



Fachausschuss Konduktive Förderung (Hrsg.)

Integration Konduktiver Förderung in das Rehabilitations- und
Bildungssystem für Menschen mit Behinderung in Deutschland

Konduktive Förderung

Impressum

Fachausschuss Konduktive Förderung (Hrsg.):
Integration Konduktiver Förderung
in das Rehabilitations- und Bildungssystem
für Menschen mit Behinderung in Deutschland

Titelentwurf: reha gmbH
Satz und Herstellung: reha gmbh, DruckCenter Saarbrücken

Der verlag selbstbestimmtes leben ist Eigenverlag
des Bundesverbandes für körper- und mehrfachbehinderte
Menschen e.V.
Brehmstraße 5-7, 40239 Düsseldorf
Tel. 02 11/64 00 4-0, Fax: 02 11/64 00 4-20
E-Mail: info@bvkm.de
www.bvkm.de

Alle Rechte vorbehalten

Fotonachweis
Titelbild: Phoenix Förderzentrum der Pfennigparade



Konduktive
Förderung



Inhaltsverzeichnis

	Vorwort.....	9
1	DARSTELLUNG DES KONDUKTIVEN FÖRDERUNGSSYSTEMS	11
1.1	Charakterisierung Konduktiver Förderung.....	11
1.1.1	Begriffsbestimmung	11
1.1.2	Zielsetzung	11
1.1.3	Grundlagen	11
1.1.4	Der andere Weg des Lernens.....	12
1.2	Konzept.....	13
1.2.1	Methodik – Didaktik.....	13
1.2.2	Zielgruppen	13
1.2.3	Indikationsstellung, Feststellung des Förderbedarfes und Förderbeginn.....	13
1.2.4	Zusammensetzung Konduktiver Teams	14
1.3	Durchführung Konduktiver Förderung.....	14
1.3.1	Grundsätze	14
1.3.2	Allgemeine Kompetenzen der Konduktorin.....	14
1.3.3	Aufgaben der Konduktorin in der Gruppen- und Einzelförderung	14
1.4	Mindestanforderungen an Konduktive Einrichtungen laut ECA.....	15
2	Berufsspezifische Aspekte.....	17
2.1	Fachliche Qualifikationen der Konduktorin	17
2.2	Internationale Ausbildungsstandards.....	17
2.3.1	Ausbildung zur Konduktorin	17
2.3.2	Konduktive Weiterbildung in Deutschland seit 2000.....	18
3	Konduktive Förderung im System der Rehabilitation und Eingliederung in Deutschland	19
3.1	Angebotsformen Konduktiver Förderung.....	19
3.2	Rehabilitation und Eingliederung von Kindern	19
3.2.1	Frühförderung	19
3.2.2	Sozialpädiatrische Zentren	20
3.2.3	Kindertageseinrichtungen	21
3.2.4	Schulvorbereitende Einrichtungen und Hort.....	22
3.2.5	Schule	22
3.2.6	Rehabilitationsmaßnahmen	23
3.2.6.1	Ambulante und mobile Rehabilitation	23
3.2.6.2	Stationäre Rehabilitation.....	23
3.3	Rehabilitation und Eingliederung Erwachsener.....	24

4	Rechtliche Grundlagen für die Finanzierung der Konduktiven Förderung nach Petö	25
4.1	Die Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses	25
4.1.1	Modellprojekt Konduktive Förderung nach Petö	25
4.1.2	Konduktive Förderung nach Petö als nichtverordnungsfähiges Heilmittel – die Entscheidung des G-BA	25
	a) Stellungnahme des BMGS zum Beschluss des G-BA	25
	b) Schriftverkehr des BMGS mit dem BVKM	26
	c) Zusammenfassender Bericht des Unterausschusses „Heil- und Hilfsmittel“	26
4.2	Rechtsprechung	26
4.2.1	Urteile des Bundessozialgerichts vom 3. September 2003	26
4.2.2	Rechtsprechung der Verwaltungsgerichte zur Konduktiven Förderung als Maßnahme der Eingliederungshilfe	27
	a) Nach den Entscheidungen des BSG von 2003	27
	b) Vor den Entscheidungen des BSG von 2003	27
4.2.3	Rechtsprechung der Sozialgerichte zur Konduktiven Förderung als Maßnahme der Eingliederungshilfe	28
4.3	Mögliche Anspruchs- und Finanzierungsgrundlagen	28
4.3.1	Konduktive Förderung als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung	28
	a) als Heilmittel im Rahmen der ambulanten Versorgung	28
	b) als Bestandteil von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	28
	aa) Ambulante Rehabilitationsleistung (§ 40 Absatz 1 SGB V)	29
	(1) Anforderungen an die Einrichtungen	29
	(2) Leistungen der Rehabilitationseinrichtungen	29
	bb) Stationäre Rehabilitationsleistung (§ 40 Absatz 2 SGB V)	30
	cc) Maßnahme der Früherkennung und Frühförderung (§§ 26 Absatz 2 Nr. 2, 30 SGB IX)	30
4.3.2	Konduktive Förderung als Leistung der Sozialhilfeträger	30
4.3.3	Konduktive Förderung als Leistung im Rahmen eines Persönlichen Budgets	31
	a) Rechtliche Grundlagen	31
	b) Voraussetzungen für die Budgetfähigkeit einer Leistung	31
	c) Budgetfähigkeit der Konduktiven Förderung	31
	aa) als Leistung der Krankenkasse zur medizinischen Rehabilitation	32
	bb) als Leistung der Krankenkasse zur Krankenbehandlung	32
	(1) Argumente gegen die Einbeziehung in ein Persönliches Budget	32
	(2) Argumente für die Einbeziehung in ein Persönliches Budget	32
	(3) Fazit	33
	cc) als Leistung der Eingliederungshilfe	33
4.3.4	Implementierung der Konduktiven Förderung in bestehende Angebote	33
	a) Förder- bzw. Sonderkindergärten	33
	b) Förder- bzw. Sonderschulen	33
5	Perspektiven	35
6	Anhang	37
	Angebote Konduktiver Förderung in Deutschland	

Die Schrift „Integration Konduktiver Förderung in das Rehabilitations- und Bildungssystem für Menschen mit Behinderung in Deutschland“ wurde vom Fachausschuss Konduktive Förderung des Bundesverbandes für körper- und mehrfachbehinderte Menschen e.V. erarbeitet.

Mitglieder des Fachausschusses

Rebecca Albers

KMT-Praxis Niebüll, Vorstandsmitglied im Verband der Europäischen Konduktoren (ECA)

Krisztina Desits

Vorstandsmitglied des Bundesverbandes der in Deutschland tätigen KonduktorInnen e.V., Vizepräsidentin der ECA

Christine Filius

Stellvertretende Bundesvorsitzende FortSchrift e.V.

Udo Fischer

Vorsitzender des Bundesverbandes FortSchrift e.V.

Beate Höß-Zenker

Geschäftsführerin des Phoenix Förderzentrum der Pfennigparade, Vorstandsmitglied ECA, Leitung der Weiterbildungsakademie zur Pädagogisch-therapeutischen Konduktorin

Rita Mechtl

Vorstandsmitglied des Bundesverbandes der in Deutschland tätigen KonduktorInnen e.V.

Anita Moos-Hlavacek

Geschäftsführerin des Vereins für Menschen mit Körperbehinderung e.V., Nürnberg

Norbert Müller-Fehling

Geschäftsführer des Bundesverbandes für körper- und mehrfachbehinderte Menschen e.V.

Das 4. Kapitel, Rechtliche Grundlagen für die Finanzierung der Konduktiven Förderung nach Petö, wurde von der Juristin **Katja Kruse** erstellt, Referentin für Sozialrecht beim Bundesverband für körper- und mehrfachbehinderte Menschen e.V.

Erklärung zur Schreibweise

Wir bitten alle Konduktoren um Verständnis für unsere Entscheidung, angesichts der überwiegenden Anzahl von Frauen in diesem Beruf die weibliche Schreibweise gewählt zu haben.



Konduktive Förderung wird in Deutschland seit mittlerweile zwei Jahrzehnten mit gutem Erfolg vorwiegend zur Förderung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit cerebral bedingten Bewegungsstörungen eingesetzt.

Eine ganzheitliche Sicht und Durchführung gehören ebenso zu den Wesensmerkmalen der Konduktiven Förderung wie ihre Alltagsorientierung und die Ausrichtung auf eine möglichst vollständige Integration der Menschen mit Körper- und Mehrfachbehinderungen in die allgemeinen Lebensbezüge der Familien und der Einrichtungen. Im Mittelpunkt stehen die gesamte Persönlichkeit des Menschen mit Behinderung und sein Anspruch auf Selbstbestimmung und Teilhabe. Die Konduktive Förderung ist auf die Verwirklichung dieses Anspruchs ausgerichtet und trägt damit zur Verwirklichung der Zielsetzung des SGB IX bei.

Mit einfachen Mitteln unterstützt die Konduktive Förderung Menschen mit Beeinträchtigungen, eine von Assistenz und Hilfsmitteln möglichst unabhängige und selbstständige Lebensweise zu erreichen, und begleitet sie in jeder Lebensphase. Konduktive Förderung kann und wird mit unterschiedlicher Intensität oder in vielfältigen Angebotsformen überall dort realisiert, wo Menschen mit Behinderung leben, behandelt und gefördert werden oder arbeiten: in der Familie, in Einrichtungen der ambulanten oder stationären Rehabilitation, in Frühförderung, Kindergarten oder Schule, berufsbildenden Einrichtungen, am Arbeitsplatz, in Wohn-, Pflege- und Freizeiteinrichtungen oder in Krankenhäusern.

Mit dieser Schrift liegt erstmalig eine umfassende Darstellung der Konduktiven Förderung in Deutschland vor. Sie verdeutlicht den Stellenwert der Konduktiven Förderung für Menschen mit Körper- und Mehrfachbehinderungen und ihre Familien, dient der Standortbestimmung und der Entwicklung von Perspektiven zur systematischen Integration der Konduktiven Förderung in das bestehende Habilitations-, Rehabilitations- und Bildungssystem für behinderte Menschen. Sie wurde von Vertreterinnen und Vertretern der an der Konduktiven Förderung in Deutschland beteiligten Organisationen erarbeitet. Berücksichtigt wurden dabei die aktuellen europäischen und internationalen Entwicklungen. Beteiligt waren die Elternorganisationen, der Berufsverband der in Deutschland tätigen Konduktorinnen und Konduktoren, der Europäische Fachverband für Konduktive Förderung und Berufsausübung (ECA), die deutschsprachigen Ausbildungsinstitutionen für Konduktorinnen und Konduktoren sowie die Leistungsanbieter der Konduktiven Förderung in Deutschland.

Dies ist keine wissenschaftliche Ausarbeitung, sondern Ergebnis der Reflexion mehrerer Jahrzehnte konduktiver Erfahrung von Praktikerinnen und Praktikern.

Die vorliegende Schrift soll Menschen mit Behinderung, deren Eltern, therapeutische und pädagogische Fachkräfte, Ärztinnen und Ärzte, Leistungsträger, Spender, die interessierte Öffentlichkeit und vor allem die Verantwortlichen im Sozial- und Gesundheitsbereich informieren. Sie soll die eigenständige Entwicklung der Konduktiven Förderung in Deutschland belegen und von der Sinnhaftigkeit und Notwendigkeit ihrer Integration überzeugen.

Diese Schrift ist eine Einladung zur Diskussion und zur gemeinsamen Arbeit an den beschriebenen Zielen und eine Aufforderung, Vorurteile und überkommene Vorstellungen zu überwinden.

Der Fachausschuss Konduktive Förderung



1. Darstellung des Konduktiven Förderungssystems

1.1 Charakterisierung Konduktiver Förderung

1.1.1 Begriffsbestimmung

Der Begriff „Konduktion“ sowie das darauf aufbauende Konduktive Förderungssystem wurde von dem ungarischen Arzt und Bewegungspädagogen Prof. Dr. András Pető in den 40er- und 50er-Jahren des 20. Jahrhunderts vorwiegend für junge Menschen mit cerebrally bedingten Bewegungsstörungen entwickelt.

„Konduktiv“ ist vom lateinischen „conducere“ abgeleitet und bedeutet in komplexem und dynamischem Sinne **„zusammen-/hinführend, weiterführend und nützlich“**.

Die (Selbst-)Wahrnehmung sowie verfügbare und aktivierbare Fähigkeiten in allen Entwicklungsbereichen der Persönlichkeit eines Menschen werden in einem komplexen Lernprozess im Rahmen der Gruppe nutzbringend **zusammengeführt**. Durch systematische, zielgerichtete und kontinuierliche **Weiterführung** der Lernprozesse wird psycho-physische Aktivität gesichert und zunehmende Selbststeuerung gefördert.

Jede Aufgabe in einer Konduktiven Lerneinheit dient letztlich der Weiterentwicklung lebenspraktischer Kompetenzen. Einen unmittelbar spürbaren **Nutzen** hat der **direkte Alltagsbezug** Konduktiver Förderung: Alle Aktivitäten des täglichen Lebens sind in den Förderprozess integriert.



Die transdisziplinär ausgebildete Konduktorin und das transdisziplinär zusammengesetzte Team realisieren die Komplexität der Förderung durch gezieltes **Zusammenführen** aller therapeutischen und pädagogischen Förderinhalte.

1.1.2 Zielsetzung

András Pető nannte als Ziel Konduktiver Förderung die Orthofunktion des Individuums. Der Begriff beinhaltet nicht nur die Automatisierung funktionaler Bewegungen, sondern gleichzeitig eine möglichst selbstständige – von fremder Hilfe unabhängige – Lebensweise.

Unter konduktiven Lernbedingungen kann die schrittweise Aneignung orthofunktionaler – also individuell angemessener und

situationsadäquater – Verhaltensweisen erreicht werden. Auch bei Menschen mit schweren (Mehrfach-)Behinderungen.

Ziel Konduktiver Förderung ist die möglichst bewusste und selbstgesteuerte Entwicklung einer **autonomen, spontan handlungsfähigen und kooperativen Persönlichkeit**, die sich als vollwertiges Mitglied der Gesellschaft aktiv in ihr soziales Umfeld integriert.

Um dieses Ziel zu erreichen, bietet Konduktive Förderung den Menschen, die durch eine Schädigung des zentralen Nervensystems in ihrer Entwicklung bzw. in ihren Handlungen beeinträchtigt sind, ein umfassend aktivierendes Setting zur systematischen Anwendung und Erweiterung ihres Aktivitätspotenzials und ihrer Selbststeuerungsfähigkeit.

1.1.3 Grundlagen

Das Konduktive Förderungssystem baut seine Wirkungsweise auf der **lebenslangen Plastizität des Zentralnervensystems** auf. Eine cerebrally bedingte motorische, sensorische oder Mehrfachbehinderung kann angeboren oder später erworben sein. Die beim nichtbehinderten Säugling scheinbar automatisch ablaufende, expansive sensomotorische, psycho-soziale und kognitiv-sprachliche Entwicklung kommt nicht ungehindert in Gang oder bestimmte Fähigkeiten sind nicht ungehindert verfügbar¹. Kann das vorhandene, zumeist reflektorische Repertoire nicht zu immer komplexeren Bewegungen und Interaktionsformen weitergeführt werden, etablieren sich dysfunktionale Bewegungsmuster und Verhaltenweisen.

Eine Schädigung des Zentralen Nervensystems wirkt sich als Lernhindernis aus, das alle Entwicklungs-/Lernprozesse beeinflusst und somit die gesamte Persönlichkeit erfasst.

András Pető ging davon aus, dass die **Plastizität** des Gehirns eine Kompensation der bestehenden Hirnschädigung ermöglicht: In einem intensiven, ganzheitlichen Lern- und Entwicklungsprozess können neue neuronale Verbindungen entstehen. Um effektives Lernen zu sichern, werden komplexe Handlungsabläufe in einzelne Aufgaben gegliedert und gleichbleibend zu wiederholende konduktive Aufgabenreihen entwickelt. Die **Motivation** bzw. das zielgerichtete Interesse des Lernenden und eine positive Lernatmosphäre, d.h. eine respektvoll annehmende Haltung und eine konsequent **kompetenz- sowie zielorientierten Sichtweise**, erkannte er als elementare Voraussetzungen für die Gestaltung optimaler Lernbedingungen.

