



AMBULANTICUM Herdecke

Pädiatrie-Konzept „Schritt vorwärts“

In drei „Schritten“ zu mehr Mobilität

AMBULANTICUM Herdecke
18.02.2013

AMBULANTICUM®  bewegt

Schritt vorwärts...

(In drei „Schritten“ zu mehr Mobilität)



Das interdisziplinäre, ambulante Pädiatrie-Konzept „**Schritt vorwärts**“ richtet sich an Kinder mit motorischen Entwicklungsstörungen und eingeschränkter Bewegungs- und Gangfähigkeit im Rahmen einer Erkrankung des zentralen Nervensystems. Durch interdisziplinäre, ganzheitliche Behandlungen werden die Kinder individuell an ihre Fähigkeiten angepasst therapiert, gezielt alltagsrelevante motorische Funktionen erarbeitet und diese für den Alltag nutzbar gemacht.

Dabei werden modernste robotik- und gerätegestützte Therapien mit Biofeedback und bewährte Behandlungen aus den Bereichen Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Sporttherapie und der Hippotherapie miteinander verknüpft.

Vielseitige flexible Therapiemodule, eine altersspezifische Ausstattung und therapeutisches Fachpersonal sichern eine kindgerechte Therapie.

Durch den ambulanten Aufenthalt mit Inklusion der Angehörigen in die Therapie und einem Wechsel aus Intensivtherapie und eigenständigem Heimtraining, ist dieses Konzept auf den Alltagstransfer erarbeiteter Fähigkeiten ausgerichtet. Dies ist zielführend für eine nachhaltige Entwicklungsförderung der Kinder.

Zielgruppen des Konzeptes

ICD-Indikationen

Behandelt werden Kinder zwischen dem 4. und 18. Lebensjahr, die folgende Indikationen nach ICD 10 aufweisen:

G 80 - Infantile Zerebralparese

G80.0	Spastische Zerebralparese
G80.1	Spastische Diaparese
G80.2	Infantile Hemiparese
G80.3	Dyskinetische Zerebralparese
G80.4	Ataktische Zerebralparese
G80.8	Sonstige infantile Zerebralparese

G82 - Paraparese und Paraplegie, Tetraparese und Tetraplegie

G82.0	Schlaffe Paraparese
G82.1	Spastische Paraparese
G82.3	Schlaffe Tetraparese
G82.4	Spastische Tetraparese
G82.5	Tetraparese und Tetraplegie, nicht näher bezeichnet

G83 – Sonstige Lähmungssyndrome

G83.1	Monoparese und Monoplegie einer unteren Extremität - Lähmung eines Beines
G83.2	Monoparese und Monoplegie einer oberen Extremität - Lähmung eines Armes
G83.3	Monoparese und Monoplegie, nicht näher bezeichnet

I69.3 - Folgen eines Hirninfarktes

Patientenbezogene Einschlussindikationen

Neben der ICD müssen die Patienten noch folgende Kriterien erfüllen:

1. Die motorischen Fähigkeiten der Kinder müssen den Stufen 3 und 4 des "Gross Motor Function Classification Systems (GMFCS) entsprechen.
2. Die Eingangsdagnostik des **AMBULANTICUM** zeigt, dass der Patient von der Therapie profitieren wird.

