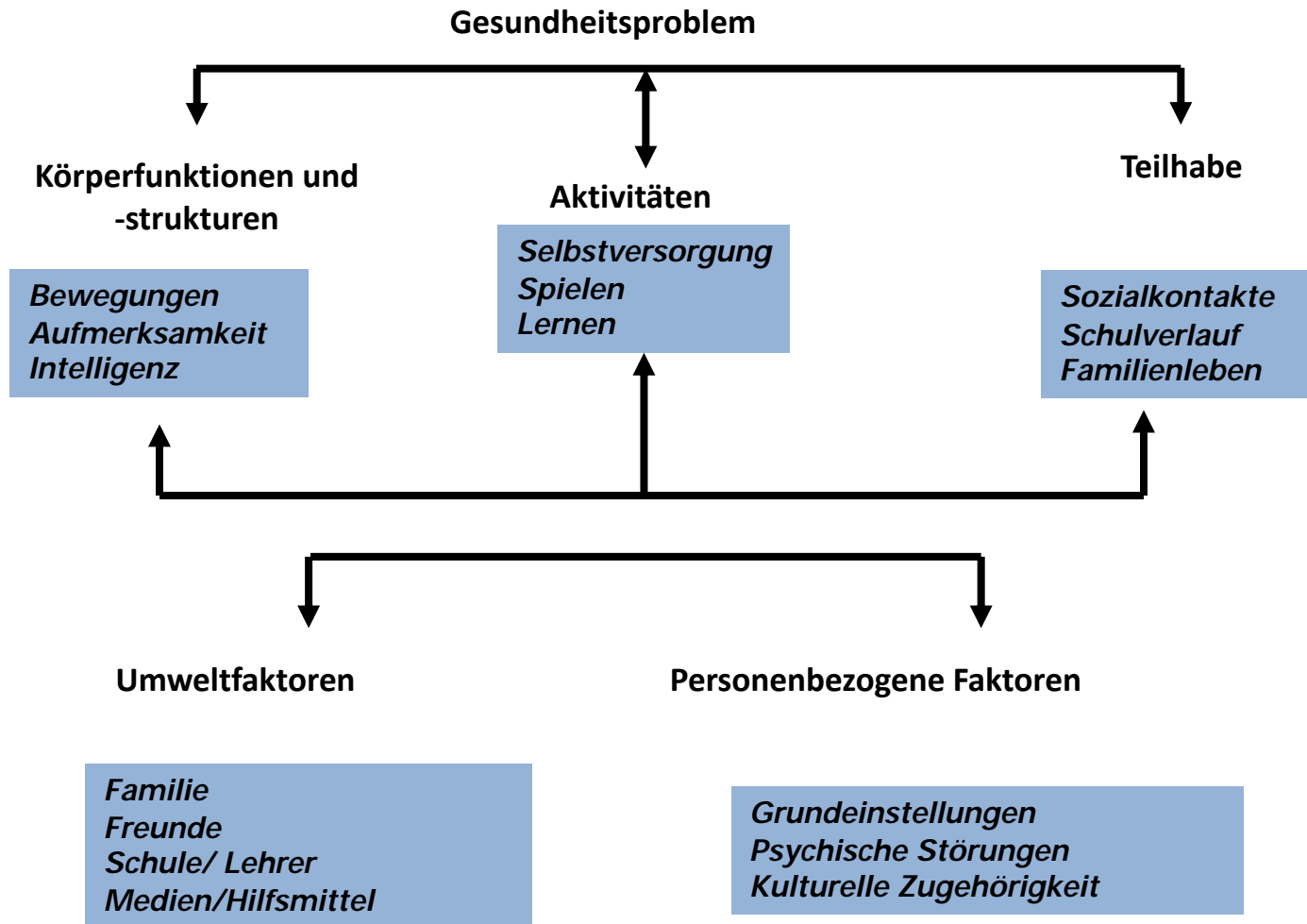
- Testverfahren
 - wie PEDI , GMFM, AHA ...
 - nach Absprache Arzt und Therapeut (PT, ET, Logo)
je nach Indikation und Fragestellung
 - immer bei Rehabilitation und sozial-
/neuropädiatrischer Komplexbehandlung
 - näheres s. Modul Physio/Ergo



- Sechs Bereiche nach dem "EKPSAT-Prinzip" der DGSPJ
 - E ntwicklungsstand / Intelligenz
 - K örperlicher – neurologischer Befund
 - P sychischer Befund
 - S oziale Begleitumstände, psychosozialer Hintergrund
 - A bklärung der Ätiologie
 - T eilhabe /ICF
-
- Die EKPSAT-Methode macht von Anfang an den diagnostischen Aufwand klar und illustriert die bereits erfolgte Diagnostik und die noch bestehenden Lücken.