Im Mittelpunkt der Konduktiven Förderung steht die Gesamtpersönlichkeit des betroffenen Menschen: Der Mensch lernt, nicht der gelähmte Muskel. Dieses Verständnis von Lernen als komplexem, die gesamte Persönlichkeit erfassenden Prozess, gilt gleichermaßen für Menschen aller Altersgruppen mit sensorischen, motorischen oder Mehrfachbehinderungen. Die

Bedeutung von positiver Gestimmtheit, gezieltem Interesse, multisensorieller Aufmerksamkeit und Konzentration, von bewusster Handlungsplanung und -vorstellung sowie sprachlicher Begleitung für den Lernprozess und für die Gedächtnisbildung hat András Pető erkannt und berücksichtigt. Er war damit seiner Zeit weit voraus. Viele seiner Annahmen wurden erst in den vergangenen zwei Jahrzehnten wissenschaftlich belegt.²



Einige wissenschaftliche Erkenntnisse zur Fundierung der Grundlagen Konduktiver Förderung seien im Folgenden skizziert³:

Welche sensorische Qualität oder motorische Aktivität eine Nervenzelle in den sensomotorischen Arealen der Großhirnrinde repräsentiert, ist variabel.

In bestimmten Hirnregionen können auch in späterem Lebensalter Nervenzellen neu heranreifen (nachgewiesen bisher für den Hippocampus, „Tor zum Gedächtnis“).

Diese Hirnregion gehört zum so genannten limbischen System, einem Gefüge aus verschiedenen anatomischen Strukturen im Zwischenhirn mit übergeordneter Bedeutung für Emotionen, Motivation, Aufmerksamkeit, Bewusstsein, Assoziation und Gedächtnis.

Der (Wieder-)Erwerb von Fähigkeiten - auch solcher, die durch Funktionsbeeinträchtigung oder Untergang von Neuronen infolge einer Schädigung des Gehirns verloren gegangen sind - wird in diesem Bereich des Gehirns forciert.

Das limbische System ist sowohl mit den sensorischen Feldern und motorischen Steuerungszentren sowie deren Assoziationsgebieten in der Großhirnrinde als auch mit tiefer gelegenen Hirnregionen verschaltet.

Aus neurophysiologischer oder biokybernetischer Sicht besteht Lernen in einer Veränderung der synaptischen Verbindungen zwischen Nervenzellen. Diese Veränderung ist abhängig vom Input, den Anforderungen des jeweiligen Umfeldes sowie den Aktivitäten des Individuums.

Gedächtnisinhalte sind in der synaptischen Effizienz neuronaler Netze niedergelegt.

Häufigkeit, Intensität und Komplexität der eintreffenden Signale festigen die Speicherung der Information (= Lernen).

Durch vorherige Beobachtung, Vorstellung und Planung eines Bewegungsablaufes werden signifikante Verbesserungen der Bewegungsdurchführung bewirkt.

Die emotionale Gestimmtheit ist für das Lernverhalten und für die spätere Verfügbarkeit von Gelerntem von Bedeutung. „Ein vergnügtes Hirn lernt besser als ein angestregtes“ (Manfred Spitzer, Wulf Bertram u. a., Braintertainment, Stuttgart 2007, S. 5)

Im Jahr 2001 verabschiedete die Weltgesundheitsorganisation (WHO) die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)⁴: Der Mensch ist als Ganzheit zu sehen, eingebunden in seine jeweiligen konkreten Lebensbedingungen und sozialen Bezüge. Eine Beeinträchtigung oder Behinderung ist nicht Attribut einer Person sondern wird hinsichtlich ihrer Auswirkungen auf die Lebenswirklichkeit des Betroffenen betrachtet. Der Blick richtet sich auf die Fähigkeiten eines Menschen, nicht auf Defizite.

Die Ziele einer (Re-)Habilitation sind fachübergreifend und mit dem Klienten gemeinsam zu formulieren und zu verfolgen.

Andras Pető war seiner Zeit in der Tat um etwa 50 Jahre voraus. Er hat schon damals erkannt, dass die Zergliederung des Menschen in gestörte Einzelfunktionen zum weiteren Auseinanderdriften der hochspezialisierten therapeutischen und pädagogischen Fördermaßnahmen führt und schuf ein komplexes Fördersystem, dass den Menschen als Ganzes begreift - nicht als Summe seiner Einzelfunktionen.

1.1.4 Der andere Weg des Lernens

Konduktive Förderung ist ein komplexes Förderungssystem. Es unterscheidet sich in vielen Aspekten von anderen therapeutischen Verfahren oder pädagogischen Modellen. Zur Charakterisierung seien hier wesentliche Besonderheiten zusammengefasst:

Konduktive Förderung ist **ziel-, aktivitäts- und prozessorientiert**, nicht schädigungs- oder reflexorientiert.

Der gezielte Einsatz aller Formen Konduktiver Fazilitation (siehe Punkt 1.2.1), insbesondere der Sprache, dient der umfassenden **Aktivierung** des Menschen. Dabei wird der Auf-/Ausbau von **Selbstbewusstsein** und **Selbststeuerung** jederzeit und kontinuierlich unterstützt.

Sensorische, motorische, interaktive, kognitiv-sprachliche, emotional-soziale und musisch-kreative Kompetenzen und insbesondere lebenspraktische Fertigkeiten werden nicht isoliert und additiv, sondern in (entwicklungs-)/altersgerecht gestalteten und mehrfachtherapeutisch fundierten, komplexen Einheiten **gleichzeitig** gefördert. Die Ziele des motorischen Lernens sind in der Konduktiven Förderung unmittelbar aus den drei Hauptmerkmalen menschlicher Bewegung abgeleitet:

- aufrechte Position,
- Einsatz der Füße/Beine zur Gewichtsübernahme und Fortbewegung,
- Einsatz der Hände/Arme zum Fixieren, Tasten und Manipulieren.

Bewegungslernen, insbesondere der **Aufrichtevorgang**, muss und soll **nicht** zwangsläufig der normalen motorischen Entwicklung folgen. Das heißt: Die Steh- und Gehbereitschaft wird – ggf. gewichtsentslastet – von Anfang an erhalten bzw. auf- und ausgebaut.

Sogenannte reflektorische oder pathologische Bewegungen werden als „(...) automatisch gesicherte motorische Aktivitätsmuster“ (Helga Keil-Bastendorff, unveröffentlichtes Abstract des Vortrages: Der andere Weg des motorischen Lernens, Symposium in Wien 2003) angesehen und als Basis genutzt für Modifizierung und Verfeinerung. Dabei wird die schrittweise Überlagerung durch willkürliche Bewegungen angestrebt.

Konduktive Förderung verwirklicht die **Einheit aus Therapie (ggf. auch Pflege), Pädagogik und Bildung**.

1.2 Konzept

1.2.1 Methodik - Didaktik

Wesentliches oder übergeordnetes methodisches Element Konduktiver Förderung ist die Konduktive Fazilitation (fazilitieren = unterstützen, erleichtern). Sie umfasst alle mentalen, verbalen, manuellen und materiellen Hilfen und Hilfsmittel, die es dem Betroffenen ermöglichen, Eigeninitiative und zielgerichtete Aktivität zu entwickeln.

Konduktiv fazilitieren bedeutet: Psychologisch-pädagogisch und mehrfachtherapeutisch fundierte Interventionen und Techniken systematisch ziel-, aktivitäts- und prozessorientiert einzusetzen. Dabei ist selbstverständlich zu sichern, dass der Betroffene seine Eigenleistung spürt und dass die Aktion zum Erfolg führt.

Methodisch-didaktische Mittel Konduktiver Förderung sind:

- die konduktive **Gruppe** als Hilfe zum Aufbau eines adäquaten Lernverhaltens, als Raum für Identitätserfahrung und sozialer Aktivität mit motivierender und integrierender Wirkung,
- der organisierte, gleich bleibend wiederholbare **Tagesablauf** mit gleichermaßen motorischen, kognitiv-sprachlichen und kreativen sowie auf das Erlernen von lebenspraktischen Fertigkeiten ausgerichteten, die gesamte Persönlichkeit aktivierenden Schwerpunktprogrammen,
- die Person der **Konduktorin**, die eine positive Lernatmosphäre und Arbeitsweise und ein positives Arbeitstempo gestaltet, die die Aufmerksamkeit der Teilnehmerinnen fokussiert und die jeweiligen Aufgaben im Wortsinn „vorbildlich“ anleitet und der Gesamtentwicklung jedes Einzelnen sowie der Gruppe als Ganzem zielführende Aufgaben und Lerneinheiten erstellt bzw. deren erfolgreiche Umsetzung im Tagesablauf organisiert,
- das **rhythmisch kontinuierliche Intendieren**, das zugleich Zielsetzung, Handlungsanleitung, soziale Einbindung und Selbststeuerung über den rhythmisierenden, Aufmerksamkeit fokussierenden Einsatz von Sprache ermöglicht - u. a. in Form autosuggestiver Bewegungsschemata,

- einfache, multifunktional verwendbare und ein Höchstmaß an Selbstständigkeit ermöglichende **Hilfsmittel**, insbesondere zum Greifen, Halten und sich Fixieren.

1.2.2 Zielgruppen

Konduktive Förderung ist in allen Altersstufen erfolgreich anwendbar bei Menschen mit Syndromen wie:

- verschiedene Formen der Infantilen Cerebralparese (IZP),
- Mehrfachbehinderungen,
- Spina Bifida,
- Wahrnehmungsstörungen,
- Apraxie,
- Muskelhypotonie-Syndrom,
- Ataxie,
- Zustände nach Schädel-Hirntraumen, erworbene Hirnfunktionsstörungen wie Zustände nach Apoplexie, Ertrinkungsunfall, Intoxikation oder Tumoroperation,
- Zustände nach Enzephalitis bzw. Meningitis mit Residualsyndrom,
- Multiple Sklerose,
- Parkinson.

1.2.3 Indikationsstellung, Feststellung des Förderbedarfes und Förderbeginn

Die Indikationsstellung und Feststellung des Förderbedarfes erfolgen bei der Konduktiven Erstuntersuchung durch eine dazu autorisierte Konduktorin in Zusammenarbeit mit einer Ärztin/ einem Arzt.

Schwere Beeinträchtigungen der physischen Belastbarkeit durch Entwicklungsanomalien von Herz und Kreislauf oder medikamentös nicht steuerbare Epilepsie sowie schwerste Sinnesbeeinträchtigungen⁵ sind (fach-) ärztlich auszuschließen, ebenso das Vorliegen einer genetisch bedingten Bewegungsstörung mit therapeutisch nicht beeinflussbarem, progredientem Verlauf.

Der orthopädische Befund und ggf. die Notwendigkeit orthoedischer Versorgung, medikamentöser oder operativer Maßnahmen sind fachärztlich abzuklären.

Konduktive Förderung kann prinzipiell und aussichtsreich in **jedem Lebensalter begonnen** und – bei Beginn im Kindesalter – in geeigneter Form im Erwachsenenalter weitergeführt werden. Aufgrund der größeren Plastizität des frühkindlichen Gehirns ermöglicht ein Förderungsbeginn im Säuglingsalter optimale Erfolge. Der Ausprägung dysfunktionaler Bewegungs- und Verhaltensmuster und sekundärer Folgen im kognitiven und psychosozialen Bereich kann so vorgebeugt werden. Bei Menschen mit im späteren Lebensalter erworbenen Hirnfunktionsstörungen sollte die Förderung möglichst unmittelbar nach Eintreten der Schädigung einsetzen.

Bei der Entscheidung über die Aufnahme eines Kindes/Erwachsenen ist durch die jeweilige Konduktive Einrichtung/Praxis ver-

antwortungsvoll abzuwägen:

- Eigene personelle und materielle Ressourcen, fachliches Know-How und Angebotsform bzw. bestehende Gruppenzusammensetzung und
- (Entwicklungs-)Alter, Art und Schwere der Behinderung der Klientel sowie deren Motivation und persönliche Zielsetzung, Kooperationsbereitschaft, Beziehungs- und Bindungsfähigkeit, mentale Ressourcen, psycho-physische Belastbarkeit und nicht zuletzt die Kooperations-, Einsatz- und Lernbereitschaft der Familie und des persönlichen Umfeldes.

1.2.4 Zusammensetzung Konduktiver Teams

Entscheidend für eine qualitätsgerechte Konduktive Arbeit ist die Präsenz Konduktiver Professionalität und des für die jeweilige Klientel und Angebotsform erforderlichen Fachwissens im Team. Ebenso wichtig ist die verantwortungsvolle Verteilung der Aufgaben.

Am András Pető Institut in Budapest und am National Institute for Conductive Education in Birmingham bestehen die Teams aus Konduktorinnen und Konduktor-Studentinnen.

Im Therapieinstitut Keil in Wien und in der Phoenix GmbH in München als den beiden größten Konduktiven Einrichtungen und zugleich Ausbildungsinstituten im deutschsprachigen Raum haben sich Teams bewährt, die besetzt sind mit:

- 1 Konduktorin
- 1 Pädagogin, in Schulgruppen Lehrerin,
- 1 Therapeutin

und weiteren pädagogischen oder therapeutischen Fachkräften, Konduktor-Studentinnen, Konduktiven Gruppenassistentinnen und geeigneten Vertreterinnen anderer Berufsgruppen – abhängig von der Gruppengröße⁶ und den Bedürfnissen der Klientel.

In den verschiedenen Konduktiven Einrichtungen in Deutschland realisieren beide Teamkonzepte eine gleichermaßen medizinisch-therapeutisch und pädagogisch/psychologisch fundierte, qualitätsgerechte Durchführung Konduktiver Förderung.

1.3 Durchführung Konduktiver Förderung

1.3.1 Grundsätze

Bei der Strukturierung und Organisation eines adäquaten Konduktiven Tages-/Programmablaufes gilt es folgende Prinzipien zu wahren:

- gleich bleibende räumlich-zeitliche und inhaltliche Strukturen,
- Wahrung der Konstanz des Personaleinsatzes und personeller Beziehungen,
- Kontinuität behinderungsspezifischer, (entwicklungs-/altersentsprechender Trainingsprogramme und Lerneinheiten,
- Beachtung einer angemessenen Länge, Häufigkeit und Dauer der Lerneinheiten,
- kontinuierliche und zielgerichtete multisensorische Aktivierung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer zur Erreichung größtmöglicher Eigenaktivität, Spontaneität, zunehmender Selbstbewusstheit und -verantwortlichkeit und weitgehender Selbststeuerung bei allen Handlungen.

1.3.2 Allgemeine Kompetenzen der Konduktorin

Unabhängig von der jeweiligen Angebotsform Konduktiver Förderung ist die verantwortliche Konduktorin einer Gruppe oder Einrichtung in der Lage,

- dynamische Gruppenprozesse zielführend zu steuern, eine positive Lernatmosphäre aufrechtzuerhalten und Bedürfnisse bzw. besondere Probleme aller Gruppenmitglieder gleichermaßen wahrzunehmen und zu berücksichtigen,
- eine dem Alter und der Behinderung angemessene Vermittlung von Lerninhalten entsprechend der länderspezifischen sonder-/heilpädagogischen Vorgaben zu sichern,
- die exakte Korrektur unphysiologischer Bewegungsmuster oder Fehlhaltungen jederzeit zu gewährleisten,
- die Notwendigkeit orthopädischer Hilfsmittel oder Operationen zu erkennen und ggf. fachärztliche Abklärung des Befundes bzw. weitere Maßnahmen zu veranlassen,
- teamintern eine Konduktive Haltung zu verwirklichen,
- die eigenen bzw. die fachlichen Grenzen des Teams zu erkennen, Fortbildungsmaßnahmen zu organisieren oder bei Vorliegen besonderer Probleme externe Fachberatung bzw. Instruktion auf die jeweilige Klientel oder Problemlage spezialisierter Fachkräfte einzuholen und sie ggf. in Förderungsprogramme mit einzubeziehen,
- angemessene räumliche und materielle Rahmenbedingungen sicher zu stellen.