Stufe	Kategorie
1	Die Kinder können im Haus und draußen ohne Einschränkungen gehen und Treppen steigen. Sie verfügen über grobmotorische Fähigkeiten, einschließlich Laufen und Springen, jedoch sind Geschwindigkeit, Gleichgewicht und Koordination qualitativ beeinträchtigt.
2	Die Kinder können im Haus und draußen gehen und Treppen steigen, indem sie sich am Geländer festhalten. Einschränkungen sind beim Laufen auf unebenem Boden, bei Steigungen sowie in Menschenmengen und engen Räumen zu beobachten. Rennen und Hüpfen ist diesen Kindern bestenfalls eingeschränkt möglich
3	Die Kinder können im Haus oder draußen auf ebenem Boden mit einer Mobilitätshilfe gehen. Sie können eventuell Treppen steigen, indem sie sich am Geländer festhalten. Je nach Funktion der oberen Gliedmaßen fahren diese Kinder einen Rollstuhl manuell oder werden darin transportiert, um längere Entfernungen oder Strecken auf unebenem Boden im Freien zurückzulegen.
4	Die Kinder können das Funktionsniveau, das sie bis zum 6. Lebensjahr erreicht haben, beibehalten oder sich zu Hause, in der Schule oder in der Gemeinschaft mit einem Rollstuhl fortbewegen. Die Kinder können unabhängige Mobilität durch einen motorisierten Rollstuhl realisieren.
5	Körperliche Einschränkungen limitieren die willkürliche Bewegungskontrolle. Besonders betroffen sind Bewegungen gegen die Schwerkraft, wie z.B. Haltung und Rumpfkontrolle. Alle Bereiche der Bewegungsfunktion sind eingeschränkt. Funktionale Störungen beim Sitzen und Stehen werden nicht vollständig durch die Verwendung von adaptiven Vorrichtungen oder Geräten und Hilfstechnologie kompensiert. Die Kinder haben keine Möglichkeit für unabhängige Mobilität und müssen transportiert werden. Die Kinder können eventuell unabhängige Mobilität durch einen motorisierten Rollstuhl mit umfangreichen Modifikationen erzielen.

Patientenbezogene Ausschlusskriterien

Behandelt werden können nur Kinder, auf die keines der folgenden Kriterien zutrifft:

1. Starke neuropsychologische Defizite, wie unter anderem schwergradige Aufmerksamkeitsstörungen, schwergradige Auffassungsstörungen und schwergradige Gedächtnisstörungen.
2. Schwere Fußdeformitäten
3. Stark ausgeprägtes Streckdefizit im Kniegelenk (passive ROM >10°)
4. Postoperativer Status <5 Wochen
5. Belastungsinstabiler Knochen- und Gelenksstatus
6. Andere medizinische Aspekte, die gegen eine intensive Therapie sprechen (z.B.: akute kardiale Begleitsymptome).

Zugang der Patienten zur Therapie

1. Der erste Kontakt der TK-Versicherten mit dem **AMBULANTICUM** erfolgt in der Regel per Telefon, 02330 806950, über das Internet, www.ambulanticum-herdecke.de bzw. kontakt@ambulanticum-herdecke.de, oder schriftlich an Ambulanticum GmbH & Co.KG, Leharweg 2, 58313 Herdecke.
2. Nach der Kontaktaufnahme erfolgt eine ausführliche telefonische Beratung zur vorläufigen Abschätzung der Therapieeignung des Patienten.
3. Die auf diese Weise vorselektierten Versicherten erhalten einen Patientenfragebogen und ein zusätzliches Begleitschreiben mit den geplanten Abläufen und den entsprechenden Bedingungen.
4. Weist die Überprüfung des Fragebogens und der beiliegenden ärztlichen Befunde durch das **AMBULANTICUM** auf eine Eignung des Patienten für das Konzept hin (falls notwendig auch durch zusätzliche Anfragen bei den behandelnden Ärzten), findet innerhalb von 4 Wochen eine ausführliche Eingangsbefundung im **AMBULANTICUM** statt. Diese enthält folgende Verfahren:
 - a. Analyse des Erkrankungsverlaufs (auch anhand von Gesprächen mit behandelnden Ärzten, externen Therapeuten und Rehabilitationskliniken)
 - b. Detailliertes Assessment und Diagnostik zu den oben genannten Ein- und Ausschlusskriterien mittels ICF-basierter Assessmentverfahren.
 - c. Folgende Verfahren ICF-basierte Assessmentverfahren, unterstützt von geräte- und videogestützter Verlaufsdokumentation, kommen bei Kindern zum Einsatz:
 - (1) Motorische Testverfahren:
 - a. Gross-Motor Function Test
 - b. Sportmotorische Testverfahren (u.a. Matthiaß-Test)
 - c. 10m Gehstest (videogestützt) (Geschwindigkeit)
 - d. Zwei Minuten Gehstest (Ausdauer)
 - (2) Psychosoziale Testverfahren: Canadian Occupation Performance Measure (COPM) für Kinder und Jugendliche
 - (3) Logopädische Testverfahren: Sprachentwicklungstest (SET)
 - (4) Verfahren zur Erhebung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, z. B. KINDL-R

