

LECKEY[®]

KNOW

HOW

LIFE READY
ViDA
KINDERREHA



- Praxisleitfaden für Therapeuten
- Checkliste zur Hilfsmittel- Anpassung
- Therapeutischer Nutzen
- Erfolgskontrolle
- Motivation/Teilhabe
- Argumentation- Hilfen

 **MyWay**

MyWay ist ein Gehtrainer welcher Kinder, die nicht selbständig stehen oder gehen können, bei einer aufrechten Position unterstützt. Das fahrbare Rahmengerüst ermöglicht den Kindern, sich mit den unteren Gliedmaßen in ihrem Umfeld zu bewegen.





Chechliste zur Hilfsmittel-Anpassung

Name:

Datum der Erprobung:

Therapeut:

Vida Fachberater:

“ Das Hilfsmittel muss zum Kind passen, nicht das Kind zum Hilfsmittel ”

CHECKLISTE

ERLEDIGT

Überprüfung der Motivation von Kind/Eltern/Therapeut, warum ein Gehtrainer eingesetzt werden soll

Kontra- Indikationen und Sicherheitsvorkehrungen beachten (siehe Benutzerhandbuch)

BEFUND (Hintergrund- informationen durch Physio- therapeut)	Funktionale Mobilität (GMFCS Stufen)		
	Wird ein Lifter für den Transfer benötigt?		
	Tonus: Typ, Schweregrad und Lokalisation		
	Verständnis und Motivation für die Fortbewegung vorhanden?		
	Gibt es Problem mit einem bestehendem Laufgerät?		
	Skoliose? (fixiert oder korrigierbar)		
	Deformitäten oder Kontrakturen in den Extremitäten?		
	Bewegungsmuster, besonders in den vier Extremitäten		
Hilfsmittel wie Orthesen (AFOs, DAFOs, Korsett, propriozeptiver Anzug etc.)			

MESSEN		Maße	
	Länge von Boden bis Schulterhöhe (cm)		
	Innere Beinlänge (cm)		
	Umfang Nabelhöhe (cm)		

VOREINSTELLUNG		Größe / Maße		
	Westengröße (siehe Tabelle nächste Seite)			
	Rahmengröße (siehe Tabelle nächste Seite)			
	Sattelhöhe/ Innere Beinlänge			
		Notwendiges Zubehör		
	ZUBEHÖR	Sattel		
		Kopfstütze		
		Handgriffe für Nutzer (evtl. Montage zum Schluss)		
Fußführung				
Führungsgriffe für Begleitperson				
Führungsgurt für Begleitperson				

POSITIONIERUNG	Unterstützungsweste anlegen und Beinführung schließen		
	Transfer in den Gehtrainer: über Stand oder mit Lifter		
	Weste an Führungseinheit befestigen (weiße und rote Schnallen)		

ANPASSUNG	Schulterhöhe einstellen und Gurte anlegen (graue Schnallen)		
	Fußführung		
	Neigungswinkel		
	Feineinstellung der Höhe		
	Lenkrollen einstellen (Richtung und Widerstand)		



Checkliste zur Hilfsmittel-Anpassung

Westengröße	Alter (max.)	Umfang Nabelhöhe (mm)	Einteilung nach Farben
1	1–4	460–560	Lila
2	2–6	500–600	Grün
3	5–9	550–650	Blau
4	8–12	600–700	Rot
5	12–15	700–800	Orange
6	16–18	800–900	Grau

Rahmengröße	Alter (max.)	Länge von Boden bis Schulterhöhe (mm)	Länge von Boden bis Schulterhöhe (mm)	Maximales Benutzergewicht
1	1–5	635–920	220–440	25
2	4–11	870–1190	400–610	50
3	9–16	1070–1490	550–810	80

Kontraindikationen/Warnungen

Kontraindikationen

- Kinder mit einer erheblichen Beinlängendifferenz.
- Kinder mit Neigung zu Frakturen (z.B. Glasknochenkrankheit).
- Kinder, die ein tragbares Beatmungsgerät nutzen.
- Offene/heilende Wunden, wo Druck darauf kommt, wie Rumpf, Leisten und Schultern.
- Offene Spina Bifida (Spina bifida aperta)
- Kinder, die Angst im Zusammenhang mit der Positionierung in oder aus dem Gehtrainer verspüren, wenn dies nicht über die Stützeinstellung/ Positionierung geregelt werden kann.

- Kinder mit deutlicher Asymmetrie der unteren Gliedmaßen, was das Laufen verhindert.
- Kinder ohne Muskelaktivität/ Bewegung der unteren Gliedmaßen.

Warnungen

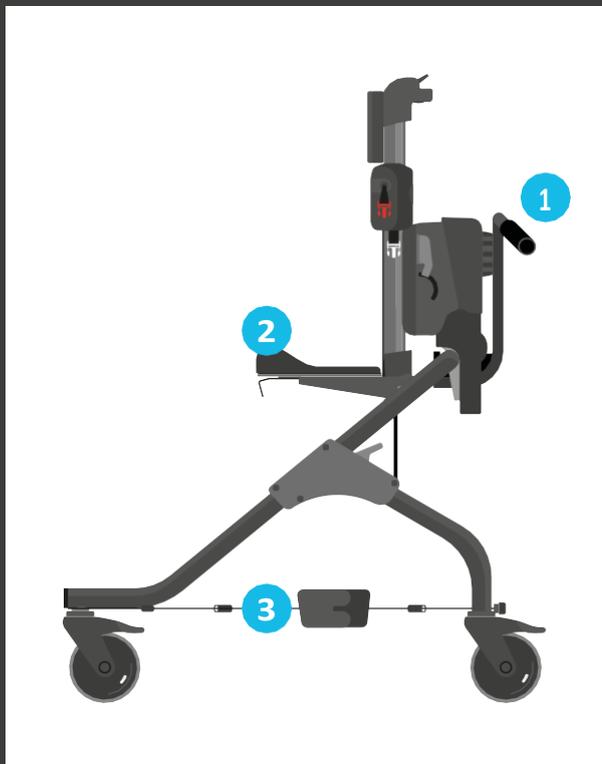
- Kinder mit starken dystonischen Bewegungen, wo der Transfer in und aus dem Gehtrainer für das Kind und die Hilfsperson eine zu große Herausforderung wird.
- Kinder mit Sonden, die durch die Bauchdecke gehen (z. B. PEG Magensonde oder Baclofenpumpe).