1.3.3 Aufgaben der Konduktorin in der Gruppen- und Einzelförderung

- Ausarbeitung behinderungsspezifischer, pädagogisch und mehrfachtherapeutisch begründeter und konkret formulierter kurz- und langfristiger individueller und Gruppenförderziele,
- Erstellen von diesen Zielen entsprechenden, komplexen und die gesamte Persönlichkeit aktivierenden Förderungsprogrammen mit zu je etwa einem Drittel

- 1) grob- und feinmotorischen und
- 2) (entwicklungs-)altersgerechten kognitiv-sprachlichen musisch-kreativen sozialen Inhalten – abgestimmt auf Lerninhalte in Kindergarten, Vorschule oder Schule – sowie
- 3) lebenspraktischen Schwerpunkten

- Formulieren detaillierter Wochen- bzw. Tagespläne,
- Sichern eines flüssigen Ablaufes ohne zwangsläufige Passivität in längeren Wartezeiten durch adäquate Organisation des gesamten Tagesablaufes, der einzelnen Lerneinheiten und Übergänge und selbstverständlich des Einsatzes von MitarbeiterInnen,
- sinnvolles Einplanen zahlreicher Positionswechsel und Gelegenheiten zum Erlernen möglichst selbstständiger Fortbewegung im Tagesablauf, ebenso von Zeiten für das Training lebenspraktischer Kompetenzen,
- Wachhalten der Aufmerksamkeit und Motivierung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer zu einem Höchstmaß an Eigenaktivität und Spontaneität durch geeignete Themen, kreative Angebote, (entwicklungs-)altersentsprechende Spiele, durch Fröhlichkeit und Spaß,
- Anleiten der Teilnehmerinnen und Teilnehmer zur Umsetzung erlernter funktionaler Bewegungs- und Verhaltensmuster im Alltag durch die lebensnahe Gestaltung der Programme selbst, durch geeignete Hinweise und Anregungen oder auch bestimmte Hausaufgaben,
- Gewährleistung größtmöglichen Erfolges bei jeder Fördereinheit für alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit möglichst wenig Fremdhilfe durch konkrete Zielsetzung und Instruktion der Teammitglieder bei der Ausführung einzelner Aufgaben,
- kontinuierliche Anpassung der Lerneinheiten oder einzelnen Aufgaben an die Entwicklung des Einzelnen und der Gruppe



- Forcieren des bewussten Einsatzes der Hände zum Fixieren und Manipulieren und auch zum Kommunizieren,
- Stärken des Bewusstseins der eigenen Position, Aktion und der persönlichen Identität der Teilnehmerinnen und Teilnehmer durch kontinuierliche, rhythmisierende sprachliche Begleitung,
- Anregung zum aktiven Sprechen zur Verbesserung des Sprachverständnisses und der aktiven Sprache sowie zur Aufrechterhaltung kontinuierlicher Aufmerksamkeit und zur Unterstützung der Koordination von Sprache und Bewegung,
- ggf. darüber hinaus: Anbahnen oder Verbessern von Sprachgebrauch oder Artikulations- und Ausdrucksfähigkeit in speziellen Sprachförderungsprogrammen,
- Kooperation und laufender Austausch mit Familie, Bezugspersonen, sozialem Umfeld bzw. deren gezielte Anleitung,
- Organisation beratender, Familien unterstützender und weiterführender Angebote,
- exakte Verlaufsdokumentation der individuellen Entwicklung im Förderprozess.

1.4 Mindestanforderungen an Konduktive Einrichtungen

Der Europäische Verband für Konduktive Förderung und Berufsausübung (ECA) verabschiedete im Mai 2008 folgende Kriterien:

1) Fachpersonal

Je Konduktive Gruppe zumindest eine hauptverantwortliche kontinuierlich anwesende Konduktorin⁷.

Betreuungsschlüssel gesamt (Konduktorinnen und Konduktiv geschulte Fachkräfte)⁸ 1:3 +/- 2 (je nach Schweregrad)

Ausnahmen und Details siehe Tabelle (S. 16)

2) Zeitliche Bedingungen

Konduktive Angebote müssen immer darauf ausgerichtet sein, dass Kontinuität und Nachhaltigkeit gewährleistet sind.

3) Räumliche Anforderungen

Je nach Gruppengröße

- ein Raum, der groß genug ist für aktive Platzwechsel und aktive Fortbewegung, oder zwei Räume so angeordnet, dass sie einen aktiven Raumwechsel erlauben,
- angemessene Sanitäranlagen,
- zur Durchführung des Förderprogramms notwendige Möbel und Materialien,
- Einhalten nationaler Vorgaben zur räumlichen Gestaltung.

4) Inhaltliche Gestaltung

Ein kontinuierliche Entwicklung gewährleistendes komplexes konduktives Förderprogramm, das die individuellen Lebensumstände der Klientel berücksichtigt.

5) Fachliche Qualitätssicherung der Konduktiven Arbeit:

Die fachliche Qualität wird durch eine ausgebildete Konduktorin gesichert. Es gibt klare Kompetenzbereiche im konduktiven Team. Es findet regelmäßig Konduktive Fachsupervision durch eine von der ECA anerkannten Fachsupervisorin statt. Regelmäßige dem Fachbereich entsprechende Fort- und Weiterbildungen sind verpflichtend.

6) Bedingungen für Konduktive Arbeit:

Die Konduktorin benötigt mindestens 20% ihrer gesamten Arbeitszeit für Vorbereitung, Dokumentation, Organisation und Besprechungen.

Konduktives Fachpersonal und Assistentinnen haben entsprechend angepasste Arbeitszeiten.



Nationale arbeitsrechtliche Bedingungen müssen eingehalten werden. Der Dienstgeber ist verpflichtet, für eine ausreichende Berufshaftpflichtversicherung zu sorgen.

7) Weitere Anforderungen an Konduktive Einrichtungen:

- Eine Einrichtung muss immer unterschiedliche Angebotsformen anbieten.
- Die Konduktorin muss die Landessprache sprechen und die Schlüsselqualifikationen erfüllen (siehe EU Projekt).
- Die Messung des Erfolgs, z. B. Dokumentation mit ICF, ist zu sichern.

8) Übersicht über die Angebote:

Angebotsform	Zeitliche und personelle Dimension	Inhalte
Jahresgruppen		
• Ganztagsgruppe	Die Dauer der Hauptferien darf nicht länger als 1 Monat sein	Kontinuierliche tägliche komplexe Ganztagesförderung
• Halbtagsgruppe	mind. 2 x pro Woche mind. 3 Stunden	Kontinuierliche Förderung kombiniert mit intensiven Förderblocks mind. 4 Wochen pro Jahr
• tageweise stattfindende Gruppe	mind. 2 x pro Woche mind. 3 Stunden	Kontinuierliche Förderung für Kinder, Jugendliche oder Erwachsene kombiniert mit intensiven Förderblocks mind. 4 Wochen pro Jahr
Gruppen in Blockform	regelmäßig stattfindende Blockförderung (mind. 4 Wochen)	Intensive Förderung mit Möglichkeit des Kontakts zum Konduktiven Team zwischen den Blöcken. Der Kontakt unterliegt der Verantwortung der leitenden Konduktorin.
Konduktive Einzelförderung	1:1 Betreuung durch Konduktorin	• Erstkontakte und Erstansichten • Hausfrühförderung und Hausbesuche • Vorbereitung auf Gruppenarbeit • prä- und postoperative Betreuung • Nachsorge • Zwischen-Block-Fördereinheiten • „reisender Konduktiver Dienst“
Konduktive Wohngruppe	kontinuierlich	Halb- bzw. Ganztagesförderung mit täglicher komplexer Konduktiver Förderung und Konduktiver Lebensbegleitung
Weitere Konduktive Kursangebote		• Konduktive Sportkurse • Konduktive Freizeitkurse • etc.

2. Berufsspezifische Aspekte

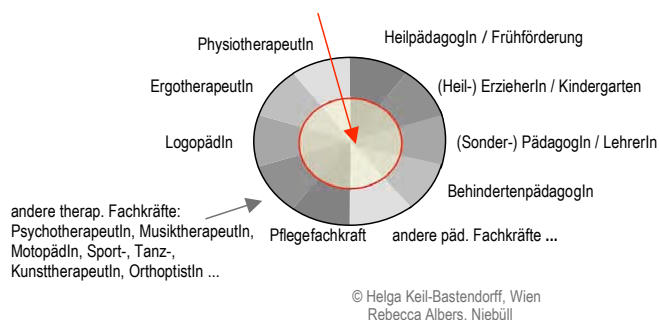
2.1 Fachliche Qualifikationen der Konduktorin

Entsprechend der Komplexität Konduktiver Förderung verfügt die Konduktorin bezogen auf obige Zielgruppen über fundierte Kenntnisse in den Bereichen

- Grundlagen aus den Erziehungswissenschaften, der Sonder- und Heilpädagogik, Kommunikationswissenschaft, Psychologie und Soziologie,
- (entwicklungs-)altersspezifische Konduktive Methodik und Didaktik,
- Anatomie, Physiologie,
- grundlegende neurowissenschaftliche Erkenntnisse zu Gedächtnis, Erfahrungsbildung, motorischem Lernen,
- Formen cerebral bedingter (Bewegungs-)Beeinträchtigungen, pathologischer Bewegungsmuster,
- physio- und sporttherapeutisches, ergo-, sprach- und musiktherapeutisches Grundlagenwissen (s.u.).

und über die Fähigkeit, diese Grundlagen in der Konduktiven Interaktion **synergetisch zusammenzuführen**.

Basiselemente der Qualifikation von Konduktorinnen:



2.2 Internationale Ausbildungsstandards

Prof. András Pető hat bei der Entwicklung des Konduktiven Fördersystems Mitte letzten Jahrhunderts dessen sozio-kulturellen Bezug und dynamischen Charakter betont. Pädagogische oder therapeutische Interventionen und damit auch die jeweiligen Ausbildungen sind in den historischen, sozialen, wissenschaftlichen und (gesundheits-)politischen Kontext eingebunden und keine statischen Verfahren.

Im Sommer 2003 wurde das EU-Projekt Comenius (87886 CP-1-AT-1-2000-Comenius-C31) abgeschlossen. Das hier erstellte Konzept einer europaweiten kompatiblen Konduktorinnen-Ausbildung, dient als Basis der Qualitätssicherung Konduktiver Ausbildung und Berufsausübung. Es sind von allen europäischen Konduktorinnenverbänden in Ungarn, England, Österreich, Deutschland, Schweden (für alle skandinavischen Länder) mittlerweile akzeptierte Ausbildungsrichtlinien festgeschrieben worden.

Im Sommer 2004 wurde der Europäische Verband für Konduktive Förderung und Berufsausübung/European Conductive Association (ECA) gegründet. Die ECA hat es sich u.a. zur Aufgabe gemacht, Qualität, Konzept und Inhalte der Konduktorinnen-Ausbildung unter Berücksichtigung der sich verändernden Klientel im kontinuierlichen Diskurs weiterzuentwickeln. Das Berufsbild der Europäischen Konduktorin wurde Mitte April des Jahres 2004 von der ECA verabschiedet.



2.3 Ausbildung zur Konduktorin

2.3.1 Ausbildungsangebote und -verläufe in Europa

Die Ausbildung besteht grundsätzlich aus theoretischen und praktischen Anteilen. Ziel ist die Erreichung des QCS (Qualified Conductor Status), dessen Definition im Rahmen des EU-Projekts COMENIUS ausgearbeitet wurde⁹.

Land	Ungarn Pető Institut, Budapest	Österreich Uni Wien/ KFI	UK University of Wolverhampton / NICE	Deutschland Pflennigparade München	Norwegen Tromsø
Voraussetzungen	(Fach-) Hochschulreife	Matura, Abschluss TherapeutIn/Päd. und Abschluss des (Basislehrgang)	A-Level (18jährige) keine formalen Voraussetzungen für Studenten ab 24 Jahre	Päd./Therap. Grundberuf, mindestens Fachschulabschluss zzgl. 2 Berufsjahre	Abitur plus Abschluss als TherapeutIn/PädagogIn/LehrerIn; Relevante Berufserfahrung
Berufsbezeichnung	Konduktor BA	Akad. Mehrfachtherapie-KonduktorIn	Conductor Bachelor CE anerkannt von der Foundation for C. E. als Qualified Conductor Status	Pädagogisch-therapeutische/r KonduktorIn Heilpädagogischer Förderlehrer	Pädagoge / Therapeut mit Weiterausbildung in Konduktiver Förderung
Dauer	4 Jahre Vollzeit	1+2 Jahre berufsbegleitend	3 Jahre Vollzeit	2 Jahre berufsbegleitend	1 Jahr Vollzeit
Medizinisch therapeutische Grundlagen Konduktive Förderung		18 SWS = 270 UE 8 ECTS	1750 h = 2333,33 UE Kernmodule 70 ECTS	Kernmodule 505 UE	Kernmodule 600 h = 800 UE
Psychologie, Pädagogik, Soziologie Didaktik / Methodik		43 SWS = 646 UE=19,4 ECTS 12,4 SWS = 186 UE 5,6 ECTS	950 h = 1266,66 UE div. andere Module 38 ECTS	15,15 ECTS	24 ECTS
Praktika Inkl. Supervision		60 SWS = 900 UE 27 ECTS	900 h = 1200 UE 36 ECTS	1436 UE 43,08 ECTS	900 h = 1200 UE 36 ECTS
Gesamtsumme einschl. Eigenstudium		134 SWS = 2010 UE 60 ECTS	=3600 h = 4800 UE 144 ECTS	138 SWS= 1941 UE 58,23 ECTS	1500 h = 2000 UE 60 ECTS
Lehreraus- bildung	auf Master Level	z. T. vorhanden	--	z. T. vorhanden	z. T. vorhanden
Wochen pro Semester		15	14	14	40 Wochen
Dauer einer UE	45 Min	45 Min	60 Min	45 Min	45 Min
Gesamtkosten		€ 6200,00	1000 Pfund p.a./EU-Mitgl.; 4000 Pfund p.a. = 12000 Pfund	Finanzierung über Ministerien, 2000.-€ Eigenbeteiligung	Studiengebühren

2.3.2 Konduktive Weiterbildung in Deutschland seit 2000

Die Pfennigparade bietet in Zusammenarbeit mit dem Bayerischen Staatsministerium für Unterricht und Kultus und dem Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen seit 2000 einen Weiterbildungslehrgang für Fachkräfte an. Bayerische Teilnehmerinnen und Teilnehmer werden finanziell gefördert, außerbayerische Teilnehmerinnen und Teilnehmer müssen die gesamten Lehrgangskosten als Selbstzahler finanzieren. Es können Lehrgangsteile als Fortbildungsangebot von Interessentinnen innerhalb und außerhalb Bayerns genutzt werden.

Aus der obigen Aufstellung lässt sich erkennen, dass die deutsche Weiterbildung vom Umfang her durchaus einem Aufbaustudium entspricht. Da die pädagogischen und therapeutischen Berufe in Deutschland kein Grundstudium haben, war ein universitäres Aufbaustudium bisher nicht möglich. Hier ist ein Wandel im Gange – die therapeutischen Berufe werden momentan an Fachhochschulen angesiedelt. In der Zukunft sollte die Konduktorinnen-Ausbildung – mindestens in grundständiger Form – auf Fachhochschulebene (gewährt den hohen Praxisanteil) stattfinden. Erste Kontakte zu Fachhochschulen wurden geknüpft.

In der zweijährigen berufsbegleitenden Weiterbildung studieren alle Teilnehmerinnen die Grundlagen der Konduktiven Pädagogik nach Prof. Pető, ebenso werden die Teilnehmerinnen über spezifische Konduktive Fördermaßnahmen und deren Einbettung ins deutsche Rehabilitations- und Förderschulsystem vertraut gemacht. Die Weiterbildung versteht sich als Ergänzungsangebot zur Grundausbildung der Teilnehmerinnen.

Der Abschluss qualifiziert die Absolventinnen zur Tätigkeit als Pädagogisch-therapeutische Konduktorin und Heilpädagogische Förderlehrerinnen (PTK und HFL) oder in verkürzter Form als Konduktive Gruppenassistentin (KGA).