Rehabilitationsziele

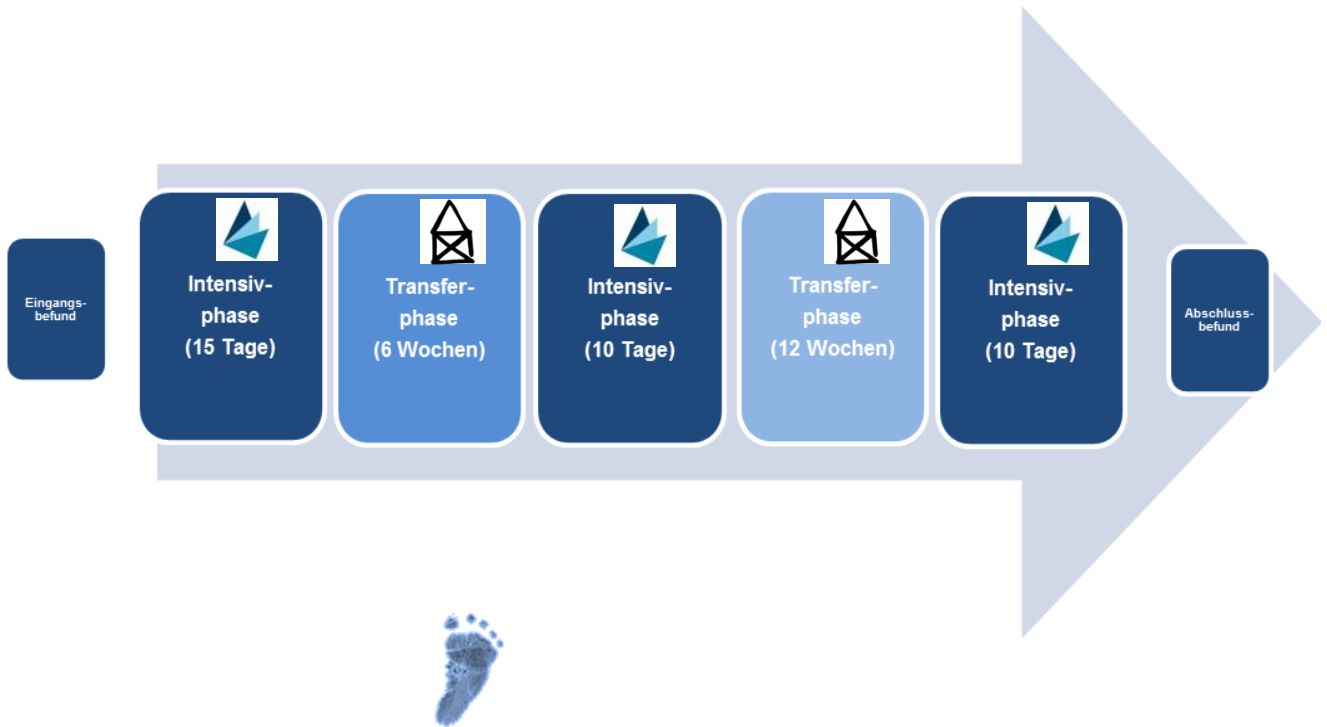
Darauf aufbauend werden die individuellen Rehabilitationsziele festgelegt und der entsprechende Therapieplan entwickelt. Dabei ist darauf zu achten, dass die Therapieziele für die in dieser Vereinbarung festgelegte Behandlungsdauer realistisch ist. Die Zieldefinition erfolgt in Abstimmung mit Patienten und Angehörigen bezogen auf die individuell wichtigsten Aktivitäten zur Förderung von Partizipation und Lebensqualität. Je nach individuellem Einschränkungprofil der Patienten sind folgende Ziele anzustreben:

- a. Verbesserung der Selbstständigkeit und allgemeinen Lebensqualität
- b. Verbesserung der Mobilität
 - (1) Vom Liegen zum Sitzen
 - (2) Vom Sitzen zum Stand
 - (3) Vom Stand zum Gang
 - (4) Verlängerung der Gehstrecke
- c. Verbesserung der Vitalfunktionen

Die Verbesserung des kognitiven Status, der sprachlichen Fähigkeiten, der affektiven Lage und der Krankheitsbewältigung sind weitere Ziele. Die Behandlung der Funktionsbereiche erfolgt entsprechend den zwischen den Patienten, Angehörigen und Behandelnden abgestimmten individuellen Zieldefinitionen.