- Kinder mit eingeschränkter Atemfunktion, die durch die Unterstützungsweste Atemprobleme kriegen können.
- Kinder mit ausgeprägter Fehlbildung der unteren Extremitäten mit mangelnder Bewegung zur Schrittauslösung.
- Verwendung des Hilfsmittels für Kinder mit starker Lernbehinderung oder Verhaltensauffälligkeit, die ein Verletzungsrisiko für sich und/oder den Betreuer darstellen.



Kurzanleitung MyWay

Zubehör



1

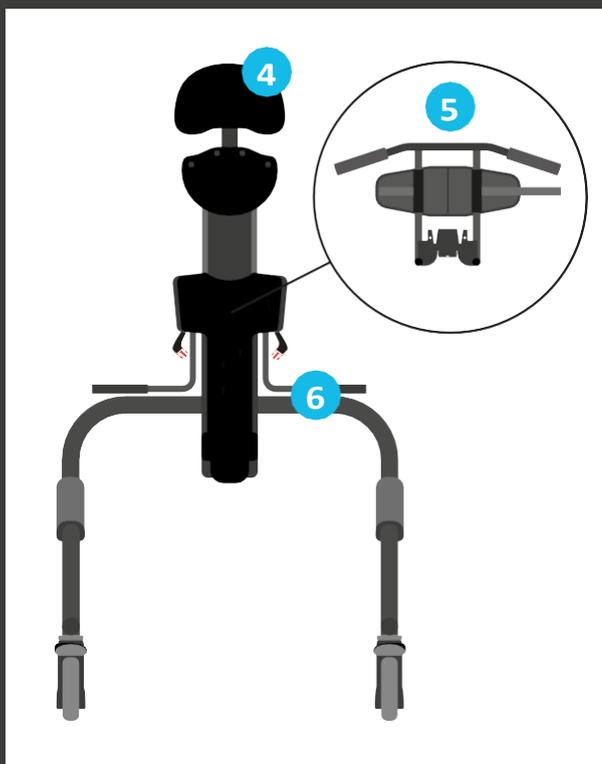
Führungsgriffe für Begleitperson: Die ideale Ergänzung, um den Gehtrainer sicher schieben und lenken zu können.

2

Sattel: Dieser ist erforderlich, um das Kind zu Beginn richtig positionieren zu können. Im Anschluss wird der Sattel hinuntergeklappt, damit das Kind die volle Gewichtsübernahme auf seine Füße übernimmt, was durch die Weste mit Beinführungen unterstützt wird.

3

Fußführung: Kommen bei Windschlag oder Scherengang zum Einsatz. Sie führen den Fuß und können, je nach Bedarf weiter proximal oder distal angebracht werden.



4

Kopfstütze: Liegt beim Kind eine eingeschränkte Kopfkontrolle oder wechselnde Tonusverhältnisse vor, wird die Kopfstütze benutzt. Auf korrekte Höheneinstellung achten.

5

Führungsgurt: Ein therapeutisches Hilfsmittel, welches sich die Begleitperson umlegt. So sind die Hände frei zur weiteren Fazilitation und es kann intensiv und körpernah am Gangbild gearbeitet werden. Die Gewichtsverlagerung wird mit auf das Kind übertragen und das Bewegungsmuster geschult.

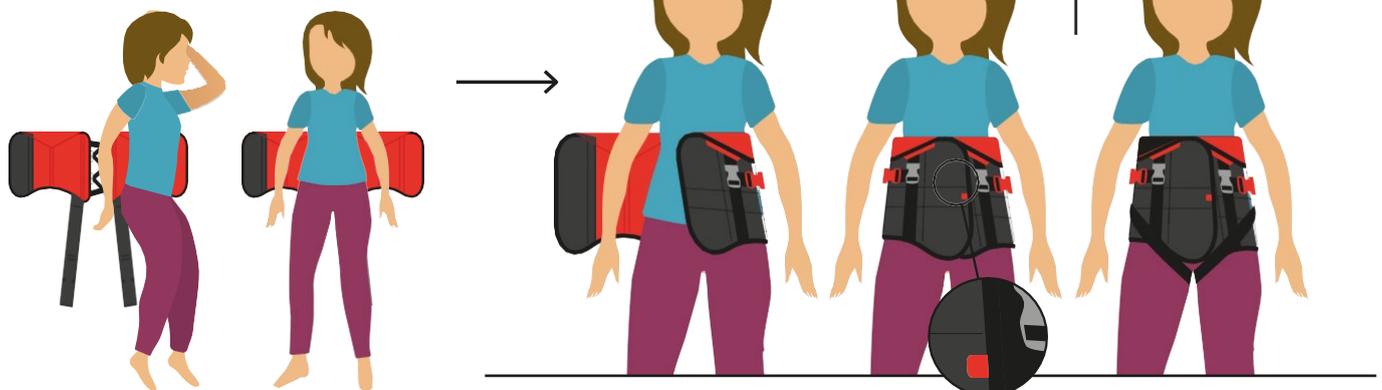
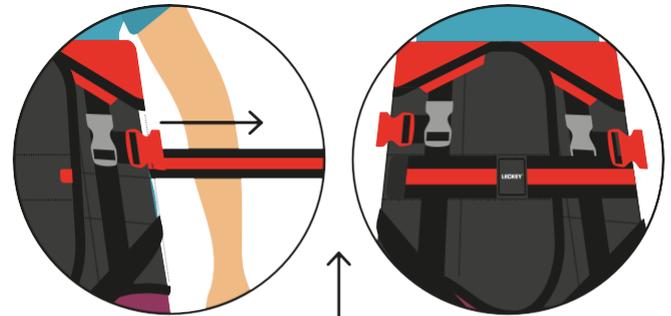
6

Handgriffe für Nutzer: Montieren Sie diese erst, nachdem das Kind in den MyWay transferiert wurde, da sonst der Platz zum Umsetzen zu eng wäre.