Die Pfennigparade als Weiterbildungsträger stellt für alle Teilnehmerinnen ein Zertifikat aus. Das Staatsministerium für Un-



terricht und Kultus fügt zum Zertifikat der Stiftung Pfennigparade für die Teilnehmerinnen, die die Voraussetzungen erfüllen, eine Bescheinigung mit folgendem Wortlaut hinzu. „Diese Weiterbildung ist gleichwertig mit der staatlichen berufsbegleitenden sonderpädagogischen Zusatzausbildung für das Personal für heilpädagogische Unterrichtshilfe zum/zur heilpädagogischen Förderlehrer/in nach Art. 60 Abs. 2 Satz 1 BayEUG. Das Zertifikat über die Abschlussprüfung der Weiterbildung zum/zur Pädagogisch-therapeutischen Konduktor/in kann in Verbindung mit dieser Bescheinigung im staatlichen Schuldienst bei Vorliegen der sonstigen Voraussetzungen als Grundlage für eine Höhergruppierung nach den Bestimmungen der Tarifgemeinschaft deutscher Länder dienen. Nichtstaatliches Personal kann in entsprechender Anwendung der Ziffer 10.5 der KMBek vom 14. Dezember 1982 (KWMBI Nr. 24/1982 S. 577) vergütet werden.“



3. Konduktive Förderung im System der Eingliederung und Rehabilitation in Deutschland

3.1 Angebotsformen

Hinsichtlich des Alters der Klientel, der Frequenz und Dauer der Fördereinheiten, der Förderschwerpunkte und der Rahmenbedingungen der Einrichtung/Institution differenziert die ECA unter Berücksichtigung regionaler Möglichkeiten unterschiedliche Angebotsformen Konduktiver Förderung, die in Deutschland bzw. Europa etabliert sind.¹⁰

Die konkreten therapeutischen und pädagogischen Inhalte, die Gruppengröße und Teambesetzung variieren in Abhängigkeit von Alter, Art und Schwere der Behinderung der Teilnehmerinnen.

Für alle Angebotsformen gelten die eingangs beschriebenen Grundsätze und Standards.

- Frühförderung
 - Säuglingsfrühförderung
 - Eltern-Kind-Gruppen
 - Kleinkindergruppen
- Kindergarten- und Schulvorbereitungsgruppen
- Integrationsmaßnahmen in Regeleinrichtungen
- Schulgruppen
- Teiltagesgruppen
- Erwachsenenförderung¹¹
- Blockförderung
- Einzelförderung
- mobiler Konduktiver (sonderpädagogischer) Dienst
- Konduktive Assistenz, wohn- und arbeitsbegleitende Maßnahmen
- weitere Konduktive Kursangebote

Im Folgenden werden diese Angebotsformen den verschiedenen Tätigkeitsfeldern zugeordnet und bei erstmaliger Nennung jeweils beschrieben.

3.2 Rehabilitation und Eingliederung von Kindern

3.2.1 Frühförderung

Säuglingsfrühförderung¹²

1 bis 3-mal wöchentlich,

1 bis 1,5 Stunden, in der Regel im Elternhaus

Bei auffälligen oder Risiko-Neugeborenen verschafft sich die erfahrene Konduktorin optimalerweise bereits in der Kinderklinik einen Gesamteindruck des Säuglings, insbesondere von dessen Reagibilität und Aktivitätsniveau, Muskeltonus, Körperhaltung und spontanen Bewegungen.

Die Häufigkeit der Befundkontrollen ist abhängig von der Entwicklung des Säuglings und selbstverständlich mit der behandelnden Ärztin abgestimmt.



Die Konduktorin lenkt die Aufmerksamkeit der Eltern auf Entwicklungsmöglichkeiten und -fortschritte, zeigt und übt mit ihnen geeignete Handgriffe beim Versorgen, Tragen und Lagern zur Vermeidung pathologischer Haltungen/Asymmetrien, die zudem eine möglichst freie Beweglichkeit der Gelenke erlauben.

Bei drohender oder manifester Fehlentwicklung leitet die Konduktorin in einer positiven Lernatmosphäre die Eltern an, alle Ansätze von Interessensäußerungen und Eigenaktivität wahrzunehmen, zu verstärken und zur Anbahnung funktionaler Bewegungen und altersentsprechender Aktivitäten zu nutzen.

Sie vermittelt die Bedeutung von kontinuierlichen, multisensoriell gestalteten Lernsequenzen, begleitet von Liedern, Reimen und stetiger Ansprache für die weitere motorische und kognitive Entwicklung des Säuglings.

Die Lernsequenzen werden in der Regel von den Eltern und zu meist körpernah durchgeführt. Sie sind systematisch aufgebaut und exakt mehrfachtherapeutisch fundiert. Berührungs-, Körperkontakt-, Lageänderungs-, (Fort-)Bewegungs-, Greif- und Tastangebote und werden immer spielerisch-lustvoll angeboten.

Die Konduktorin wählt für die Einheiten verschiedene Lagen. Vertikale Positionen werden zur Entwicklung der Sinneskoordination und räumlichen Orientierung angemessen integriert, der menschliche Aufrichtevorgang wird bewusst und erstrebenswert.

Alle Interventionen richten sich zugleich auf die Unterstützung eines guten Eltern-Kind-Kontaktes. Geschwisterkinder und familiäres Umfeld werden nach Möglichkeit in die Förderung einbezogen.

Eltern-Kind-Gruppe für Ein- bis etwa Dreijährige mit ihren Müttern/Vätern

drei bis sechs Kleinkinder, 2- bis 3-mal wöchentlich, anfangs 2 bis 3 Stunden



Unter Anleitung der Konduktorin arbeiten Mutter oder Vater mit ihrem Kind. Motivierende Einflüsse einer positiven Lernatmosphäre wirken hier gleichermaßen auf Erwachsene und Kinder. Die Eltern lernen, Eigenaktivitäten des Kindes aufzugreifen und mit möglichst wenig Hilfe zu funktionalen Bewegungen/Bewegungsabläufen oder gewünschten Tätigkeiten zu führen. Dabei binden sie die Aufmerksamkeit der Kinder und erleben kleinste Fortschritte auch als ihre eigene Leistung. Sie lernen insbesondere, mit einfühlsamer und aufmerksamster Zuwendung im Gruppenrhythmus die therapeutischen Ziele spielerisch und lustvoll, aber dennoch exakt und konsequent umzusetzen, überwinden dabei emotionale, fachliche und physische Unsicherheiten und entwickeln persönliche Überzeugungskraft, so dass sie in der Konduktiven Förderung Sicherheit, Optimismus und Freude gebende „Trainingspartner“ für ihre Kinder werden. Die Kinder lernen ihren Körper kennen, ihre Extremitäten bewusst und isoliert zu bewegen, die Augen-Hand-/bzw. Augen-Fußkoordination wird gezielt gefördert; ebenso das Greifen, Halten, Loslassen und Stützen. Positionen wie Sitzen und Stehen werden geübt und Positionswechsel, d.h. verschiedene Formen der Fortbewegung wie Rollen, Robben, sich Drehen, Krabbeln, sich Aufsetzen und Aufstehen, erlernt.

Kleinkindgruppe für 2,5 bis etwa 4-Jährige

vier bis sechs (max. acht) Kinder,
fünfmal wöchentlich,
2 bis 4 Stunden

Die Konduktorin unterstützt die Kinder, sich zunehmend an den anderen Kindern zu orientieren, gemeinsam zu spielen bzw. spielerisch zu lernen und schrittweise von den Eltern als unmittelbare Bezugsperson zu lösen.

Neben der Förderung von sensorischer Integration, Grob- und Feinmotorik sind nun Selbstständigkeit beim Essen, An-/Ausziehen, bei der Sauberkeitserziehung sowie Sprach- bzw. Konzentrationsförderung wesentliche Schwerpunkte.

3.2.2 Sozialpädiatrische Zentren

In Sozialpädiatrischen Zentren können Kinder und Jugendliche im Alter von 0 bis 18 Jahren gefördert werden. Konduktive Förderangebote innerhalb von Sozialpädiatrischen Zentren sind:

Säuglingsfrühförderung, s.o.

Eltern-Kind-Gruppen, s.o.

Kleinkindgruppe, s.o.

Konduktive Teiltagesgruppen

alle Altersgruppen (hier: etwa 3 bis 8 Jahre); mindestens 1,5 Stunden täglich oder mindestens zweimal wöchentlich 3 bis 4 Stunden plus 1 bis 3 Intensivförderblöcke in möglichst konstanten Gruppen jährlich.

Konduktive Angebote sind in den Einrichtungen der Eingliederung und Rehabilitation bislang nicht flächendeckend etabliert. In ländlicher Region ist das bestehende Förderangebot zumeist auf Kinder/Menschen mit primären Verhaltensauffälligkeiten oder Lernbeeinträchtigungen ausgerichtet.

Anzustreben ist immer der Aufbau einrichtungsinterner Teiltagesgruppen.

Die verantwortliche Leitung der meist heterogenen Gruppen erfordert umfassende Erfahrung mit allen Altersgruppen, Behinderungsformen, sensible Gewichtung der Förderziele, Flexibilität bei der Gestaltung und Durchführung der Fördereinheiten



sowie exakte Anleitung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Bei externen Teiltagesgruppen und bei jüngeren Kindern sind die Eltern/Betreuer unmittelbare Kooperationspartner der Konduktorin. Ein flüssiger Informationsaustausch ist unbedingt zu gewährleisten. Die Eltern/Betreuer dokumentieren – auch zur eigenen Reflektion – schriftlich die wesentlichen Ereignisse der Woche, insbesondere das Gelingen der „Hausaufgaben“. In der Regel werden sie etwa einmal monatlich aktiv im Gruppenprogramm beteiligt.

Bei Teilnehmerinnen im Vorschul-/Schulalter sind etwa monatlich Elternabende mit detailliertem Austausch über Entwicklungsziele, wichtige Übungen und Aufgaben, konkrete Hilfen bei der Alltagsbewältigung, Hilfsmittelversorgung etc. durchzuführen.

Bei schwerer betroffener Klientel sind die Eltern/Betreuer außerdem regelmäßig einmal monatlich bis einmal vierteljährlich in den wichtigsten Handgriffen zur täglichen Mobilisierung und Dehnung zu unterweisen. Dem intensiven Austausch mit der Tageseinrichtung insbesondere über die Aktivierung, Mobilisierung, die Unterstützung beim Einsatz der Hände und Lagerung kommt hier besondere Bedeutung zu, ebenso der Planung und ggf. Begleitung bei der Hilfsmittelversorgung.

Einzelförderung

Konduktive Einzelförderung ist in Ermangelung eines flächendeckenden Angebotes zweifellos eine sinnvolle, für schwer oder schwerst(mehrfach-)behinderte Menschen notwendige Ergänzung der etablierten pädagogischen oder medizinisch-therapeutischen Verfahren.

Indikationen für Einzelförderung:

- Erstkontakte und Erstansichten,
- Überbrückung eventueller Wartezeiten bis zum Beginn einer Gruppenförderung, Vorbereitung des Kindes/Erwachsenen auf die Gruppe,
- zeitweiliges Zusatzangebot zur Erreichung individueller Entwicklungsziele, die in der Gruppe nicht berücksichtigt werden können,
- gezielte Elternanleitung (bei Kleinkindern im Prozess der Ablösung, bei schwer behinderter Klientel zur Vermittlung von Dehnungstechniken, angemessener Lagerung etc.),
- Integrationsmaßnahmen in Regeleinrichtungen begleitend,
- Vorbereitung und Nachbehandlung von orthopädischen Operationen,
- Aktualisierung der Übungsprogramme zwischen der Blockförderung, Konduktive Nachbetreuung und Ambulanzterminen.

Der Zeitraum der Einzelförderung, Häufigkeit und Dauer der Termine variieren in Abhängigkeit von Indikation, Alter, Art und Schwere der Behinderung, Aufnahme- bzw. Konzentrationsfähigkeit der Klientinnen und Klienten sowie dem Umfang notwendiger Anleitung und Beratung der Eltern, Betreuungspersonen oder Einrichtung.

Bei einer Klientel, die im Alltag der ständigen Hilfe anderer Personen bedarf, werden die Eltern/Betreuungspersonen im Einzelförderungsprozess aktiv beteiligt und beraten.

Als Sonderform Konduktiver Einzelförderung haben sich sogenannte „reisende Dienste“ als effektiv erwiesen. Hier sind Konduktorinnen zumeist wiederholt über mehrere Wochen täglich mehrere Stunden mit intensiver Anleitung der Eltern sowie beteiligter Therapeutinnen oder Pädagoginnen in solchen Familien tätig, die andernfalls keinen Zugang zu Konduktiver Förderung hätten.

Mobiler Konduktiver (sonderpädagogischer) Dienst

Die Konduktorin verbindet hier die kontinuierliche Einzelförderung mit einer intensiven Anleitung der Mitarbeiterinnen in der jeweiligen Einrichtung, zumeist Sonder-/Förderschulen.



3.2.3 Kindertageseinrichtungen/Heilpädagogische Tagesstätten

Teiltagesgruppen, s.o.

Einzelförderung, s.o.

Kindergarten- und Schulvorbereitungsgruppen

für 3,5 bis 7 Jährige,

6 bis 10 Kinder,

5-mal wöchentlich,

anfangs 3 bis 4 Stunden, später bis zu 6 Stunden

Die Kinder lernen, sich zugunsten einer spielerischen Beschäftigung mit etwa Gleichaltrigen problemlos von den Eltern zu trennen und in die Gruppe zu integrieren. Sie werden nun insbesondere in der räumlichen, zeitlichen und in ihrer Orientierung zur eigenen Person – Körperschema, Eigenschaften, Personendaten – gefördert, die Selbst- und Fremdwahrnehmung wird im Kontakt zu anderen differenziert. Eine zunehmende Bewusstheit ihres Handelns wird durch sprachliche Begleitung aller Aktivitäten weiterhin unterstützt, ihre Aufmerksamkeit stets wach gehalten,

die Konzentrationsfähigkeit ausgebaut, passives und aktives Sprachverständnis bzw. Artikulation gefördert.

Alltägliche Verrichtungen wie An-/Ausziehen, Händewaschen, Tischdecken, Essen, Toilettengänge oder Topftraining sind in den strukturierten Tagesablauf eingeplant, die entsprechenden grob- und feinmotorischen Kompetenzen zur möglichst selbstständigen Bewältigung dieser Aufgaben werden weiterentwickelt. Bestandteil der Förderung sind Programme zur gezielten Wahrnehmungsintegration (vestibulär, propriozeptiv, taktil, auditiv, visuell) und differenzierten räumlichen Orientierung sowie Schul- und Schreibvorbereitung und ggf. Arbeit mit dem Computer.



Integrationsmaßnahmen in Regeleinrichtungen

Hauptzielgruppe sind Kinder, die noch nicht in allen Entwicklungsbereichen den Stand der Gruppenmitglieder oder Schüler der Regeleinrichtung erreicht haben. Insbesondere für leichter behinderte, mental leistungsstarke Kinder im Kindergarten- oder Vorschulalter ist eine Integration in den Regelkindergarten als Vorbereitung auf die Grundschule sinnvoll.

In allen anderen Fällen sind die Vor- und Nachteile von den Eltern, der Konduktorin, den Mitarbeiterinnen der Regeleinrichtung und – entsprechend seinen Möglichkeiten – dem Kind selbst, sorgsam abzuwägen. Insbesondere ist zu verhindern, dass Integrationskinder auf eine niedrigere Stufe hinsichtlich ihrer Gesamtentwicklung zurückgeführt werden, beispielsweise mehrheitlich im Rollstuhl sitzen, um das Tempo der anderen zu halten, obwohl sie bereits gehfähig sind.

Einige Modelle integrativer Konduktiver Förderung in Regeleinrichtungen sind:

1. kontinuierliche Konduktive Assistenz (s. auch Punkt 3.3.) durch eine Konduktorin/ erfahrene Konduktive Gruppenassistentin oder fachlich intensiv angeleitete, geeignete Begleitperson,
2. regelmäßige Konduktive Fachanleitung aller mit dem Kind befassten Personen hinsichtlich der mentalen, verba-

len, manuellen und materiellen Hilfen für eine konsequente Weiterführung des individuellen Lern- und Entwicklungsprozesses,

3. institutionsinterne, gruppen- oder klassenübergreifende Teiltagesgruppe mit Schwerpunktförderung,
4. zusätzliche zu den unter 1. bis 3. genannten Möglichkeiten externe Teiltagesgruppe und/oder Blockförderung und/oder Einzelförderung.