Therapieverlauf

In einzelnen „Schritten“ wird die Therapie gestaffelt und die Inhalte an die Fähigkeiten des Kindes angepasst. Im Folgenden werden die einzelnen Phasen und Inhalte des Konzeptes erläutert:



Schritt 1 (Intensivphase I)

→ 15 tägige ambulante Intensivtherapie

Der interdisziplinäre Therapieeinsatz wird auf die individuellen Fähigkeiten und Ziele des Kindes aus den einzelnen Modulen kombiniert. Einen Schwerpunkt des ersten Schrittes bilden eine intensive Auseinandersetzung mit dem eigenen Körper des Kindes und die psychomotorische Anbahnung motorischer und sensorischer Funktionen. Um den Transfer in den Alltag und somit die Nachhaltigkeit der Therapie so erfolgreich wie möglich zu gestalten, haben Therapieinhalte und Konzept einen hohen Alltagsbezug. Von zentraler Bedeutung ist hierzu auch die Einbindung und Schulung der Eltern, welche in der Transferphase eine entscheidende Rolle spielen. Nach den 15 Tagen findet eine Zwischenuntersuchung (**Re-Assessment**) statt.

→ Transferphase: 6 Wochen Heimtraining

In der Transferphase wird das individuelle Trainingsprogramm im häuslichen Rahmen alltagsbegleitend mit den Eltern durchgeführt. Dazu werden zuvor die Eltern intensiv in die Therapie mit eingebunden und für Heimübungen angeleitet. Zusätzlich wird Unterstützung bei der Hilfsmittelversorgung für das Heimtrainingsprogramm (z.B. Motomed, Balance-Trainer, Rollator) und bei der Planung von begleitenden Therapiemaßnahmen geleistet. In dieser Phase findet eine intensive Begleitung

durch telefonischen Kontakt statt, um ggf. Hilfestellung zu leisten oder Anpassungen des Trainings zu erarbeiten.

Um die Beweglichkeit zu erhalten /ggf. weiter zu verbessern und gangspezifische Funktionen weiter zu trainieren, kann sinnvoll sein, das Lokomattraining mit einer Häufigkeit von 2mal in der Woche begleitend auch in der Heimphase fortzuführen.

Schritt 2 (Intensivphase II)



→ 10 tägige ambulante Intensivtherapie.

Während des 2. Behandlungszeitraumes erfolgt zunächst eine Überprüfung und ggf. Adjustierung der Therapieziele und Inhalte. Aufbauend auf die im Heimtraining gefestigten Fähigkeiten werden die Therapien an den aktuellen Leistungsstand angepasst und nach Möglichkeit in der Intensität und Komplexität gesteigert. Es erfolgt eine Intensivierung der Einbindung der Eltern, um das Heimtraining in der folgenden Transferphase zu optimieren. Nach den 10 Tagen findet erneut eine Zwischenuntersuchung (**Re-Assessment**) statt.

→ Transferphase: 12 Wochen Heimtraining

In dieser Phase finden eine Umsetzung des erarbeiteten Heimtrainings und der Transfer erlernter Fähigkeiten in den Alltag statt. Der Schwerpunkt dabei liegt in der Festigung und Verbesserung der motorischen Leistungsfähigkeit und der gezielten Förderung der Selbstständigkeit des Kindes.

Auch in dieser Phase kann es ggf. sinnvoll sein das Lokomattraining mit einer Häufigkeit von 2mal in der Woche begleitend auch in der Heimphase fortzuführen.

Schritt 3 (Intensivphase III)



→ 10 tägige ambulante Intensivtherapie

Aufarbeitung von möglichen Problemstellungen aus der zweiten Transferphase, um Erlerntes zu vertiefen, möglichen Kompensationsmechanismen zu begegnen und Trainingsstrategien anzupassen. Zudem wird eine Erhöhung der therapeutischen Dichte und Trainingsintensität durchgeführt. In dieser Phase des Konzeptes werden das Kind und die Eltern auf die langfristige Situation im häuslichen und sozialen Umfeld vorbereitet.