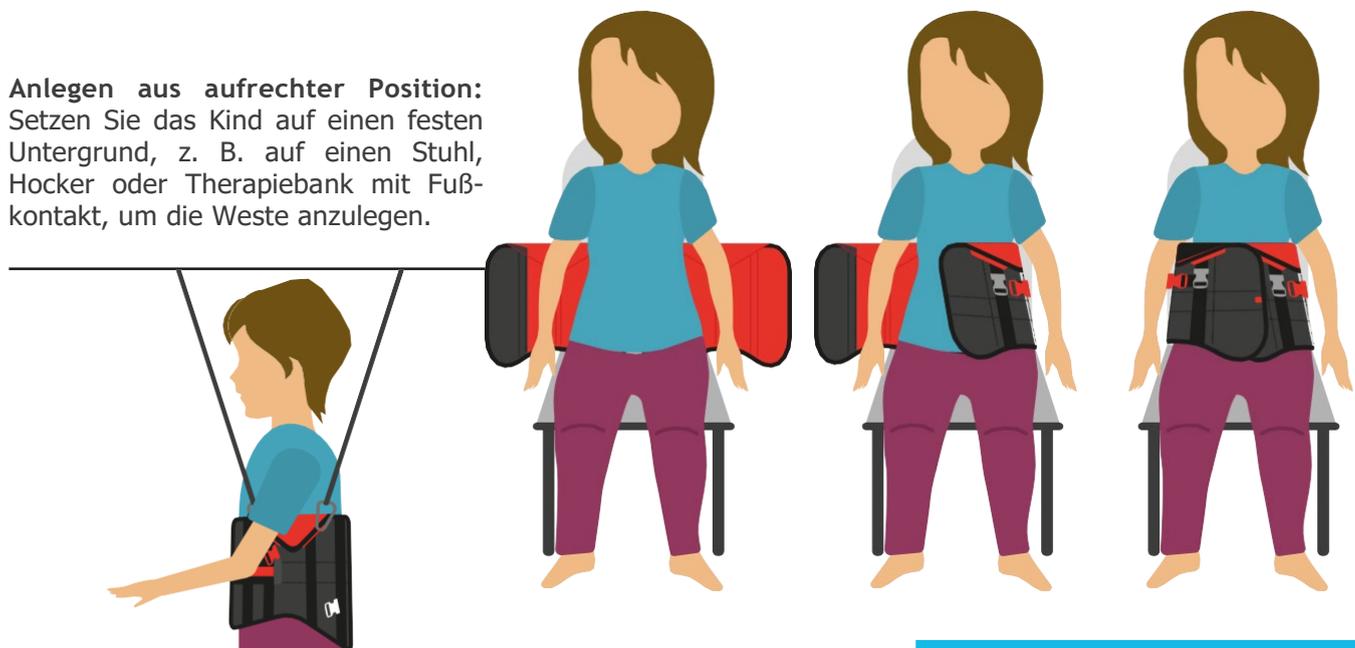
Anlegen der Unterstützungsweste

Anlegen aus liegender Position:
Platzieren Sie die Weste unter dem Kind, indem sie es über die Seite darauf rollen. Die Unterkante der Weste sollte knapp über dem Beckenkamm liegen (ca. 2-3 cm). Die Westenenden müssen sich mindestens 8 bis 10 cm überlappen, um eine sichere Fixierung gewährleisten zu können. Legen Sie die Beinführungen um und verschließen Sie diese mit der schwarzen Schnalle.

Legen Sie den gestreiften Gurt um die Weste und ziehen Sie ihn so fest, dass der Rumpf optimal gestützt wird und sich das Kind dabei geborgen und gut gehalten fühlt.



Anlegen aus aufrechter Position:
Setzen Sie das Kind auf einen festen Untergrund, z. B. auf einen Stuhl, Hocker oder Therapiebank mit Fußkontakt, um die Weste anzulegen.



Liften:
Befestigen Sie pro Seite einen Liftergurt, dabei werden die beiden Enden an Vorder- und Rückseite der Weste in die dafür vorgesehenen Schlaufen eingehängt.



Sollte die Weste während des Gebrauchs verrutschen, ist sie möglicherweise nicht richtig befestigt. Beginnen Sie erneut mit dem Anlegen aus einer sicheren Ausgangsposition, niemals im Stehen!

Transfer in und aus den MyWay

• Legen Sie dem Kind wie beschrieben die Unterstü-
tzungsweste an und transferieren Sie
es über den Stand oder mit dem
Lifter in den Gestellrahmen.
Befestigen Sie die Weste mit
der Führungseinheit.

– Verbinden Sie dafür die Clips
mit den jeweils gleichfarbigen
Schnallen, dabei kann das Kind
stehen oder auf dem Sattel
sitzen.

– Ziehen Sie die Gurte straff an,
damit die Unterstü-
tzungsweste fest und sicher mit der
Führungseinheit verbunden ist.