3.2.4 Schulvorbereitende Einrichtungen und Hort/Heilpädagogische Tagesstätte

Kindergarten- und Schulvorbereitungsgruppen, s.o.

Teiltagesgruppen, s.o.

Einzelförderung, s.o.

Integrationsmaßnahmen in Regeleinrichtungen, s.o.

3.2.5 Schule

Bei der Gruppeneinteilung wird wegen der gemeinsamen Bewältigung der Lerninhalte und des Niveaus sprachlicher Interaktion auf weitgehende Übereinstimmung kognitiver Kompetenzen geachtet; Alter der Kinder und spezielle Symptomatik der Bewegungsstörung können innerhalb gewisser Grenzen voneinander abweichen. Entsprechend der individuellen und Gruppenziele ergeben sich u.U. Lerneinheiten mit verschiedenen Schwerpunkten; die Gruppe kann hierfür zeitweise geteilt werden.



Lernvoraussetzungen wie stabile Sitzposition, Kopfkontrolle und Blickfixierung, feinmotorische Kompetenzen, tragfähige Motivation, Fokussierung der Aufmerksamkeit, Verlängerung der Konzentrationsdauer werden selbstverständlich in allen konduktiven Schulgruppen gefördert, ebenso wird in den Förderprogrammen und durch manualtherapeutische Übungen der Ausprägung von Fehlhaltungen/Kontrakturen vorgebeugt.

Schulgruppen mit dem Ziel baldiger Überleitung in die Regelschule

Schwerpunkt ist die kognitive Förderung nach Lehrplänen der Regelschule. Aufgabe der Konduktorin ist es insbesondere, die Fähigkeit der Kinder zur selbstständigen Korrektur bei für sie

schwierigen Bewegungsabläufen zu vertiefen, feinmotorische Fähigkeiten intensiv zu fördern (Schreiben, Malen, Hantieren mit gebräuchlichen Schulmaterialien) sowie die selbstständige Bewältigung des schulischen Alltags im Tagesablauf detailliert zu üben (selbstständige Fortbewegung, An-/Ausziehen, Toilettengänge etc.).

Schulgruppen mit dem Ziel späterer Überleitung in die Regelschule (zum Wechsel in die weiterführende Schule)

Die Lerninhalte sind hier ebenfalls identisch mit denen der Regelschule, grob- und feinmotorische Übungen nehmen größeren Raum im Förderprogramm ein. Aufgabe der Konduktorin ist es insbesondere, die für eine Bewältigung des schulischen Alltags wesentlichen Kompetenzen zu vermitteln, Mut und Selbstsicherheit aufzubauen und ggf. kompensatorische Mittel und Medien bei solchen – meist partiellen – motorischen oder Sinnesbeeinträchtigungen zu erproben, die für eine Integration in die Regelschule unabdingbar sind (Einsatz von variablen Gehgeräten, Schreibhilfen, Computern o.ä.).

Schulgruppen mit dem Ziel eines gültigen Schulabschlusses und Integration ins Arbeitsleben, d.h. weitestgehender Unabhängigkeit von betreuenden Institutionen

Gearbeitet wird nach den Lehrplänen von Förderschulen. Die Fähigkeit zur selbstständigen Lebensbewältigung steht bei der Programmgestaltung im Vordergrund, hierzu gehören Kulturtechniken wie Lesen, Schreiben, Rechnen, ggf. mit technischen/elektronischen Hilfsmitteln.

Sonderschulgruppen mit dem Ziel möglichst selbstständiger Lebensführung

Bei schwer und schwerst (mehrfach-)behinderten Kindern/ Jugendlichen kann unter Konduktiver Förderung im fortgeschrittenen Schulalter ein bedeutender Zugewinn an Kompetenzen erreicht werden.

Bei spätem Förderungsbeginn oder bei Bestehen von Begleiterkrankungen wie Epilepsie¹³ sind dies erfahrungsgemäß vielfach spektakuläre Fortschritte. Das hohe Aktivitätsniveau in den Fördereinheiten ermöglicht eine Weiterentwicklung der Schüler hinsichtlich grob- und feinmotorischer Kompetenzen, Orientierungsfähigkeit, Interaktionskompetenz und damit ihrer Möglichkeiten zur Selbstbestimmung.

Aufgabe der Konduktorin ist es hier insbesondere, Fähigkeiten zur Alltagsbewältigung und Kommunikationsfähigkeit zu fördern, den Einsatz von technischen und elektronischen Hilfsmitteln zur Lebensbewältigung zu erproben, kreative Ausdrucksformen bzw. Formen der Selbstverwirklichung anzuregen.

Beispiele für in Deutschland realisierte Modelle Konduktiver Förderung in Schulen:

- Kooperationsklasse
- Außenklasse
- Integrationsschule

Selbstverständlich können im Bereich Schule folgende Angebotsformen integriert oder zusätzlich angeboten werden:

Teiltagesgruppen, s.o.

Einzelförderung, s.o.

Integrationsmaßnahmen, s.o.

3.2.6 Rehabilitationsmaßnahmen

3.2.6.1 Ambulante und mobile Rehabilitation

Frühförderung, s.o.

Integrationsmaßnahmen in Regeleinrichtungen, s.o.

Teiltagesgruppen, s.o.

Einzelförderung, s.o.

3.2.6.2 (Teil-)stationäre Rehabilitation

Blockförderung für alle Altersgruppen

4 bis 12 Teilnehmer,

1- bis 4-mal jährlich in 3 bis 4 wöchigen Blöcken,

6 bis 8 Stunden pro Tag

Angesichts der unterschiedlichen Zielgruppen können hier nur allgemeine Qualitätskriterien formuliert werden:

- größtmögliche räumliche und personelle Konstanz,
- möglichst stabile Zusammensetzung kooperationsfähiger Gruppen unter Berücksichtigung der Behinderungsform, individueller Kompetenzen und Förderziele,
- kontinuierliche, individuell und der Gruppe angemessene Weiterentwicklung der therapeutischen und pädagogischen Förderinhalte auch bei größeren zeitlichen Abständen der Blöcke,
- nachhaltig effektive praktische Unterweisung der Betroffenen selbst und der Eltern bzw. Betreuerinnen hinsichtlich einer zielführenden Konduktiven Fazilitation bei allen Aktivitäten des täglichen Lebens und hinsichtlich notwendiger manueller Hilfen zur Kontrakturprophylaxe (aktive und passive Dehnungsübungen),
- konkrete und allgemeinverständliche schriftliche Ausarbeitung der Förderziele, der Entwicklung und Fortschritte während der Blockförderung und Ausarbeitung präzise operationalisierter Hinweise für die TeilnehmerInnen selbst, Eltern, behandelnde Ärzte, Therapeutinnen, Mitarbeiterinnen der Tages-/Wohneinrichtung am Heimatort, insbesondere hinsichtlich einer zielführenden Unterstützung bei allen Verrichtungen des täglichen Lebens und geeigneter Hilfsmittel,
- detaillierte Aufklärung über und ggf. Veranlassung von notwendigen (fach-)ärztlichen Befundkontrollen,
- Erreichbarkeit der Fachkräfte zur Beratung zwischen den Förderblöcken, ggf. per E-Mail oder telefonisch.

Insbesondere bei schwerer betroffener Klientel ist die Förderung in Teiltagesgruppen oder zumindest Einzelförderung zwischen den Blöcken geboten.

Konduktives Internat für 6 - 18 Jährige, in der Regel angegliedert an oder integriert in Einrichtungen mit Konduktiven Schulklassen

Die Gruppengröße und -zusammenstellung sowie die Ausstattung mit Hilfsmitteln bzw. die ergonomische Gestaltung des Arbeitsplatzes für Schulaufgaben richtet sich nach Alter, Art und Schwere der Behinderungen der Schülerinnen und Schüler. Förderschwerpunkte sind hier die Selbstständigkeit bei allen Aktivitäten des täglichen Lebens, die kontinuierliche Mobilisierung und die Konduktive Begleitung beim schulischen Lernen und bei der individuellen Bewältigung dieser Lebensphase.



Konduktive Wohngruppe in der Regel ab 16 Jahre oder nach Ende des Schulbesuches

Die Gruppengröße und -zusammensetzung, Personaldichte und die Ausstattung mit Hilfsmitteln richtet sich wiederum nach Alter, Art und Schwere der Behinderungen der Bewohnerinnen und Bewohner, berücksichtigt ihre gesamten Lebensumstände und individuellen Möglichkeiten der Selbstverwirklichung. Der Tagesablauf wird nach den Grundsätzen Konduktiver Förderung organisiert, d. h. ein Höchstmaß an Selbstständigkeit und Eigeninitiative bei allen Aktivitäten des täglichen Lebens sowie kontinuierliche Mobilisierung realisiert, tägliche komplexe Konduktive Fördereinheiten sind integriert und eine Konduktive Lebensbegleitung der Gruppenmitglieder verwirklicht.

3.3 Rehabilitation und Eingliederung Erwachsener

Teiltagesgruppen, s.o.

Einzelförderung, s.o.

Blockförderung, s.o.

Konduktive Wohngruppe, s.o.

Konduktive Assistenz

Die Betroffenen werden individuell und kontinuierlich durch eine Konduktorin/Konduktive Gruppenassistentin an ihrem jeweiligen Ausbildungs- oder Arbeitsplatz, bei schwerst betroffene-

nen Erwachsenen auch in der Tagesförderstätte begleitet.

Allgemeines Ziel ist die Sicherung der multisensorisch, mental und physisch möglichst aktiven Teilnahme und/oder Teilhabe der Betroffenen.

Die Konduktive Assistentin führt den individuellen Lern- und Entwicklungsprozess nach den Grundsätzen Konduktiver Förderung am Arbeitsplatz oder Tätigkeitsort in Abstimmung mit den dortigen Mitarbeiterinnen und den jeweiligen Rahmenbedingungen weiter.

Sie organisiert insbesondere die ergonomische (Arbeits-)Platzgestaltung.

Wohn- und arbeitsbegleitende Maßnahmen

Wohn- und arbeitsbegleitende Maßnahmen unterscheiden sich von der Konduktiven Assistenz hinsichtlich der personellen Dichte und zeitlichen Frequenz. Die Konduktorin kann die Assistenz für mehrere Menschen mit cerebralen bedingten Beeinträchtigungen übernehmen und/oder in zeitlichen Intervallen zur fallbezogenen Fachberatung der Teams in der jeweiligen Einrichtung hinzugezogen werden. Schwerpunkt ihrer Tätigkeit ist hier die Sicherung einer kontinuierlichen Aktivierung der Persönlichkeit der Betroffenen bzw. deren größtmöglicher Eigenaktivität und Selbstständigkeit bei allen Aktivitäten des täglichen Lebens.

Alle Angebotsformen Konduktiver Förderung können von Fachkräften/Teams, die in der jeweiligen Einrichtung selbst tätig sind, oder von externen Anbietern erbracht werden. Es erscheint sinnvoll, dass Sozialpädiatrische Zentren in Ballungsgebieten oder freie Praxen im ländlichen Raum Konduktorinnen beschäftigen, die in unmittelbarer Kooperation mit bestehenden Einrichtungen Eltern-Kind- oder Teiltagesgruppen anbieten, Integrationsmaßnahmen begleiten, Blockförderung organisieren o.ä.

Verschiedene Einrichtungen bieten **Konduktive Sportkurse, Trainingsgruppen** oder **Freizeitmaßnahmen** an, die nicht/nicht immer den quantitativen Mindestanforderungen Konduktiver Förderung entsprechen, für die beteiligten Menschen mit sensorischen, motorischen oder Mehrfachbehinderungen aber häufig die einzige Möglichkeit komplex aktivierenden Gruppenerlebens darstellen.



4. Rechtliche Grundlagen für die Finanzierung der Konduktiven Förderung

Untersucht wird in der nachfolgenden Darstellung, welche Anspruchs- und Finanzierungsgrundlagen für die Konduktive Förderung nach Petö in Betracht kommen. Bei der in Ungarn entwickelten Methode handelt es sich um eine Komplexbehandlung, die sowohl pädagogische bzw. heilpädagogische als auch funktionell therapeutisch orientierte Aspekte umfasst.¹⁴ Aufgrund dieser verschiedenen Behandlungsansätze ist die rechtliche Einordnung der Konduktiven Förderung in das zergliederte deutsche Sozialleistungssystem problematisch. Dementsprechend war es in der Rechtsprechung lange umstritten, ob die Konduktive Förderung als medizinische Behandlung und damit als Leistung der Krankenversicherung oder als heilpädagogische Maßnahme und damit als Leistung der Sozialhilfe zu qualifizieren ist.

Von Bedeutung für die rechtliche Einordnung der Konduktiven Förderung nach Petö ist in erster Linie die Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) vom 21. Dezember 2004, die in Abschnitt 4.1 behandelt wird. Die bisherige Rechtsprechung zur Konduktiven Förderung wird in Abschnitt 4.2 dargestellt.

In Abschnitt 4.3 wird schließlich untersucht, welche Konsequenzen sich hinsichtlich der Finanzierbarkeit der Konduktiven Förderung aus der Entscheidung des G-BA und der bislang ergangenen Rechtsprechung ergeben.

4.1 Die Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses

Der G-BA ist ein Gremium der Gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten, Krankenhäusern und Krankenkassen. Die von ihm beschlossenen Richtlinien haben den Charakter untergesetzlicher Normen, das heißt, sie gelten für die gesetzlichen Krankenkassen, deren Versicherte und die behandelnden Ärzte sowie andere Leistungserbringer und sind für diese verbindlich. Der G-BA hat unter anderem die Aufgabe, den therapeutischen Nutzen neuer Heilmittel zu prüfen und in den Heilmittel-Richtlinien Empfehlungen für die Sicherung der Qualität bei der Leistungserbringung abzugeben.¹⁵

Vor dem Hintergrund, dass die Krankenkassen vermehrt mit Kostenübernahmeanträgen für die Konduktive Förderung nach Petö konfrontiert wurden, hatte der AOK-Bundesverband mit Schreiben vom 16. März 1995 beantragt, über die Methode im Arbeitsausschuss „Heil- und Hilfsmittel“ des G-BA zu beraten.¹⁶

4.1.1 Modellprojekt Konduktive Förderung nach Petö

Die Beratungen des Arbeitsausschusses wurden 1996 unterbrochen, um die Ergebnisse eines Modellvorhabens zur Konduktiven Förderung abzuwarten. Das betreffende Modellprojekt

wurde in den Jahren 1996 bis 2001 am Institut für Soziale Pädiatrie und Jugendmedizin der Ludwig-Maximilians-Universität München mit Unterstützung durch den Verband der Angestellten-Krankenkassen (VdAK) und des Arbeiter-Ersatzkassen-Verbandes (AEV) durchgeführt.¹⁷

Am 14. Mai 2003 wurden die Beratungen im Arbeitsausschuss des G-BA wieder aufgenommen. Die Besprechungsteilnehmer verständigten sich dabei unter anderem auf folgende Fragestellungen¹⁸:

- Kann durch die vorliegenden wissenschaftlichen Studien und/oder wissenschaftlich begründeten Expertenaussagen der therapeutische Nutzen der Konduktiven Bewegungstherapie nach Petö gemäß § 138 SGB V nachgewiesen werden?
- Handelt es sich bei der Bewegungstherapie überhaupt um Heilmittel oder ggf. um ärztlich kontrollierte Leistungen, die vergleichbar sind mit sozialpädiatrischen Leistungen?
- Für welche Patientenkontexte kommt die Bewegungstherapie nach Petö überhaupt in Betracht?