Ambulante Abschlussuntersuchung

Nach der dritten Intensivphase erfolgen eine Abschlussuntersuchung des Kindes nach ICF-Kriterien, sowie eine genaue Auswertung der geräte- und videogestützten Verlaufsprotokolle. Hier liegt ein Fokus auf umfangreichen Assessments auf Ebene des bio-psycho-sozialen Modells. Dies dient der Beurteilung der Nachhaltigkeit der Trainingsfortschritte für Therapeutenteam, Patient und Angehörigen.

Therapiemodule

Sport- und Bewegungstherapie

In der Sport- und Bewegungstherapie werden die Kinder von ausgebildeten Therapeuten individuell und ganzheitlich betreut. Angelehnt an die Ziele und an den Entwicklungsstand der Kinder, werden die unterschiedlichen im Folgenden vorgestellten Module zusammengestellt:

1. Lokomat® Pro – robotikgestütztes Gangtraining

Der **Lokomat®** ermöglicht ein robotikgestütztes Gangtraining bei Kindern mit infantiler Zerebralparese die Unterstützung beim Lernprozess des Gehens benötigen. Durch die individuell anpassbaren Orthesen und High-Tech in den Hüft- und



Knieantrieben ist ein hochrepetitives Training mit hohen Wiederholungszahlen möglich, um so die komplexen Bewegungsabläufe für das Gehen umsetzen zu können.

Präzisionssensoren erfassen die vom Kind selbstständig geleisteten Kräfte in der zum Gehen benötigten Beinmuskulatur und stellen diese über ein „Biofeedbacksystem“ dar. Dadurch ermöglicht das Lokomattraining eine qualitative und quantitative Optimierung der Therapie, um effektiver einen Lernprozess neuronaler Strukturen einzuleiten und hat nachgewiesene Effekte auf die Muskulatur. Das Training fördert durch zusätzliche kognitive Reize und aufgabenspezifisches Üben die Motivation des Kindes.

Ziele des Lokomattrainings sind eine allgemeine Gehverbesserung und eine Zunahme der funktionellen Mobilität und somit ein Schritt zu mehr Selbstständigkeit.

2. Laufband

Laufbandtherapie unter Gewichtsentlastung hat sich in der Gangrehabilitation durchgesetzt. Insbesondere bei Kindern mit stärker ausgeprägten Funktionen der unteren Extremitäten und ausreichend Rumpfkontrolle ist das Laufbandtraining sehr effektiv, um ein eigenständiges Gangbild und Bewegungskorrekturen zu festigen. Als ergänzende und anschließende Maßnahme an das Lokomattraining bildet Laufbandtraining eine methodische Zwischenstufe für den Transfer erlernter Funktionen in den Alltag.

3. Psychomotorik

Die Psychomotorik stellt einen ganzheitlichen Therapieansatz dar, der die Wahrnehmung des eigenen Körpers durch spielerisches Verhalten schult.

Kernpunkt in der Therapie ist die Lust und der Spaß an Bewegung durch selbstständiges Handeln, ohne eine Vorgabe von Bewegungsabläufen. In Gruppen- oder Einzeltherapien wird durch Bewegungslandschaften und Parcours die Kreativität zum selbständigen Erleben von Bewegung angeregt. Zusätzlich schult die Psychomotorik die Grundfertigkeiten des motorischen Erlernens, sowie die taktile, visuelle und auditive Wahrnehmung. Darüber hinaus unterstützt die Psychomotorik die Sachkompetenz (die materielle Umwelt zu erleben, zu verstehen und mit ihr umzugehen) und die Sozialkompetenz (zu lernen, sich an andere Personen anzupassen und die eigenen Bedürfnisse in angemessener Form durchzusetzen) der Kinder.

4. Therapeutisches Klettern

Beim therapeutischen Klettern werden im Sinne eines ganzheitlichen Therapieansatzes die Sensorik und die Motorik gezielt angesprochen. Die Basissinne, wie der Gleichgewichts-, der Körper- und der Tastsinn werden ebenso gefördert, wie die motorischen Komponenten der Auge-Hand-Koordination, Bewegungsplanung und Rumpfstabilität. Die Kinder lernen beim Klettern sich zu konzentrieren, zu kommunizieren und zu vertrauen. Das gemeinsame Erleben und die notwendige Kommunikation mit dem Therapeuten oder anderen Kindern sprechen ebenfalls die sozialen Aspekte an. Ein positives Auseinandersetzen mit dem eigenen Körper und die Förderung des Selbstvertrauens stehen beim therapeutischen Klettern im Vordergrund.