Das Bio-Psychosoziale-Modell der ICF-CY



Die Komponenten des Teiles 1 der ICF sind zum einen Körperfunktionen und -strukturen, zum anderen Aktivitäten und Teilhabe. Die Komponenten des Teiles 2 sind Umweltfaktoren und personbezogene Faktoren.

Tabelle 2: Klassifikation der Aktivitäten und Teilhabe (Kapitel der ICF)

1. Lernen und Wissensanwendung
(z. B. bewusste sinnliche Wahrnehmungen, elementares Lernen, Wissensanwendung)
2. Allgemeine Aufgaben und Anforderungen
(z. B. Aufgaben übernehmen, die tägliche Routine durchführen, mit Stress und anderen psychischen Anforderungen umgehen)
3. Kommunikation
(z. B. Kommunizieren als Empfänger, Kommunizieren als Sender, Konversation und Gebrauch von Kommunikationsgeräten und -techniken)
4. Mobilität
(z. B. die Körperposition ändern und aufrecht erhalten, Gegenstände tragen, bewegen und handhaben, gehen und sich fortbewegen, sich mit Transportmitteln fortbewegen)
5. Selbstversorgung
(z. B. sich waschen, pflegen, an- und auskleiden, die Toilette benutzen, essen, trinken, auf seine Gesundheit achten)
6. Häusliches Leben
(z. B. Beschaffung von Lebensnotwendigkeiten, Haushaltsaufgaben, Haushaltsgegenstände pflegen und anderen helfen)
7. Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen
(z. B. allgemeine interpersonelle Interaktionen, besondere interpersonelle Beziehungen)
8. Bedeutende Lebensbereiche
(z. B. Erziehung/Bildung, Arbeit und Beschäftigung, wirtschaftliches Leben)
9. Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben
(z. B. Gemeinschaftsleben, Erholung und Freizeit, Religion und Spiritualität)

Tabelle 3: Klassifikation der Umweltfaktoren - Kapitelzuordnung

Kap. Umweltfaktoren (Kapitel der ICF)

1. Produkte und Technologien
(z. B. Lebensmittel, **Medikamente, Hilfsmittel**, Vermögenswerte)
2. Natürliche und vom Menschen veränderte Umwelt
(z. B. demografischer Wandel, Pflanzen, Tiere, Klima, Laute, Geräusche, Luftqualität)
3. **Unterstützung und Beziehungen**
(z. B. Familie, Freunde, Vorgesetzte, Hilfs- und Pflegepersonen, Fremde)
4. Einstellungen
(z. B. individuelle Einstellungen der Familie, von Freunden, gesellschaftliche Einstellungen)
5. Dienste, Systeme, Handlungsgrundsätze
(z. B. des Wohnungs-, Versorgungs-, Transport-, Gesundheitswesens, der Wirtschaft, Rechtspflege, Politik)

Tabelle 4: Personbezogene Kontextfaktoren - bislang nicht klassifiziert

Personbezogene Kontextfaktoren (Beispiele aus der ICF)

- Alter
- Geschlecht
- Charakter
- Lebensstil
- Fitness
- sozialer Hintergrund
- Erziehung
- Bildung/Ausbildung
- Beruf
- Erfahrung
- Copingstrategien
- genetische Prädisposition

ICF in der täglichen Arbeit – So könnte das aussehen ...



Komponente	Strukturen Funktionen	Aktivitäten	Teilhabe
Techniken			
Therapieziele			
Umweltfaktoren			
Persönliche Faktoren			

- Zielvereinbarung nach Diagnostikphase des Therapeuten durch elektronische Rückmeldung des Therapeuten an den Arzt.
- Arzt bestätigt Therapieziele durch Kreuzchen „vidit et dixit“
- Zielvereinbarung und Therapiebericht muss bezahlt werden.
- Regelmäßige Therapieziel-Überprüfung
- Positivliste der von erstdiagnostizierenden Ärzten zu beherrschenden Assessments: GMFM, AHA, PEDI (+ x) (damit sie auch koordinierende Ärzte werden können)
- Welche Anforderungen stellen wir an den koordinierenden Arzt? Kenntnisse über Heilmittel, Orthetik und Hilfsmittel → Zertifizierung CP-Netz?

Was noch zu tun blieb ...

- Differenzierung Erstdiagnostik/Folgediagnostik
 - Die Erarbeitung des „Moduls Koordinierender Arzt“ übernimmt die IG
- Verknüpfung mit dem neuroorthopädischen Modul
 - IG
- Erste Therapieplanung
 - → siehe unten
- Zeitschiene und Mindestanforderungen für die zeitliche Dimension
 - Modul Koordinierender Arzt
- Implementation der ICF
 - → s. unten
- Dokumentation
 - → Enno Bialas

Thomas Becher

Sana Kliniken Düsseldorf GmbH

Gräulinger Strasse 120

40625 Düsseldorf

Email: thomas.becher@sana.de