4.1.2 Konduktive Förderung nach Petö als nichtverordnungsfähiges Heilmittel – die Entscheidung des G-BA

Am 21. Dezember 2004 hat der G-BA beschlossen, die Konduktive Förderung nach Petö in Abschnitt a) der Anlage „Nichtverordnungsfähige Heilmittel“ der Heilmittel-Richtlinien aufzunehmen. In Abschnitt a) werden Maßnahmen aufgeführt, „deren therapeutischer Nutzen nach Maßgabe der BUB-Richtlinie nicht nachgewiesen ist.“¹⁹

In der Begründung des Beschlusses heißt es, dass sich aus den wissenschaftlichen Untersuchungen zwar Hinweise auf positive Wirkungen einer Konduktiven Förderung nach Petö bei Kindern mit einer infantilen Cerebralparese ergäben. Mangels methodisch sauberer Vergleichsuntersuchungen sei jedoch kein valider Nachweis des therapeutischen Nutzens hinsichtlich medizinisch relevanter Parameter der Konduktiven Förderung nach Petö im Vergleich zu anderen bereits etablierten medizinischen Behandlungsmethoden (u.a. Heilmittel aus dem Bereich der physikalischen Therapie, der Ergotherapie und der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie) möglich.²⁰

Für andere Indikationen (u.a. frühkindlicher Hirnschaden, Spina bifida, Multiple Sklerose) hätten sich keine aussagefähigen Studien zum Nachweis des therapeutischen Nutzens gefunden.²¹

a) Stellungnahme des BMGS zum Beschluss des G-BA

Das seinerzeit zuständige Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) hat den Beschluss des G-BA bei

der aufsichtsrechtlichen Prüfung nach § 94 SGB V nicht beanstandet, weil er sich nach Auffassung des Ministeriums im Rahmen des dem Bundesausschuss zustehenden Beurteilungsspielraum hält. In seiner Stellungnahme weist das Ministerium allerdings darauf hin, dass die Ergebnisse dem G-BA „durchaus den fachlichen Spielraum gelassen hätten, die konduktive Förderung nach Petö als verordnungsfähiges Heilmittel mit gewissen Anwendungsbeschränkungen (wie z.B. nur bei der Indikation infantile Cerebralparese) in die vertragsärztliche Versorgung aufzunehmen.“²²

b) Schriftverkehr des BMGS mit dem BVKM

Die adäquate Versorgung von Patienten mit einer infantilen Cerebralparese war nach Ansicht des Ministeriums mit dem Beschluss des G-BA nicht abschließend geregelt. In einem Schreiben des BMGS vom 24. März 2005 an den Bundesverband für Körper- und Mehrfachbehinderte (BVKM) heißt es, dass die gemeinsame Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen prüfen müsse, ob die Konduktive Förderung nach Petö bei infantilen cerebralen Störungen als Leistung der medizinischen Rehabilitation nach den Rehabilitationsrichtlinien erbracht werden könne.

Das BMGS hatte deshalb die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung am 7. April 2005 zu einem Gespräch eingeladen. Als Gesprächsergebnis wurde festgehalten, dass der Beschluss des G-BA kein Verbot bedeute „Maßnahmen nach Petö oder ähnliche auf diesem Wirkprinzip aufbauende Methoden im Rahmen der Frühförderung nach § 30 SGB IX und in sozialpädiatrischen Zentren nach § 109 SGB V²³ zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung anzuwenden“²⁴.

Die Vertreter der Selbstverwaltung sagten ferner zu, dass in dem zusammenfassenden Bericht des G-BA zur Konduktiven Förderung nach Petö klargestellt würde, dass sich der Nichtaufnahmebeschluss des G-BA nur auf die Qualifizierung von Petö als verordnungsfähiges Heilmittel nach den Heilmittel-Richtlinien beziehe.²⁵

c) Zusammenfassender Bericht des Unterausschusses „Heil- und Hilfsmittel“

Im zusammenfassenden Bericht des Unterausschusses Heil- und Hilfsmittel des G-BA über die Beratungen gemäß § 138 SGB V zur Konduktiven Förderung vom 18. Mai 2005 wird als Ergebnis der Beratungen unter anderem festgehalten, dass eine Verbesserung der bestehenden therapeutischen Optionen für die Behandlung der infantilen Cerebralparese wünschenswert sei. Die Konduktive Förderung nach Petö stelle hier grundsätzlich eine vielversprechende Alternative dar.²⁶

Weiter heißt es: „Eine Aufnahme der konduktiven Förderung als verordnungsfähiges Heilmittel in die vertragsärztliche Versorgung kann derzeit nicht empfohlen werden. Der Beschluss des G-BA die „Konduktive Förderung nach Petö“ nicht in den

Heilmittelkatalog aufzunehmen, bezieht sich damit nur auf die Qualifizierung der „Konduktiven Förderung nach Petö“ als Heilmittel gemäß der Heilmittel-Richtlinien.“²⁷

4.2 Rechtsprechung

Die Konduktive Förderung nach Petö war bereits Gegenstand zahlreicher Urteile. Da sich in der Vergangenheit häufig sowohl die gesetzlichen Krankenkassen als auch die Sozialhilfeträger an der Finanzierung von Leistungen nach der Konduktiven Förderung beteiligt haben, waren einerseits die Sozialgerichte mit der Frage befasst, ob es sich bei der Konduktiven Förderung um ein verordnungsfähiges Heilmittel und somit um eine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung handelt. Andererseits hatten die Verwaltungsgerichte darüber zu entscheiden, ob es sich bei der Konduktiven Förderung um heilpädagogische Leistungen und damit um Leistungen der Eingliederungshilfe handelt, die von den Sozialhilfeträgern zu finanzieren sind.

Seit dem Inkrafttreten des SGB XII am 1. Januar 2005 sind nicht mehr die Verwaltungsgerichte, sondern die Sozialgerichte für Verfahren in Angelegenheiten der Sozialhilfe zuständig. Sie haben also nunmehr auch darüber zu entscheiden, ob die Konduktive Förderung eine Leistung der Eingliederungshilfe darstellt.

Von zentraler Bedeutung für die Rechtsprechung zur Konduktiven Förderung nach Petö sind die Urteile des Bundessozialgerichts (BSG) vom 3. September 2003 (Az. B 1 KR 34/01 R sowie B 1 KR 19/02). In den betreffenden Urteilen ordnet das BSG die Konduktive Förderung zunächst den medizinischen Leistungen zu und stuft sie in seinen weiteren Ausführungen rechtlich als Heilmittel ein.

Sämtliche Entscheidungen von Verwaltungs- und Sozialgerichten, die nach diesen Grundsatzurteilen ergangen sind, nehmen auf die Bundessozialgerichtsentscheidungen Bezug. Die BSG-Urteile aus dem Jahr 2003 werden daher nachfolgend ausführlich dargestellt.

4.2.1 Urteile des Bundessozialgerichts vom 3. September 2003

Gegenstand des Verfahrens mit dem Aktenzeichen B 1 KR 34/01 R war die Kostenerstattung für eine Auslandsbehandlung nach der Konduktiven Förderung. Die 1992 geborene Klägerin leidet an einer infantilen Cerebralparese. Sie ist spastisch gelähmt und ihre Sprachentwicklung ist verzögert. Im April/Mai 1996 und im November/Dezember 1996 nahm sie jeweils an einem siebenwöchigen Behandlungszyklus am Petö-Institut in Budapest teil.

Die beklagte Krankenkasse, die für die erste Behandlungsperiode die Hälfte der entstandenen Kosten erstattet hatte, lehnte die Kostenübernahme für die zweite Förderperiode vollständig ab,

weil es sich nach ihrer Meinung bei der Konduktiven Förderung nicht um Krankenbehandlung, sondern um eine vorwiegend pädagogisch bzw. heilpädagogisch ausgerichtete Behindertenrehabilitation handele, für die die Krankenversicherung nicht aufzukommen habe.

Diese Einschätzung wird vom BSG nicht geteilt. Vielmehr handelt es sich nach Auffassung des Senats bei der Konduktiven Förderung um eine medizinische Behandlung oder Rehabilitation. Für die Abgrenzung zwischen medizinischen und nichtmedizinischen Maßnahmen und damit für die Zuständigkeit der Krankenkasse komme es in erster Linie auf die Zielsetzung der Maßnahme an. Falls eine Methode eines der in § 27 oder § 11 Absatz 2 SGB V genannten Ziele verfolge und dabei an der Krankheit selbst bzw. an deren Ursache einsetze, verliere der Umstand an Bedeutung, dass für die Behandlung vorwiegend pädagogische Mittel eingesetzt würden und das Berufsbild des Therapeuten („Konduktors“) eher dem des Lehrers und Erziehers als dem eines klassischen Heilberufs ähnele. Denn ein derartiger unmittelbarer Krankheitsbezug sei ein hinreichendes Indiz dafür, dass keine anderen Zwecke, wie die soziale Eingliederung, die Verbesserung schulischer oder beruflicher Fähigkeiten oder eine behindertengerechte Gesundheitsförderung im Vordergrund stünden. In diesem Punkt komme der Abschlussbericht über das Modellprojekt der Ersatzkassen zur Konduktiven Förderung zu der Einschätzung, dass rund 70 Prozent der Arbeit mit den behinderten Kindern auf eine Verbesserung der motorischen Fähigkeiten, also ein therapeutisches Ziel gerichtet seien.

Wesentlich sei in diesem Zusammenhang auch, welche Erwartungen der Leistungserbringer selbst mit seinem Vorgehen verbinde. Aus der Internetpräsentation des Petö-Instituts ergebe sich, dass die Konduktive Förderung den Anspruch erhebe, durch einen aktiven Lernprozess die motorischen Fähigkeiten der cerebral geschädigten Kinder zu verbessern und dabei sogar physiologische und anatomische Veränderungen im Zentralnervensystem zu bewirken. Es sei daher von einem medizinischen Charakter der Maßnahme auszugehen. Da es sich bei den Fördermaßnahmen nicht um ärztliche Behandlung, sondern um medizinische Dienstleistungen handele, die auf Verordnung eines Arztes durch besonders ausgebildete nichtärztliche Fachkräfte (Konduktoren) erbracht würden, seien sie rechtlich als Heilmittel im Sinne des § 32 SGB V einzustufen. Als neues Heilmittel unterliege die Konduktive Förderung dem Erlaubnisvorbehalt des § 138 SGB V. Das bedeute, dass sie vom Arzt nur verordnet werden könne, wenn der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen zuvor ihren therapeutischen Nutzen anerkannt und in den Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V Empfehlungen für die Sicherung der Qualität bei der Leistungserbringung abgegeben habe. Da dies bislang nicht geschehen sei, könne die Konduktive Förderung bislang nicht zu Lasten der Krankenversicherung verordnet werden.

Gegenstand des Parallel-Verfahrens mit dem Aktenzeichen B 1 KR 19/02 R war ebenfalls die Kostenerstattung für eine Auslandsbehandlung nach der Konduktiven Förderung. Die 1984

geborene Klägerin leidet auch an einer infantilen Cerebralparese. Streitig war die Erstattung von Kosten, die der Klägerin durch die Teilnahme an einer Voruntersuchung im Oktober 1996 sowie an einem vierwöchigen Behandlungszyklus am Petö-Institut im Januar 1997 entstanden sind. Auch in diesem Verfahren kommt das BSG aus den oben genannten Gründen zu dem Ergebnis, dass die Konduktive Förderung nicht zu Lasten der Krankenversicherung verordnet werden kann.

4.2.2 Rechtsprechung der Verwaltungsgerichte zur Konduktiven Förderung als Maßnahme der Eingliederungshilfe

Wie bereits oben ausgeführt, waren bis zum 31. Dezember 2004 die Verwaltungsgerichte für Verfahren in Angelegenheiten der Sozialhilfe zuständig. Bis zu diesem Zeitpunkt richtete sich die Gewährung von Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem Bundessozialhilfegesetz (BSHG).

a) Nach den Entscheidungen des BSG von 2003

Seit den Entscheidungen des BSG vom September 2003 haben sämtliche mit der Konduktiven Förderung befassten Verwaltungsgerichte die Konduktive Förderung als Leistung zur medizinischen Rehabilitation der Vorschrift des § 40 Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 BSHG zugeordnet²⁸. Gestützt wird diese Bewertung durchgängig auf die Urteile des BSG vom 3. September 2003 (Az. B 1 KR 34/01 R und B 1 KR 19/02 R).

Nach Auffassung der Gerichte scheitert ein Anspruch auf Übernahme der Kosten im Rahmen der Eingliederungshilfe daher an § 40 Absatz 1 Satz 2 BSHG. Denn nach dieser Vorschrift entsprechen die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach dem BSHG jeweils den Rehabilitationsleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Konduktive Förderung gehöre aber nicht zum Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenkasse.

b) Vor den Entscheidungen des BSG von 2003

Aus der Zeit vor den Entscheidungen des BSG vom September 2003 ist das Urteil des Oberverwaltungsgerichts (OVG) Lüneburg vom 22. Januar 2003 (Az. 4 LB 316/02) von Bedeutung. Das OVG hatte darüber zu entscheiden, ob die Konduktive Förderung als heilpädagogische Maßnahme im Rahmen der Hilfe zu einer angemessenen Schulbildung nach §§ 39, 40 Absatz 1 Nr. 3 BSHG i.V.m. § 12 Nr. 1 EingliederungshilfeVO vom Sozialhilfeträger zu finanzieren war.

Als es mit dem Verfahren im Jahr 2000 erstmals befasst war, hatte das OVG die Finanzierungspflicht des Sozialhilfeträgers verneint und zur Begründung ausgeführt, dass die vom Kläger beanspruchte Eingliederungshilfe nicht erforderlich gewesen sei, weil diese Behandlungsmethode (seinerzeit) noch nicht allgemein ärztlich oder fachlich anerkannt gewesen sei. Auf die Revision des Klägers hatte das Bundesverwaltungsge-

richt mit Urteil vom 30. Mai 2002 (Az. 5 C 36.01) das Urteil des OVG aufgehoben, die Sache zur anderweitigen Verhandlung und Entscheidung zurückverwiesen und dabei ausgeführt:

„Die Beurteilung der Eignung heilpädagogischer Maßnahmen im Rahmen der Hilfe zu einer angemessenen Schulbildung (§ 40 Absatz 1 Nr. 3 BSHG i.V.m. § 12 Nr. 1 Eingliederungshilfe-VO F. 1975) ist nicht – wie die Gewährung heilpädagogischer Maßnahmen für Kinder im Vorschulalter (§ 40 Absatz 1 Nr. 2 a BSHG i.V.m. § 11 Satz 1 EingliederungshilfeVO F. 1975) – an den Maßstab der allgemeinen oder sonstigen fachlichen Erkenntnis gebunden.“²⁹

Daraufhin hat das OVG durch Urteil vom 22. Januar 2003 entschieden, dass die Konduktive Förderung im Falle des Klägers eine geeignete und erforderliche Maßnahme gewesen sei, um ihm den Schulbesuch zu ermöglichen und im Ergebnis die Finanzierungspflicht des Sozialhilfeträgers bejaht.

4.2.3 Rechtsprechung der Sozialgerichte zur Konduktiven Förderung als Maßnahme der Eingliederungshilfe

Seit dem 1. Januar 2005 sind die Sozialgerichte für Verfahren in Angelegenheiten der Sozialhilfe zuständig. Die Gewährung von Leistungen der Eingliederungshilfe richtet sich seit dieser Zeit nach dem Sozialgesetzbuch XII (SGB XII).

Das Landessozialgericht Hamburg hat durch Beschluss vom 28. April 2005 (Az. L 3 B 68/05 ER SO) den Anspruch des Antragstellers auf Übernahme der Kosten für die Konduktive Förderung nach Petö als Leistung der Eingliederungshilfe abgelehnt. Nach der Rechtsprechung des BSG (Urteil vom 3. September 2003 – B1 KR 34/01 R) handele es sich rechtlich bei der Konduktiven Förderung um ein Heilmittel. Die Konduktive Förderung zähle damit zu den Leistungen der medizinischen Rehabilitation (§ 26 Absatz 2 Nr. 4 SGB IX). Wegen der aus § 54 Absatz 1 Satz 2 SGB XII sich ergebenden Leistungsbegrenzung werde sie als Leistung der Eingliederungshilfe dem Grunde nach nur dann geschuldet, wenn diese (auch) zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung gehöre. Dies sei aber aufgrund der Entscheidung des G-BA vom 21. Dezember 2004 nicht der Fall.³⁰

4.3 Mögliche Anspruchs- und Finanzierungsgrundlagen

Nachfolgend soll untersucht werden, welche Konsequenzen sich hinsichtlich der Finanzierbarkeit der Konduktiven Förderung aus der Entscheidung des G-BA und der bislang ergangenen Rechtsprechung ergeben. Als Kostenträger für Maßnahmen der Konduktiven Förderung nach Petö kommen die Krankenkassen (Abschnitt 4.3.1) und die Sozialhilfeträger (Abschnitt 4.3.2) in Betracht. Finanziert werden kann die Konduktive Förderung ggf. auch im Rahmen eines Persönlichen Budgets (Abschnitt 4.3.3)

sowie über die Implementierung der Konduktiven Förderung in bestehende Angebote (Abschnitt 4.3.4).