5. Funktionelles Training

Im Rahmen von funktionellem Bewegungstraining wird das Gehen als ganzheitliche Bewegung aus einem Zusammenspiel verschiedener Muskelketten gesehen und so alltagsnah trainiert. Die Grundlage und der Ursprung der Bewegungen bildet eine Stabilität der Körpermitte, von der aus dreidimensionale Kräfteinsätze in verschiedenen Ebenen methodisch erarbeitet und kombiniert werden. Somit beinhaltet das funktionelle Training die Schwerpunkte Muskelaufbau, Koordination und Bewegungskopplung.

Hippotherapie/Therapeutisches Reiten

Die Hippotherapie ist eine physiotherapeutische Behandlung auf neurophysiologischer Grundlage auf und mit dem Pferd. Über den Pferderücken werden beim Reiten (Gangart „Schritt“) dreidimensionale Schwingungen auf den Patienten übertragen. Dies ermöglicht ein gezieltes Training der Haltungs-, Gleichgewichts- und Stützreaktion. Darüber hinaus kann die Hippotherapie einen erhöhten Muskeltonus regulieren, die Hemmung pathologischer Bewegungsmuster

forcieren. Außerdem ist sie eine reizvolle, motivierende Ergänzung für Kinder in den Therapien. Auch psychische Faktoren können über eine Interaktion zwischen Mensch und Tier beeinflusst werden.

Ergotherapie

- **sensomotorisch-perzeptiv**

In der sensomotorisch-perzeptiven Behandlung wird neben den motorischen Funktionen, verstärkt auf die Wahrnehmung von oberflächlichen und tiefensensiblen Reizen und deren Verarbeitung und Auswirkung auf die Bewegungsfähigkeit des Patienten hingearbeitet. Hier kommen Therapiekonzepte wie Affolter, Perfetti und die Spiegeltherapie zum Einsatz, die den Kindern spielerisch und gestalterisch nahe gebracht werden.



- **motorisch-funktionell**

Bei der motorisch-funktionellen Behandlung nutzt die Ergotherapie verschiedene Konzepte, wie Bobath oder PNF um motorische Funktionen anzubahnen. Dies betrifft zum einen die Verbesserung der Koordination, zum anderen auch die progressive Förderung der Grundvoraussetzungen für physiologische Bewegung. Hier wird durch spielerische Angebote Bewegung provoziert.

- **Sensorisch-integrative Therapie nach J. Ayres**

Durch die sensorisch-integrative Therapie werden mittels gezielter Reizsetzung verschiedene Kanäle der Wahrnehmung angesprochen. Ziel ist es eine Verbesserung der sensorischen Integration des Kindes zu erreichen und damit die Grundlagen für das motorische Lernen, die Handlungsplanung und das Verhalten zu schaffen. Die muskuläre Grundspannung wird dabei unter anderem mittels linearer Beschleunigung (Rollbrettfahren, Trampolinspringen, Schaukeln in der Hängematte) verbessert.

- **ADL Training**

Das ADL-Training zielt auf die Erlangung der größtmöglichen Selbstständigkeit aller alltäglichen Abläufe, wie z.B. Toilettengang, Transfers, selbstständige Nahrungsaufnahme und die Erarbeitung von perzeptiven Handlungskompetenzen ab.

Physiotherapie

Die Behandlungsschwerpunkte in der Physiotherapie werden durch zwei Säulen der neurophysiologischen Behandlungskonzepte getragen.

- **Bobath-Konzept**

Das **Bobath Konzept**, im Englischen auch Neuro-Development Training genannt, dient der Optimierung und Differenzierung der Bewegungsentwicklung, der Bewegungserfahrung und des Bewegungsverhaltens. Bei der Entwicklung eigener Bewegungsstrategien im therapeutischen Prozess werden im Besonderen die individuellen biomechanischen Gegebenheiten, die Interaktion und Kommunikation mit dem sozialen Umfeld des Kindes und Jugendlichen berücksichtigt und somit sensomotorisches Lernen möglich.