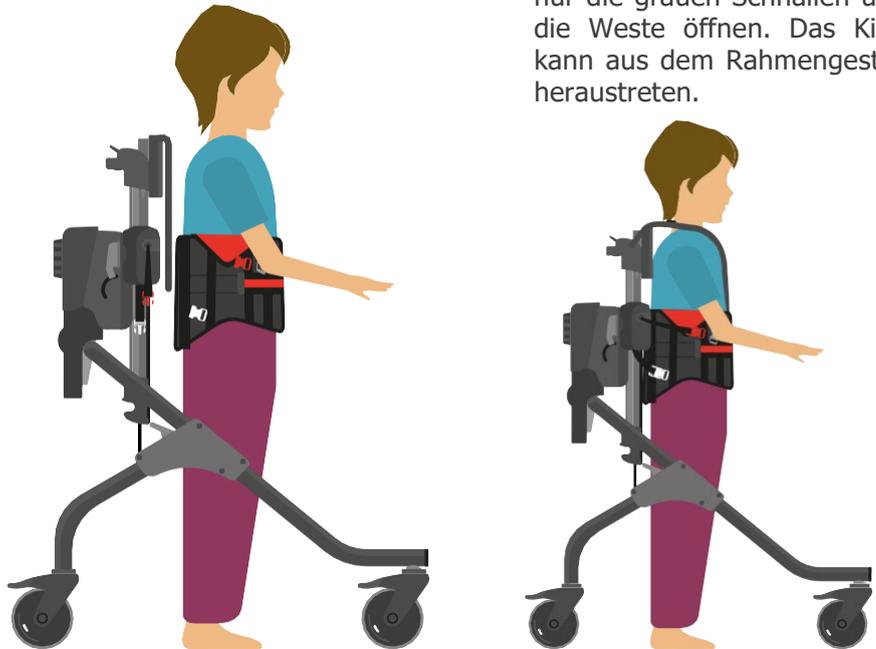
– Die Schnallen sind farblich
aufeinander abgestimmt, um
den Ablauf der Hilfsmittel-
anpassung intuitiver gestalten
zu können.

– Die weißen Schnallen dienen
der Höhenanpassung: Nicht zu
fest anziehen, wenn das Kind
den Sattel nutzt.

– Die roten Schnallen sind für die
rückwärtsgeführte Unterstü-
tzung: Stellen Sie sicher, dass
sie nur so weit angezogen
werden, dass eine gute
Stabilität erreicht wird, die
Sicherheit gibt, aber auch
genügend Bewegungsraum
zum Agieren lässt.

– Möchten Sie das Kind aus dem
MyWay herausholen, öffnen
Sie die weißen, roten und
grauen Schnallen, um die
Weste von der Führungseinheit
zu lösen. Der Transfer erfolgt
wieder über den Stand oder
über den Lifter.

Alternativ können Sie auch
nur die grauen Schnallen und
die Weste öffnen. Das Kind
kann aus dem Rahmengestell
heraustreten.

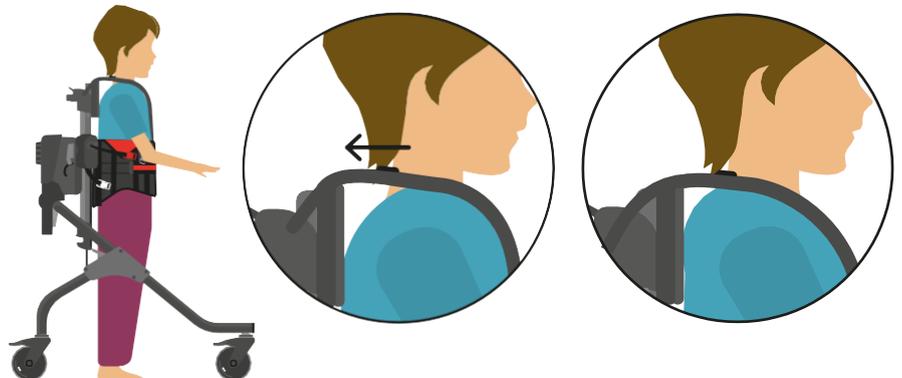


Anpassung

• **Schulterhöhe und Begurtung:**

– Schulterhöhe einstellen und die
grauen Schnallen der Weste mit
den Clips an der Führungs-
einheit zusammenstecken.

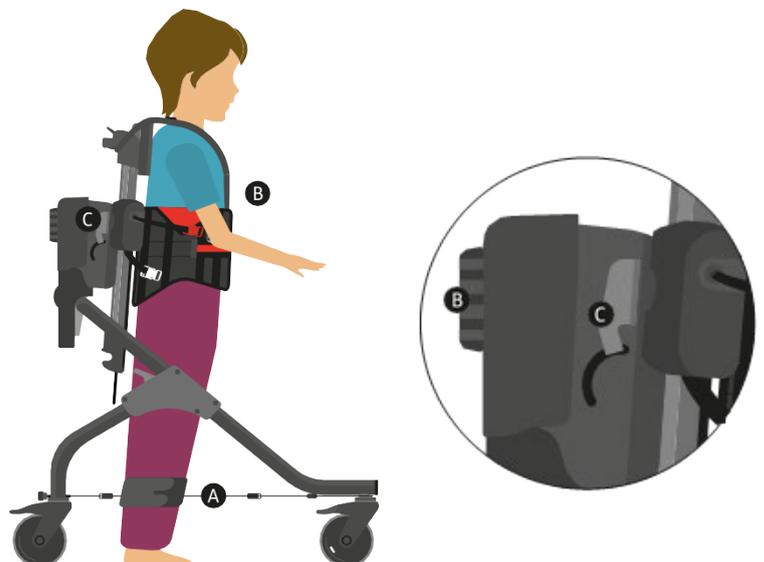
– Gurte anziehen, bis eine
aufrechte Position erreicht wird.