4.3.1 Konduktive Förderung als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung

Die gesetzliche Krankenversicherung könnte die Konduktive Förderung als Heilmittel oder als Bestandteil von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zu finanzieren haben.

a) als Heilmittel im Rahmen der ambulanten Versorgung

Gemäß § 27 Absatz 1 Satz 2 Nr. 3 i.V.m. § 32 SGB V haben Versicherte Anspruch auf Versorgung mit Heilmitteln. Nach der neueren Rechtsprechung sind Heilmittel alle ärztlich verordneten Dienstleistungen, die einem Heilzweck dienen und einen Heilerfolg sichern und nur von entsprechend ausgebildeten Personen erbracht werden dürfen³¹.

Voraussetzung für den Leistungsanspruch des Versicherten ist eine vertragsärztliche Verordnung (§ 73 Absatz 2 Nr. 7 SGB V). Bei der Verordnung ist der Vertragsarzt gemäß § 95 Absatz 3 und 4 SGB V an die Inhalte der Heilmittel-Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V gebunden.

Neue Heilmittel dürfen gemäß § 138 SGB V von Vertragsärzten nur verordnet werden, wenn der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen zuvor ihren therapeutischen Nutzen anerkannt und in den Heilmittel-Richtlinien Empfehlungen für die Sicherung der Qualität bei der Leistungserbringung abgegeben hat. Durch den Beschluss des G-BA vom 21. Dezember 2004 wurde die Konduktive Förderung nach Petö in Abschnitt a) der Anlage „Nichtverordnungsfähige Heilmittel“ der Heilmittel-Richtlinien aufgenommen.

Im Ergebnis kann eine vertragsärztliche Verordnung der Konduktiven Förderung als Heilmittel zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung somit nicht erfolgen.

b) als Bestandteil von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Nach § 27 Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V haben Versicherte Anspruch auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Voraussetzung für den Leistungsanspruch ist eine vertragsärztliche Verordnung (§ 73 Absatz 2 Nr. 5 SGB V).

Bei der medizinischen Rehabilitation im Sinne der gesetzlichen Krankenversicherung handelt es sich um eine Komplexleistung. Die in § 26 Absatz 2 SGB IX einzeln aufgeführten Leistungen (wie ärztliche Behandlung, Heilmittel, Belastungserprobung etc.) sind als Teile dieser Komplexleistung zu verstehen und von den gesetzlichen Krankenkassen als solche zur Verfügung zu stellen. Werden sie als Einzelleistungen erbracht, handelt es sich nicht um medizinische Rehabilitation³².

Die Konduktive Förderung nach Petö könnte als Bestandteil der Komplexleistung „medizinische Rehabilitation“ von der gesetzlichen Krankenversicherung zu finanzieren sein.

Allgemeine Anspruchsgrundlage für medizinische Leistungen zur Rehabilitation ist § 40 SGB V. Danach erbringt die Krankenkasse ambulante Rehabilitationsleistungen, wenn bei Versicherten eine ambulante Krankenbehandlung nicht ausreicht, um die in § 11 Absatz 2 SGB V beschriebenen Ziele zu erreichen (§ 40 Absatz 1 SGB V). Reichen auch ambulante Rehabilitationsleistungen nicht aus, erbringt die Krankenkasse stationäre Rehabilitation mit Unterkunft und Verpflegung in einer zertifizierten Rehabilitationseinrichtung (§ 40 Absatz 2 SGB V).

Um einen besonderen Fall von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation handelt es sich bei der Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder (§ 26 Absatz 2 Nr. 2 SGB IX).

Nachfolgend sollen zunächst die Ansprüche nach § 40 SGB V näher betrachtet werden.

aa) Ambulante Rehabilitationsleistung (§ 40 Absatz 1 SGB V)

Ambulante Rehabilitationsleistungen können entweder in Rehabilitationseinrichtungen erbracht werden, für die ein Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V besteht oder durch wohnortnahe Einrichtungen.

(1) Anforderungen an die Einrichtungen

Für die wohnortnahe Einrichtung nennt das Gesetz keine Anforderung. Die Leistungsgewährung in solchen Einrichtungen ist jedoch davon abhängig, dass „sie für eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten mit medizinischen Leistungen ambulanter Rehabilitation erforderlich ist.“ Das Bundessozialgericht wendet § 111 SGB V auf die Zulassung von wohnortnahen Einrichtungen teilweise entsprechend an³³.

Voraussetzung für den Abschluss eines Versorgungsvertrags nach § 111 SGB V ist unter anderem, dass die Rehabilitationseinrichtung die Anforderungen des § 107 Absatz 2 SGB V erfüllt (vgl. § 111 Absatz 2 Nr. 1 SGB V). Insbesondere muss die Einrichtung danach

„fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Verantwortung und unter Mitwirkung von besonders geschultem Personal darauf eingerichtet sein, den Gesundheitszustand der Patienten nach einem ärztlichen Behandlungsplan vorwiegend durch Anwendung von Heilmitteln einschließlich Krankengymnastik, Bewegungstherapie, Sprachtherapie oder Arbeits- und Beschäftigungstherapie, ferner durch andere geeignete Hilfen, auch durch geistige und seelische Einwirkungen, zu verbessern und den Patienten bei der Entwicklung eigener Abwehr- und Heilungskräfte zu helfen“ (§ 107 Absatz 2 Nr. 2 SGB V).

Außerdem muss die Zulassung für eine „bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung notwendig“ sein (§ 111 Absatz 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V).

Zur Entscheidung über den Abschluss eines Versorgungsvertrages sind die regional zuständigen Landesverbände der Krankenkassen und Verbände der Ersatzkassen berufen (§ 111 Absatz 2 Satz 1 SGB V). Die Landesverbände der Krankenkassen eines anderen Bundeslandes und die Verbände der Ersatzkassen können einem geschlossenen Versorgungsvertrag beitreten, soweit für die Behandlung der Versicherten ihrer Mitgliedskassen in der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung ein Bedarf besteht (§ 111 Absatz 2 Satz 3).

Die Vergütungen für Behandlungsleistungen werden von den Einrichtungen und den einzelnen Krankenkassen frei vereinbart (§ 111 Absatz 5 SGB V).

(2) Leistungen der Rehabilitationseinrichtungen

Darüber, welche konkrete Maßnahme Bestandteil einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation sein kann, enthält das SGB V keine Aussage. Auch die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, die auf der Grundlage des § 92 Absatz 1 Satz 2 Nr. 8 SGB V beschlossen worden sind, äußern sich hierzu nicht³⁴. In § 4 Absatz 2 der Richtlinien wird allerdings betont, dass Leistungen zur medizinischen Rehabilitation den Prinzipien der Komplexität und Interdisziplinarität unterliegen.

Auch in der „Gemeinsamen Rahmenempfehlung für ambulante und stationäre Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen auf der Grundlage des § 111 a SGB V“³⁵, die am 12. Mai 1999 von den Spitzenverbänden der Krankenkassen und 26 Spitzenorganisationen der Leistungserbringer beschlossen worden ist, wird unter Ziffer 5.2 festgehalten, dass medizinische Rehabilitationsleistungen komplex, interdisziplinär und individuell ausgerichtet sind. Sodann werden einzelne Maßnahmen aufgezählt, die Bestandteil medizinischer Rehabilitationsleistungen sein können. Genannt werden hier unter anderem physikalische Therapie (ggf. unter Nutzung ortsgebundener und ortsspezifischer Heilmittel) und Pädagogik.

Ferner heißt es unter Ziffer 5.2 der Rahmenempfehlungen:

„Die Rehabilitation erfordert die Anwendung medizinischer Maßnahmen individuell je nach Lage des Einzelfalls unter Berücksichtigung schulischer, beruflicher und sozialer Aspekte. Hierbei ist eine Verzahnung insbesondere der ärztlichen, psychologischen, psychotherapeutischen, physiotherapeutischen, ergotherapeutischen, logopädischen, pädagogischen, diätetischen und pflegerischen Versorgung unter Einschluss von Hilfen zur Bewältigung psychosozialer Problemlagen und zum Abbau von Risikofaktoren sowie ggf. der Unterstützung durch Bezugspersonen aus dem familiären, sozialen, schulischen und beruflichen Umfeld erforderlich.“

Zwar kommt den Rahmenempfehlungen keine Rechtsverbindlichkeit zu³⁶, die Betonung der Interdisziplinarität und der Verzahnung von physiotherapeutischen und pädagogischen Maßnahmen legt den Vertragspartnern aber nahe, dass es sinnvoll sein kann, Methoden wie die Konduktive Förderung nach Petö,

die sich aus medizinisch-therapeutischen und pädagogischen Elementen zusammensetzt, im Rahmen von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation einzusetzen.

Dem steht auch nicht der Beschluss, des G-BA vom 21. Dezember 2004 entgegen. Denn der Beschluss die „Konduktive Förderung nach Petö“ nicht in den Heilmittelkatalog aufzunehmen, bezieht sich nur auf die Qualifizierung der „Konduktiven Förderung nach Petö“ als Heilmittel gemäß der Heilmittel-Richtlinien.³⁷

In der Praxis wird dementsprechend bereits teilweise in Rehabilitationseinrichtungen die Behandlung nach der Konduktiven Förderung angeboten. Als Beispiel hierfür ist die Fachklinik Hohenstücken zu nennen. Die Fachklinik behandelt Säuglinge, Kinder und Jugendliche bis zum 21. Lebensjahr mit neurologischen Erkrankungen jeden Schweregrades. Sie hat einen Versorgungsauftrag als stationäre Rehabilitationseinrichtung und wird von allen gesetzlichen und privaten Krankenkassen, den Rentenversicherungsträgern (BfA und LVA) sowie den Unfallkassen und Berufsgenossenschaften, der Bundesknappschaft und Seekasse belegt. Eine teilstationäre Belegung für Patienten, die aus der Umgebung kommen und nachts zu Hause schlafen können, ist ebenfalls möglich.³⁸

Im Ergebnis kann eine vertragsärztliche Verordnung der Konduktiven Förderung als Bestandteil von Leistungen zur ambulanten medizinischen Rehabilitation somit zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung erfolgen.

bb) Stationäre Rehabilitationsleistung (§ 40 Absatz 2 SGB V)

Für die Finanzierbarkeit der Konduktiven Förderung als stationäre Rehabilitationsleistung gelten im wesentlichen dieselben Voraussetzungen, die unter 4.3.1 b) aa) bereits dargestellt wurden. Hinzu kommen muss bei Leistungen nach § 40 Absatz 2 SGB V allerdings, dass es sich um eine nach § 20 Absatz 2 a SGB IX zertifizierte Rehabilitationseinrichtung handelt.

Liegen die genannten Voraussetzungen vor, kann eine vertragsärztliche Verordnung der Konduktiven Förderung als Bestandteil von Leistungen zur stationären medizinischen Rehabilitation zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung erfolgen.

cc) Maßnahme der Früherkennung und Frühförderung (§§ 26 Absatz 2 Nr. 2, 30 SGB IX)

Behinderte und von Behinderung bedrohte Kinder haben Anspruch auf Leistungen zur Früherkennung und Frühförderung (§§ 26 Absatz 2 Nr. 2, 30 SGB IX). Hierbei handelt es sich um Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (§ 26 Absatz 2 Nr. 2 SGB IX).

Interdisziplinäre Frühförderung ist ein System professioneller und institutionalisierter Hilfen für Säuglinge, Kleinkinder und Kinder im Kindergartenalter, die behindert oder entwicklungsauffällig sind, sowie für deren Eltern und Familien. Die Professionalität ist gekennzeichnet durch Fachlichkeit der Mitarbeiterinnen und

Mitarbeiter in einer Berufsgruppe der medizinischen, pädagogischen oder psychologischen Disziplin, Interdisziplinarität und Ganzheitlichkeit des Verständnisses von kindlicher Entwicklung, Lebensweltorientierung fachlichen Handelns, Grundkenntnisse des Fachwissens und der Vorgehensweisen der anderen beteiligten Disziplinen, Wertschätzung der Autonomie des Kindes und seiner Familie.³⁹ Institutionalisiert ist die interdisziplinäre Frühförderung in Interdisziplinären Frühförderstellen und Sozialpädiatrischen Zentren.

Unter bestimmten Voraussetzungen werden im Rahmen der Früherkennung und Frühförderung medizinische Leistungen als Komplexleistung mit heilpädagogischen Leistungen erbracht (§ 30 Absatz 1 Satz 2 SGB IX). Die Konduktive Förderung nach Petö, die sowohl heilpädagogische als auch funktionell therapeutische Aspekte umfasst, findet damit im Bereich der Früherkennung und Frühförderung ein klassisches Anwendungsfeld. Dem entspricht es, dass nach Aussage der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung der Beschluss des G-BA kein Verbot bedeutet, „Maßnahmen nach Petö oder ähnliche auf diesem Wirkprinzip aufbauende Methoden im Rahmen der Frühförderung nach § 30 SGB IX und in sozialpädiatrischen Zentren nach § 109 SGB V zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung anzuwenden“.⁴⁰

Im Ergebnis kann eine vertragsärztliche Verordnung der Konduktiven Förderung als Bestandteil von Leistungen zur Früherkennung und Frühförderung somit zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung erfolgen.

4.3.2 Konduktive Förderung als Leistung der Sozialhilfeträger

Gemäß § 53 Absatz 1 Satz 1 SGB XII haben Menschen, die durch eine Behinderung wesentlich in ihrer Fähigkeit, an der Gesellschaft teilzuhaben, eingeschränkt oder von einer solchen wesentlichen Behinderung bedroht sind, Anspruch auf Leistungen der Eingliederungshilfe. Leistungen der Eingliederungshilfe sind unter anderem:

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (§ 54 Absatz 1 Satz 1 SGB XII i.V.m. § 26 SGB IX),

- heilpädagogische Leistungen für Kinder, die noch nicht eingeschult sind (§ 54 Absatz 1 Satz 1 SGB XII i.V.m. §§ 55 Absatz 2 Nr. 2, 56 SGB IX) sowie
- Hilfen zu einer angemessenen Schulbildung (§ 54 Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 i.V.m. § 12 EinglH-VO).

Die Hilfe zu einer angemessenen Schulbildung umfasst unter anderem auch heilpädagogische sowie sonstige Maßnahmen zu Gunsten körperlich und geistig behinderter Kinder und Jugendlicher, wenn die Maßnahmen erforderlich und geeignet sind, dem behinderten Menschen den Schulbesuch im Rahmen

der allgemeinen Schulpflicht zu ermöglichen oder zu erleichtern (§ 12 Nr. 1 EinglH-VO).

Bei der Konduktiven Förderung handelt es sich um ein komplexes Fördersystem mit sowohl medizinisch-therapeutischen als auch pädagogischen bzw. sozial-integrativen Anteilen und Zielen. Als heilpädagogische Leistung könnte die Konduktive Förderung somit vom Sozialhilfeträger zu finanzieren sein.⁴¹

Dies sieht die derzeitige sozialrechtliche Rechtsprechung anders⁴². Unter Hinweis auf die Entscheidungen des BSG vom 3. September 2003 ordnen die Sozialgerichte die Konduktive Förderung aufgrund ihrer Zielsetzung rechtlich den medizinischen Leistungen zu. Da die im Rahmen der Eingliederungshilfe geschuldeten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation den Rehabilitationsleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung entsprechen (§ 54 Absatz 1 Satz 2 SGB XII), bestehe ein Anspruch auf Konduktive Förderung als Leistung der Eingliederungshilfe dem Grunde nach nur dann, wenn diese (auch) zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung gehöre. Dies sei aber aufgrund der Entscheidung des G-BA vom 21. Dezember 2004 nicht der Fall.