- **Vojta-Konzept**

Das **Vojta Konzept** versteht die Basis seines Arbeitens in der Förderung der Reflexlokomotion (oder Reflexfortbewegung). Diesem kommt bei ICP betroffenen Kindern und Jugendlichen eine wichtige Bedeutung zu. Auf gezielte Reize in bestimmten Körperlagen lassen sich bei Kindern unbewusste, wiederkehrende motorische Reaktionen auslösen. Diese Bewegungsmuster kann die Vojta-Therapeutin in der Behandlung des Kindes wiederholen, die Bewegungsmuster tragen die Grundzüge einer Fortbewegung. Da es sich nach Vojta bei der ICP um eine funktionelle Blockade der Bewegungsentwicklung handelt, können die Bewegungsabläufe der Reflexlokomotion jederzeit abgerufen werden.

Logopädie

Das Gesamtangebot logopädischer Leistungen umfasst die Beratung, Diagnostik und Therapie von Sprach-, Sprech-, Stimm- und Schluckstörungen bei Kindern und Jugendlichen. Bei Kindern mit fehlender oder ungenügender Lautsprache gehört auch die Arbeit mit unterstützender Kommunikation mittels Sprachcomputer oder Piktogrammen dazu.

Die Grundlage der Arbeiten während der logopädischen Therapie mit Kindern, ist eine spielerische Vorgehensweise. Kinder lernen vor allem durch das Spiel. Dadurch, dass sie Spaß beim Lernen haben, sind sie motiviert und nehmen Neues (Lerninhalte) viel leichter und schneller auf.

Begleitende Eltern-Kind-Therapie

Ein weiterer wichtiger Bestandteil des Konzeptes ist die interdisziplinäre Beratung und Anleitung der Eltern. In gesonderten Therapieeinheiten übernehmen die Eltern das Training und werden für eine Förderung ihrer Kinder im Alltag begleitet und geschult. Dabei werden die Gegebenheiten des häuslichen und sozialen Umfeldes (u.a. zu Hause, Kindergarten, Schule) mit einbezogen und Alltagssituationen nachgestellt.

Exemplarischer Wochenplan

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
8.30	LOGO		LOGO	ERGO	
9.00	ERGO	PHYSIO	LOKOMAT		ERGO
9.30		ERGO		BEW	
10.00	Pause		Pause	Pause	Pause
10.30	PHYSIO	Pause	PHYSIO	LOGO	PHYSIO
11.00	BEW	LOKOMAT	BEW	PHYSIO	LOGO
11.30	Pause		Pause	Pause	BEW
12.00		Pause			Pause
12.30	LOKOMAT		ERGO	LOKOMAT	
13.00		LOGO			LOKOMAT
13.30		BEW			
14.00					
14.30		HIPPO		HIPPO	
15.00					

Die Befundung, Videodokumentation und Anleitung zum Heimtraining wird in der einzelnen Therapie geleistet und ist nicht gesondert aufgeführt. Generell werden die Angehörigen oder Begleitpersonen mit in die Therapien mit einbezogen und gezielt angeleitet.



Der Komplettpreis beinhaltet folgende Leistungen:

Therapietage Intensivphasen : 35 Tage	Häufigkeit pro Woche	Dauer	Stunden insgesamt
Eingangsbefunde		120 min	2 Std.
Physiotherapie	täglich	30 min	17,5 Std.
Bewegungs- und Sporttherapie	täglich	30 min	17,5 Std.
Lokomattraining	täglich	60 min	35 Std.
Ergotherapie	täglich	60 min	35 Std.
Logopädie	täglich	30 min	17,5 Std.
Hippotherapie	2x	30 min	7 Std.
Abschlussbefund		120 min	2 Std.
GESAMT			133,5 Std.

Nicht enthalten:

Lokomattraining (Optional bei Bedarf) in Transferphase 1 (6 Wochen)	2x	60 min	12 Std.
---	----	--------	---------

Lokomattraining (Optional bei Bedarf) in Transferphase 2 (12 Wochen)	2x	60 min	24 Std.
--	----	--------	---------