• **Fußführung:** Bringen Sie diese an der
unteren Wade an und stellen Sie den
Gurt auf Spannung, damit die Füße
in einer natürlichen Spur stehen. **A**

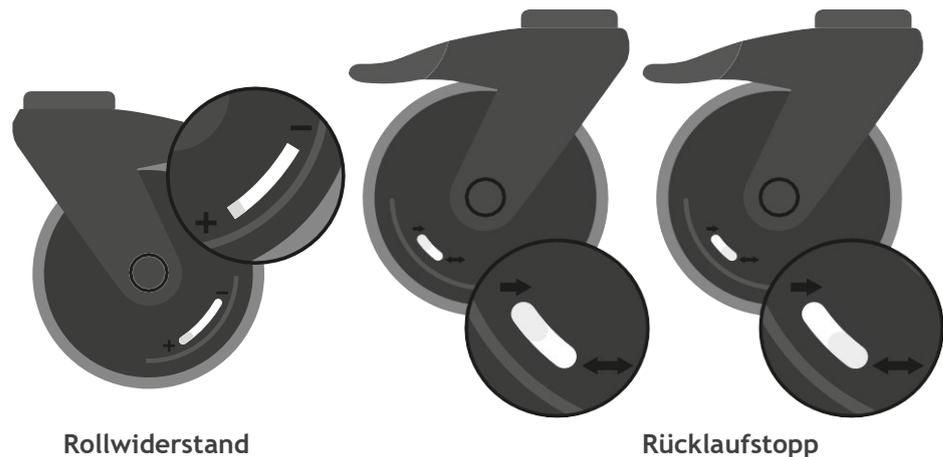
• **Neigungswinkel:** Zur ersten Anpassung
steht das Kind in einer neutralen,
aufrechten Position. Wenn das Kind
Schwierigkeiten bei der Schrittauslösung
hat, neigen Sie die Einheit etwas nach
vorne. Beachten Sie dabei, dass die
Höheneinstellung nachkorrigiert werden
muss. Nutzen Sie dafür die
Feineinstellung. **B**

• **Feineinstellung der Höhe:** Zum Erreichen
der optimalen Standhöhe, Gewichtsverteilung
auf die Füße und zur initialen Schrittauslösung. **C**



• Einstellungen der Lenkrollen

- Die Richtungseinstellung für freilaufend oder mit Lenkstopp für mehr Stabilität bei der Fortbewegung.
- Der Rollwiderstand ist je nach Anforderung und Bedarf einstellbar.
- Der Rücklaufstopp verhindert das Zurückrollen des MyWays.



Dosierung und Einschränkungen

Der MyWay bietet Kindern in allen GMFCS- Stufen eine individuelle Möglichkeit zur Fortbewegung in aufrechter Position mit der größtmöglichen Selbständigkeit und tägliche Förderung während der Therapie oder im Alltag.¹

Als Therapeut ist es wichtig, zu Beginn die Eltern und Betreuer im Umgang mit dem MyWay zu schulen und Tipps für den Einsatz des Gehtrainers im Alltag zu geben, angepasst an den Entwicklungsstand.

Alle, die mit dem Kind arbeiten, sollen es nicht aus dem Auge lassen und feinfühlig auf Anzeichen wie Müdigkeit, Schmerz, allgemeine Beschwerden, Anfälle, Hautausschlag, Atemprobleme, oder weiteres achten.



¹ Verschuren O, Peterson MD, Balemans ACJ, Hurvitz EA. Exercise and Physical Activity Recommendations for People with Cerebral Palsy. Dev Med Child Neurol. 2016 August; 58(8): 798–808.



Dank der vielseitigen Einstellungsmöglichkeiten und Funktionen des MyWays kann jedes Kind, welches ihn nutzt, davon profitieren. Je nach Erscheinungsbild und Entwicklungszustand kann an den unterschiedlichsten, therapeutischen Zielen gearbeitet werden. Ein paar Anregungen dazu finden Sie auf den nächsten Seiten.

• Niedriger Tonus

- Legen Sie die Weste dicht am Rumpf an, um eine gute propriozeptive Wirkung erreichen zu können. Außerdem wird mit zunehmender Rumpfstabilität die selektiven Bewegungen der Extremitäten und die Kopfkontrolle verbessert.
- Gleichzeitig wird durch die Verbindung der Weste mit der Führungseinheit der Körper zentriert und die Entstehung von Bewegung baut sich gleichmäßig, dynamisch und harmonisch schwingend auf.
- Das Rahmengestell in Kombination mit den individuell einstellbaren Rädern ist leichtläufig mit geringem Widerstand. Das kommt Kindern mit niedrigem Tonus zugute und ermöglicht eine leichte Fortbewegung.
- Die Feineinstellung von Höhe und Neigungswinkel optimiert die Vorderfußbelastung zur initialen Schrittauslösung.

• Erhöhter Tonus

- Mit der Positionierung von Hüfte und Oberkörper durch die Weste und den Sattel reguliert sich der Tonus in Rumpf und dadurch auch in den Extremitäten. Starke Adduktionsspannung in den Beinen und Scherengang kann reduziert werden, und das ohne Nutzung der Fußführung. Auch hier wird ein rhythmisches Gangbild angetriggert.
- Durch die Einstellung des Neigungswinkels wird die aktive Rumpfaufrichtung mit Kopfkontrolle trainiert und gegen eine passiv korrigierbare Kyphose gearbeitet.
- Wird der MyWay während der Therapie zur Gangschulung benutzt, ist die Fazilitation von Becken und der unteren Extremitäten durch das offenen Rahmengestell möglich.
- Ein weiterer positiver Effekt in aufrechter Position und beim Gehen ist das automatische Beüben von Gewichtsverlagerung und Verkürzung/Verlängerung der Rumpfseiten, welches den Tonus reguliert.¹

• Dyskinetische (wechselnde) Bewegungen - Dystonie, Athetose

- Gangbilder mit wechselnden Tonusverhältnissen werden durch die Unterstützungsweste ein Stück weit reguliert und der Rumpf stabilisiert.
- Begrenzt durch die Gurte und den Rahmen wird das Becken als zentraler Punkt mittig und stabil gehalten.
- Eine Überstreckung des Rumpfes inklusive Nackenreklination wird durch die Kopfstütze gebremst.
- Unkontrollierte Beinbewegungen können mit den Fußführungsgurte abgefangen werden.
- Dystonische Bewegungsmuster der oberen Extremitäten können gehemmt werden, wenn das Kind die Nutzergriffe verwendet.
- Der Einsatz von einem Lifter während des Transfers kann für das Kind hilfreich sein, da es so sicher gehalten wird, bis alles befestigt und eingestellt wurde.
- Eventuell helfen dem Kind Handschuhe, um sich sicherer an den Handgriffen des Gehtrainers festhalten zu können.
- Die Schultergurte liefern zusätzlichen Halt und Stabilität.
- Kontrollieren Sie besonders zu Beginn, ob ein ständiger Bodenkontakt von allen vier Rollen des MyWays gewährleistet ist.

¹Effect on Spasticity after performance of dynamic-repeated-passive ankle joint motion exercise in chronic stroke patients, Kaohsiung Journal of medical sciences, Wu, 2006



• Haltungs- und Bewegungsasymmetrien

- Passive Korrekturen von Haltungsskoliosen und Lordosen sind mit Hilfe der Unterstützungsweste möglich.
- Ausrichtung von Becken und Rumpf wird durch die Weste und den Sattel gegeben.
- Der Lenkstopp der Räder in Kombination mit Rollwiderstand hilft bei Bewegungsasymmetrien.

• Fußdeformitäten

- Vorhandene Fußdeformitäten sind bis zu einem gewissen Grad zu kompensieren. Generell verschlechtert sich das Gangbild bei zunehmender Problematik. Zum Ausmessen der Rahmenhöhe wird von der Ferse bis zur Leiste (Beininnenseite) gemessen, dabei ist das Knie maximal gestreckt. Stellen Sie anschließend die Rahmenhöhe ca. 2cm tiefer ein und nutzen Sie die Feinjustierung, nachdem Sie das Kind in den Rahmen gestellt haben.
- Bei einer Beinlängendifferenz soll die Höhe des Rahmens auf die Länge des kürzeren Beines angepasst werden, damit das Kind beidseits Fußkontakt hat.
- Gezielte motorische Aktivitäten können auch über die Feineinstellung der Höhe erreicht werden.

• Risiko der Hüftluxierung

- Je größer die GMFCS-Stufe ist, desto größer ist die Gefahr einer luxierten Hüfte.² Darum wird zur Hüftreifeentwicklung die Mobilisation im Stand und Gang angeregt.

• Verringerte Kopfkontrolle

- Die Kopfkontrolle wird durch die Rumpfunterstützung mit der Weste angebahnt.
- Fazilitation an den oberen Extremitäten wirken sich positiv auf die Kopf- Rumpf- Stabilität aus. Dafür bietet sich die Nutzung des therapeutischen Gurtes an, damit die Hände der Begleitperson das Kind optimal unterstützen kann.

• Fehlende Schrittauslösung

- Mit der Feineinstellung der Höhe und des Neigungswinkels kann die optimale Position zur Vorfußbelastung und anschl. Schrittauslösung gefunden werden.
- Stellen Sie sicher, dass das Kind erst die Anpassung erhält, bevor mit dem Rollwiderstand und der Richtungssperre gearbeitet wird.

• Gangschule nach Eingriffen wie Botulinum Toxin-A Injektion, Selektive dorsale Rhizotomie oder andere Operationen an den unteren Extremitäten

- Der Gehtrainer kann ideal zur Rehabilitation und Therapieintensivierung eingesetzt werden. Lediglich die Höhen- und Neigungswinkeleinstellung muss erneut überprüft werden, da sich Beinlängen, Bewegungsausmaß oder der Bewegungsradius geändert haben könnte.

• Sondenversorgung in der Bauchregion wie PEG- Sonde oder Baclofen- Pumpe

- Kontrollieren Sie sorgfältig vor und nach dem Einsatz die PEG Stellen nach Hautirritation oder Sondenverlagerung.
- Stellen Sie sicher, dass die Weste flächig über den Eintrittsstellen und Schläuchen liegt, dass nichts verrutschen oder einklemmen kann.
- Im Fall von dem Transfer mit dem Lifter, zusätzlich die Oberschenkel mit einhängen, um Zug auf die Bauchdecke zu vermeiden.
- Nutzen Sie den Sattel als zusätzliche Unterstützung der Bauchregion, auch während des Gehens.

• Beeinträchtigte Atemfunktion

- Beobachten Sie das Kind, nachdem Sie den Gurt angelegt haben. Bei Anzeichen wie Atemnot, erhöhte Atemfrequenz, Änderung der Hautfarbe und Veränderung des Wachzustandes entfernen Sie umgehend die Weste.
- Zur Erleichterung der Atmung kann die Unterstützungsweste lockerer angelegt werden. Dann aber nur, wenn der Sattel durchgehend eingesetzt wird und das Kind während der Mobilisation nicht außer Sicht gelassen wird. Die Einstellung muss so weit gewährleistet sein, dass das Kind nicht vom Sattel rutschen kann.

² Terjesen T. The natural history of hip development in cerebral palsy. *Developmental Medicine and Child Neurology* 2012 Oct; 54(10): 951-7



Wie können Sie kontrollieren, ob der MyWay für das Kind von Nutzen ist und ob die Ziele erreicht werden?

Sie können feststellen, wie effektiv der MyWay ist, indem Sie gemeinsam mit dem Kind und deren Familie die Ziele festlegen. Was soll erreicht werden, gibt es eine Motivation, ein Ziel. Nutzen Sie Bildmaterialien und Videoaufzeichnungen vor und während des Hilfsmiteinsatzes. Machen Sie in regelmäßigen Abständen Kontrollaufnahmen (wöchentlich, monatlich, jährlich) und schreiben Sie dazu kurze Berichte für Ihre Dokumentation.

Ziele	Maßnahmen
Aufrechterhaltung der Gehfähigkeit (Tempo) mit dem Gehtrainer	Geschwindigkeit für eine festgelegte Strecke messen und in festgelegten Intervallen überprüfen
Verbesserung der Ausdauer	Blutdruck/Puls in Ruhe und nach Aktivität messen
Regelmäßiges Trainieren in aufrechter Position im Wechsel mit sitzender Ausgangsstellung ¹	Häufigkeit festlegen und ein Aktivitätsdiagramm aufzeichnen
Kontakt zu Gleichaltrigen ²	Tagebuch für Schule und zu Hause führen
Kognitive Entwicklung während des Spiels	Tagebuch für Schule und zu Hause führen
Veränderung des Blickfeldes durch aufrechte Position	Tagebuch für Schule und zu Hause führen
Aktive Teilhabe (Teilnahme und Teilhabe ³)	Verschiedene Programme/Maßnahmen wie z. B. aus Kanada:YC-PEM ⁴ oder PEM-CY ⁵ (www.canchild.ca)
Gangbildverbesserung	Leckey MyWay Walker Skills Assessment
Spaß und Austausch ⁶	Verschiedene Programme/Maßnahmen z.B. nach Pearson (www.pearsonclinical.de) oder CAPE ⁷

¹ Verschuren O, Peterson MD, Balemans AC, Hurvitz EA. Exercise and physical activity recommendations for people with cerebral palsy. *Developmental Medicine and Child Neurology* (2016) Aug;58(8):798-808.

² McKeever P, Rossen BE, Scott H et al. The significance of uprightiness: Parents' reflections on children's responses to hands free walker for children. *Disability and Society* (2013);28(3):380-392

³ Imms C, Adair B, Keen D et al. 'Participation': A systematic review of language, definitions, and constructs used in intervention research in children with disabilities. *Developmental medicine and child neurology*. (2016) Jan;58(1):29-38

⁴ Khetani MA, Graham JE, Davies PL, Law MC, Simeonson RJ. Psychometric properties of the young children's participation and environment measure. *Arch Phys Med Rehabil* 2015; 96:307-16

⁵ Coster W, Bedell, G, Law M et al. Psychometric evaluation of the Participation and environment measure for children and youth. *Dev Med and Child Neurol* 2011; 53:1030-7

⁶ Rosenbaum P, Gorter JW. The 'F-words' in childhood disability: I swear this is how we should think! *Child Care Health Dev.* (2012) Jul;38(4):457-63

⁷ King, G., Law, M., King, S. et al. Children's Assessment of Participation and Enjoyment (CAPE) and Preferences for Activities of Children (PAC) (2004) Harcourt Assessment, San Antonio, TX, USA.



Motivation/Teilhabe

Teilhabe bedeutet nicht nur dabei zu sein, sondern auch selbstbestimmend mitwirken zu können.^{1,2} In der folgenden Tabelle finden Sie Anregungen für Spiele und Aktivitäten.

Spiel	Anleitung
Fußball	Torschießen, dribbeln, Ball spielen, in kleinen Teams spielen
Wieviel Uhr ist es, Herr Wolf?	Der zum Wolf bestimmte Spieler stellt sich in Entfernung mit dem Rücken zur Gruppe auf. Die Mitspieler, die an der anderen Seite stehen rufen gemeinsam: „Wieviel Uhr ist es, Herr Wolf.“ Der Wolf macht eine Zeitangabe, zum Beispiel: „Es ist drei Uhr.“ Die Kinder gehen dementsprechend die Anzahl der Schritte und zählen dabei laut mit. Das wiederholt sich solange, bis der Wolf der Überzeugung ist, die anderen Kinder seien nun in Greifweite. Dann wird er auf die erneut gestellte Frage antworten: „Es ist Essenszeit!“ Er wendet sich um und versucht, eines der davonrennenden Kinder zu fassen, was dann zum neuen Herr Wolf wird.
Simon sagt....	Ein Spieler übernimmt die Rolle des Simons, der den anderen Spielern Anweisungen gibt wie „sing“, „lache“, „hüpfe“ oder „stehe auf einem Bein“. Die anderen Spieler müssen diese Anweisungen allerdings nur dann auch tatsächlich machen, wenn Simon mit der Phrase „Simon sagt: „....“ begonnen hat. Ansonsten dürfen sich die Spieler nicht bewegen. Wer die Aktion trotzdem ausführt, scheidet aus.
Slalom	Aufstellen von Kegeln und diese sollen abgelaufen werden, die Abstände können variieren, sowie auch die Möglichkeit, in zwei Teams zu spielen.
Orientierungslauf	Finden von Zahlen, Puzzleteilen oder Bilder, die Raum verteilt sind.
Staffellauf	Kinder laufen in Teams eine bestimmte Strecke ab und überreichen sich einen Gegenstand. Dieser kann gehalten oder am Gehgerät befestigt werden.
Hindernislauf	Z. B. Gehen durch Kegel, gegen einen Ball treten, Richtungswechsel, einen Gegenstand in ein Behältnis werfen....
Plumpsack	Kinder stellen sich im Kreis auf. Ein Kind (der Plumpsack) geht außen um den Kreis und hält einen Gegenstand in der Hand. Diesen lässt er hinter einem Kind fallen und läuft so schnell wie möglich um den Kreis. Das andere Kind muss ihn erwischen, bevor er die Lücke erreicht.
Fangspiel	Ein Spieler ist der Fänger. Er stellt sich an ein Ende des Spielfeldes, die übrigen Spieler an das gegenüber liegende. Fänger: „Wer hat Angst vorm Weißen Hai?“ Rest: „Niemand.“ Fänger: „Und wenn er kommt?“ Rest: „Dann laufen wir!“ Alle laufen zur anderen Seite und der Fänger versucht, so viele wie es geht zu fangen.
Basketball	Dribbeln, Fangen und Werfen zu einer Person oder in einen Korb o.ä.
Gruppenfinden	Ein ausgewähltes Kind wirft einen Schaumstoffwürfel. Die Zahl, die erscheint, so viele Kinder müssen sich in einer Gruppe wiederfinden.
Verstecken spielen	Ein Kind zählt, während die anderen Kinder sich verstecken. Im Anschluss werden alle gesucht. Der zuerst gefundene sucht als Nächstes.
Klammerfangen	Jedes Kind befestigt an seinem Oberteil eine Wäscheklammer. Beginnt das Spiel, versucht jeder den anderen zu fangen. Wurde man berührt, muss man dem Fänger seine Wäscheklammer überlassen. Endet die Zeit oder die Musik hat derjenige gewonnen, der die meisten Klammern an seinem T-Shirt hat.

¹ Maxwell G, Alves I, Granlund M. Participation and environmental aspects in education and the ICF and the ICF-CY: findings from a systematic literature review. *Dev Neurorehabil* 2012; 15: 63–78.

² World Health Organization. *International Classification of Functioning, Disability and Health: Children and Youth Version (ICF-CY)*. Geneva: World Health Organization, 2007.



Soll ein Gehtrainer wie der MyWay verordnet werden, setzt dies eine adäquate Argumentation gegenüber des Leistungsträgers voraus, was die Vorteile dieser Laufhilfe sind. Hilfreich dafür ist es, sich auf die drei Bereiche zu beziehen: Was wollen Kind/Eltern, welche Ziele können dadurch in der Therapie verfolgt werden und was ist wissenschaftlich bewiesen.¹

1. Wahl von Kind und Eltern:

Soll ein Gehgerät zum Einsatz kommen, ist die Abstimmung zwischen Kind, Eltern und weiterer betreuenden Personen wichtig. Ziele sollen klar formuliert werden und alltagsorientiert sein (siehe Abschnitt „Ziele verfolgen“).

2. Klinische Einschätzung:

Erfahrene Therapeuten, die für die Hilfsmittelversorgung zuständig sind, werden immer das Gehtraining befürworten, da es zum Therapieprogramm mit dazugehört. Es liegt am Therapeuten, die Erprobung zu dokumentieren und messbar zu machen, um hier die Notwendigkeit der Versorgung zu erklären. (siehe Abschnitt „Therapeutischer Nutzen“).

3. Wissenschaftlich bewiesen:

3.1 McKeever (2013)³ 'In Bezug auf die Nutzung eines Gehtrainers, der dem Kind die Möglichkeit bietet, die Hände frei zum Hantieren zu haben und mit dem Umfeld in Kontakt zu treten, ist elementar. Es verbessert die Aktivitäten des Lebens, die Selbstbestimmung und somit die Würde des Kindes. Die Mobilisation in eine aufrechte Position und Blickkontakt auf Augenhöhe herzustellen fördert die Einbindung in die Gesellschaft und die Teilhabe am Leben.'

3.2 Paleg und Livingstone (2015)⁴ 'Kinder mit einer Cerebralparese oder verwandten Entwicklungsverzögerungen profitieren am meisten von der Nutzung eines Gehgerätes. 2- 3-Jährige sollen spätestens in diesem Alter mit einem Gehtrainer versorgt sein, da es wissenschaftlich bewiesen ist, dass die Vertikalisation und Mobilität in dieser Zeit am besten zur motorischen, sensorischen, visuellen und sozialen Entwicklung beitragen. Anzustreben ist aber der Beginn mit dem Gehtraining im Alter von 9 – 12 Monate, wie es ein Kind mit einer normalen Entwicklung auch tun würde.'

3.3 Verschuren (2016)⁵ entwickelte ein Übungsprogramm für Menschen mit Cerebralparese auf Basis von Forschungsergebnissen, Expertenmeinungen & klinischen Nachweisen. Personen, die bedingt durch chronische Erkrankung immobil sind und überwiegend sitzen haben ein hohes Gesundheitsrisiko. Ziel ist es mit diesem Training die Aktivität zu fördern und Ruhepausen zu verkürzen. Angepasst an die GMFCS- Stufen und die Aktivitäten des Täglichen Lebens hat er die Praxisanleitung aufgebaut.

3.4 Novak (2014)⁶ 'Hat ein Kind besondere Bedürfnisse, ist die Gesellschaft gefordert, sich und das Umfeld für das Kind anzupassen, nicht umgekehrt. Diese Maßnahmen beinhalten die Bereitstellung von gezielten Gerätschaften in den Bereichen Förderung, Teilhabe am Leben und Selbständigkeit.'

¹ Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ*. 1996 Jan 13; 312(7023): 71–72.

² Novak I, McIntyre S, Morgan C et al. A systematic review of interventions for children with cerebral palsy: state of the evidence. *Developmental Medicine and Child Neurology* 2013 Oct; 55(10):885-910.

³ McKeever P, Rossen BE, Scott H et al. The significance of uprightiness: parents' reflections on children's response to hands free walker for children. *Disability and Society* 2013; 28 (3): 380-392

⁴ Paleg G, Livingstone R. Outcomes of gait trainer use in home and school settings for children with motor impairments: A systematic review. *Clinical Rehabilitation* 2015 Nov; 29(11):1077-91

⁵ Verschuren O, Peterson MD, Balemans ACJ, Hurvitz EA. Exercise and Physical Activity Recommendations for People with Cerebral Palsy. *Dev Med Child Neurol*. 2016 August; 58(8): 798–808.

⁶ Novak I. Evidence-based diagnosis, health care and rehabilitation for children with cerebral palsy. *Journal of child neurology*. 2014, Vol 29(8) 1141-1156

LECKEY^o

KNOW

HOW

VIDA Global GmbH
Borsigstraße 3
65205 Wiesbaden
info@vidaglobal.de
www.vidaglobal.de

Leckey
19 Ballinderry Road
Lisburn
BT28 2SA
Northern Ireland
United Kingdom

T: 028 9260 0750
F: 028 9260 0799
E: info@leckey.com
W: www.leckey.com



LS903-01