Diese Rechtsprechung erkennt, dass sich der Beschluss des G-BA nur auf die Qualifizierung der Konduktiven Förderung nach Petö als Heilmittel gemäß der Heilmittel-Richtlinien bezieht.⁴³ Wie oben aufgezeigt wurde, schließt dieser Beschluss nicht aus, dass die Konduktive Förderung als Bestandteil von Leistungen zur ambulanten oder stationären Rehabilitation oder als Bestandteil von Leistungen der Früherkennung und Frühförderung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnet werden kann.⁴⁴

Verkannt wird ferner, dass sich beide BSG-Entscheidungen nur mit einer bestimmten Form der Konduktiven Förderung, nämlich der in Ungarn durchgeführten Blockförderung befassen haben. Die Klägerinnen in beiden Verfahren nahmen jeweils an mehrwöchigen Behandlungszyklen am Petö-Institut in Budapest teil.⁴⁵

Durch die Anpassung der Konduktiven Förderung an die Rahmenbedingungen des deutschen Rechts- und Hilfesystems hat die Methode aber mittlerweile in Deutschland ganz unterschiedliche Ausprägungen und Anwendungsfelder gefunden.⁴⁶ So wird die Konduktive Förderung beispielsweise in Kindertageseinrichtungen zur allgemeinen Entwicklungstärkung, in der frühkindlichen Bildung und zur Einübung alltäglicher Verrichtungen wie An- und Ausziehen, Hände waschen, Tisch decken, Essen oder Toilettengänge eingesetzt.⁴⁷ Es muss daher in jedem Einzelfall geprüft werden, ob mit der Konduktiven Förderung eher medizinische oder eher heilpädagogische Ziele verfolgt werden.

Im Ergebnis hängt es daher vom konkreten Einzelfall ab, ob es sich bei der Konduktiven Förderung um eine vom Sozialhilfeträger zu finanzierende Leistung der Eingliederungshilfe handelt.

4.3.3 Konduktive Förderung als Leistung im Rahmen eines Persönlichen Budgets

Seit dem 1. Januar 2008 haben Menschen mit Behinderung einen Rechtsanspruch auf ein Persönliches Budget. Das Persönliche Budget ist keine neue Leistung, sondern lediglich eine neue Form, in der Leistungen zur Teilhabe erbracht werden können. Bestandteil eines Persönlichen Budgets können ferner Leistungen der Pflegekassen sowie Leistungen der Krankenkassen sein, die nicht Leistungen zur Teilhabe sind. Das Persönliche Budget wird nur auf Antrag gewährt. Niemand ist gezwungen, ein Persönliches Budget in Anspruch zu nehmen.

a) Rechtliche Grundlagen

Zentrale Vorschrift für das Persönliche Budget ist § 17 SGB IX. Dort ist zum Beispiel festgelegt, welche Leistungen budgetfähig sind und welche Obergrenze das Budget nicht überschreiten darf. Ergänzend dazu regelt die Budgetverordnung das Bewilligungsverfahren, die Mindestinhalte der abzuschließenden Zielvereinbarung und die Kündigungsmöglichkeiten. In den einzelnen Leistungsgesetzen ist bestimmt, welche Leistungen der jeweilige Kostenträger als Persönliches Budget gewähren kann.

b) Voraussetzungen für die Budgetfähigkeit einer Leistung

In § 17 Absatz 2 Satz 1 und 4 SGB IX ist festgelegt, welche Leistungen in die Bemessung eines Persönlichen Budgets einbezogen werden können. Stets budgetfähig sind Ansprüche auf Leistungen zur Teilhabe (§ 17 Absatz 2 Satz 1 SGB IX). Die Erfordernisse „alltäglich“ und „regelmäßig wiederkehrend“ gelten für Teilhabeleistungen seit der Änderung von § 17 SGB IX durch das Verwaltungsvereinfachungsgesetz nicht mehr.⁴⁸ Damit sind originäre Teilhabeleistungen wie Leistungen zur medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Krankenversicherung grundsätzlich budgetfähig, soweit nicht rechtliche Hindernisse, insbesondere in den Leistungsgesetzen (§ 7 Satz 1 SGB IX), dem entgegenstehen.

Durch § 17 Absatz 2 Satz 4 SGB IX wird der Kreis der budgetfähigen Leistungen erweitert. Danach sind zum Beispiel auch die neben den Leistungen zur Teilhabe erforderlichen Leistungen der Krankenkassen, die sich auf alltägliche und regelmäßig wiederkehrende Bedarfe beziehen und als Geldleistungen oder Gutscheine erbracht werden können, budgetfähig.

c) Budgetfähigkeit der Konduktiven Förderung

Zu untersuchen ist, ob die Konduktive Förderung als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung im Rahmen eines Persönlichen Budgets zu finanzieren sein könnte. Budgetfähig könnte die Konduktive Förderung als Leistung der medizinischen Rehabilitation (siehe aa)) oder als Leistung zur Krankenbehandlung (siehe bb)) sein. Zu prüfen ist ferner, ob die Konduktive Förderung als Leistung der Eingliederungshilfe Bestandteil eines Persönlichen Budgets sein kann (siehe cc)).

aa) als Leistung der Krankenkasse zur medizinischen Rehabilitation

Wie oben bereits ausgeführt wurde, kann die Konduktive Förderung Bestandteil von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sein.⁴⁹ Allgemeine Anspruchsgrundlage für medizinische Leistungen zur Rehabilitation ist § 40 SGB V. Danach erbringt die Krankenkasse entweder ambulante oder stationäre Rehabilitationsleistungen in hierfür zugelassenen Einrichtungen.

Zum Teil wird bestritten, dass Leistungen in Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation in die Bemessung eines Persönlichen Budgets einbezogen werden können. Begründet wird dies damit, dass nach § 9 Absatz 2 SGB IX nur Sachleistungen zur Teilhabe, die nicht in Rehabilitationseinrichtungen auszuführen sind, auf Antrag der Leistungsberechtigten als Geldleistung erbracht werden können. Die Leistungserbringung nach § 17 Absatz 2-6 SGB IX durch Persönliches Budget wäre danach ein Unterfall der Leistungserbringung als Geldleistung nach § 9 Absatz 2 SGB IX.⁵⁰

Für diese Ansicht gibt es nach Auffassung von Welti jedoch weder vom Wortlaut, noch systematisch oder nach Sinn und Zweck der Normen Belege.⁵¹ Die getrennte Normierung in § 9 Absatz 2 SGB IX und in § 17 Absatz 2 SGB IX spreche dafür, dass der Gesetzgeber zwei unterschiedliche Modi einer von der Erbringung im Sach- und Dienstleistungssystem abweichenden Leistungserbringung schaffen wollte. Während § 9 Absatz 2 SGB IX den Fall eines punktuellen Ausweichens aus dem System des Sach- und Dienstleistungssystems für einzelne Leistungen im Kontext des Wunsch- und Wahlrechts regelt, sei das Persönliche Budget als umfassende Alternative zur traditionellen Leistungserbringung konzipiert. Entsprechend seien die Anforderungen beim Persönlichen Budget ausführlicher geregelt und böten durch den Abschluss der Zielvereinbarung die Möglichkeit, komplexe Sachverhalte und Bedarfslagen zu regeln und so auch den besonderen Bedingungen der Leistungserbringung in und durch Einrichtungen gerecht zu werden.

Leistungen in und durch Einrichtungen sind auch nicht generell von der Einbeziehung in ein Persönliches Budget ausgenommen, weil sie nicht alltäglich und regelmäßig wiederkehrend sind.⁵² Denn diese Anforderungen gelten für Leistungen zur Teilhabe in der aktuellen Gesetzesfassung nicht mehr.⁵³

Im Ergebnis kann die Konduktive Förderung daher als Leistung der medizinischen Rehabilitation Bestandteil eines Persönlichen Budgets sein.

bb) als Leistung der Krankenkasse zur Krankenbehandlung

Budgetfähig sind gemäß § 17 Absatz 2 Satz 4 SGB IX auch die neben den Leistungen zur Teilhabe erforderlichen Leistungen der Krankenkassen, die sich auf alltägliche und regelmäßig wiederkehrende Bedarfe beziehen und als Geldleistungen oder Gutscheine erbracht werden können. Dies können auch Leistungen zur Behandlung einer Krankheit sein (§§ 11 Absatz 2 Nr. 4, 27-52 SGB V). Als alltägliche und regelmäßig wiederkehren-

de Leistungen der Krankenbehandlung kommen unter anderem Heilmittel (§ 32 SGB V) in Betracht.⁵⁴

(1) Argumente gegen die Einbeziehung in ein Persönliches Budget

Einer Inanspruchnahme der Konduktiven Förderung als Heilmittel im Rahmen eines Persönlichen Budgets könnte das Leistungserbringungsrecht des SGB V entgegenstehen. Das Leistungserbringungsrecht umfasst Rechtsnormen, deren Gegenstand die Art und Weise der Leistungserbringung, die Festlegung der Preise für diese Leistungen sowie Festlegungen über die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungen sind. Das SGB V verfügt über ein besonders ausdifferenziertes Leistungserbringungsrecht (§§ 69 ff SGB V).

Leistungen der Krankenversicherung werden häufig durch Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses konkretisiert (§§ 92 Absatz 1, 135 Absatz 1 SGB V). Da diese Richtlinien nicht nur Teil des Leistungserbringungsrechts, sondern auch für die Versicherten verbindlich sind (§ 91 Absatz 9 SGB V), gestalten sie auch das Leistungsrecht. Die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses sind daher auch bei der Feststellung der voraussichtlich erforderlichen Leistungen zu beachten. Durch Richtlinien ausgeschlossene Leistungen können nicht als voraussichtlich erforderliche Leistungen der Krankenversicherung festgestellt werden.⁵⁵

Da die Konduktive Förderung nach Petö in Abschnitt a) der Anlage „Nichtverordnungsfähige Heilmittel“ der Heilmittel-Richtlinien aufgenommen wurde, steht das Leistungserbringungsrecht des SGB V einer Einbeziehung der Konduktiven Förderung als Heilmittel in ein Persönliches Budget entgegen.

(2) Argumente für die Einbeziehung in ein Persönliches Budget

Für die Einbeziehung der Konduktiven Förderung in ein Persönliches Budget spricht, dass eine umfassende Bindung der Leistungsform Persönliches Budget an das Leistungserbringungsrecht im Widerspruch zum Sinn und Zweck des Persönlichen Budgets steht. Durch das Persönliche Budget soll es behinderten Menschen ermöglicht werden, ihre Lebensumstände selbstbestimmt und eigenverantwortlich zu gestalten. Dies wird erreicht, indem der Anspruchsberechtigte die passenden Hilfeleistungen, die seinem individuellen Bedarf entsprechen, durch eigene Entscheidungen organisiert und in Anspruch nimmt.

Durch diese Konzeption gibt der Leistungsträger einen Teil seiner Verantwortung im Rahmen der Leistungserbringung an den Budgetnehmer ab. Eine umfassende Bindung an das Leistungserbringungsrecht lässt sich vor diesem Hintergrund nicht mit der Konzeption des Persönlichen Budgets vereinbaren.⁵⁶

Zentrales Steuerungsinstrument bei der Leistungserbringung durch ein Persönliches Budget ist gemäß § 4 Budgetverordnung die Zielvereinbarung. Diese enthält unter anderem Regelungen

über die Qualitätssicherung. Die Zielvereinbarung übernimmt daher Funktionen, die im traditionellen Leistungserbringungsrecht im Wesentlichen durch das Vertragsrecht zwischen Leistungsträger und Leistungserbringer bzw. das Vereinbarungsprinzip übernommen werden. Aus der Formulierung „in eigener Verantwortung“ (§ 17 Absatz 2 Satz 1 SGB IX) lässt sich ableiten, dass die Definitionsmacht über das Kriterium der Qualität jedenfalls zum Teil auf den Budgetnehmer übergehen soll.⁵⁷

Durch die Zielvereinbarung könnte sichergestellt werden, dass die Konduktive Förderung im Rahmen eines Persönlichen Budgets nach bestimmten Qualitätskriterien erbracht wird. Unter dem Gesichtspunkt der Qualitätssicherung spricht für die Budgetfähigkeit der Konduktiven Förderung zudem, dass ihr Nutzen in der Begründung des Beschlusses des G-BA grundsätzlich positiv bewertet wurde.⁵⁸ Festgestellt werden konnte lediglich kein Zusatznutzen gegenüber herkömmlichen bereits zugelassenen Therapieformen. Nach der Stellungnahme des BMGS hätte durchaus fachlicher Spielraum für eine Aufnahme der Konduktiven Förderung in die vertragsärztliche Versorgung bestanden.⁵⁹

(3) Fazit

Sinn und Zweck des in § 17 SGB IX geregelten Persönlichen Budgets sprechen für die Budgetfähigkeit der Konduktiven Förderung als Heilmittel. Dagegen spricht das Leistungserbringungsrecht des SGB V. Das Verhältnis zwischen dem SGB IX und dem besonderen Rehabilitationsrecht der Leistungsgesetze regelt § 7 SGB IX. Danach gilt das SGB IX für die Leistungen zur Teilhabe „soweit sich aus den für den jeweiligen Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen nichts Abweichendes ergibt“. Das Leistungserbringungsrecht des SGB V und damit die Heilmittel-Richtlinien gehen daher im Zweifel den allgemeinen Regelungen des § 17 SGB IX vor.

Im Ergebnis erscheint daher eine Klage auf Einbeziehung der Konduktiven Förderung als Heilmittel in ein Persönliches Budget nicht erfolgversprechend.

cc) als Leistung der Eingliederungshilfe

Leistungen der Eingliederungshilfe sind gemäß § 57 SGB XII budgetfähig. Im Einzelfall kann es sich bei der Konduktiven Förderung um eine Leistung der Eingliederungshilfe handeln.⁶⁰

Die Konduktive Förderung kann daher im Ergebnis in Einzelfällen als Leistung der Eingliederungshilfe Bestandteil eines Persönlichen Budgets sein.

4.3.4 Implementierung der Konduktiven Förderung in bestehende Angebote

Schließlich kann die Finanzierung der Konduktiven Förderung auch darüber erfolgen, dass die Konduktive Förderung in bestehende Angebote implementiert wird. Denkbar ist zum Beispiel, dass pädagogisches oder therapeutisches Personal, das in Förder- bzw. Sonderkindergärten oder an Förder- bzw. Sonderschu-

len beschäftigt ist und eine Zusatzausbildung zum Konduktor bzw. zur Konduktorin besitzt, Methoden der Konduktiven Förderung in die Betreuung, Ausbildung oder Behandlung behinderter Kinder einfließen lässt.

a) Förder- bzw. Sonderkindergärten

In Förder- bzw. Sonderkindergärten⁶¹ werden vor allem schwer- und mehrfach behinderte Kinder gefördert, die wegen ihrer Behinderung anderweitig oder in einem Regelkindergarten nicht oder nicht ausreichend gefördert werden können. Förderkindergärten sind Einrichtungen der Eingliederungshilfe und unterliegen den Vorschriften des Sozialhilferechts (SGB XII).

In Förderkindergärten sind häufig folgende Berufsgruppen tätig: Erzieher/innen, Heilpädagog/innen, Heilerziehungspfleger/innen, Physiotherapeut/innen, Ergotherapeut/innen, Logopäd/innen sowie Psycholog/innen. Die personelle Ausstattung der Einrichtung wird in der zwischen dem Einrichtungsträger und dem Träger der Sozialhilfe abzuschließenden Leistungsvereinbarung nach §§ 75 ff. SGB XII festgelegt.

Angeboten wird die Konduktive Förderung in diesem Rahmen beispielsweise vom „Sonderkindergarten an der Landesschule für Körperbehinderte Neubrandenburg“. Dort werden die Kinder nach ihren Krankheitsbildern in homogenen Gruppen zusammengefasst und fast ausschließlich gemeinsam behandelt. Im Tagesablauf wechseln sich ein Pritschenprogramm, ein Laufprogramm, und ein Handprogramm ab. Die Zusammenarbeit erfolgt in einem Team, aus Lehrer/innen, Erzieher/innen und Therapeut/innen bestehend. Die Kinder werden neurologisch und orthopädisch von Ärzt/innen begleitet.⁶²

b) Förder- bzw. Sonderschulen

Das Schulwesen liegt im Verantwortungsbereich der Bundesländer. In allen Bundesländern werden für die unterschiedlichen Arten von Behinderungen auch unterschiedliche Förderschulen (in manchen Ländern auch „Sonderschulen“ genannt) organisatorisch vorgehalten.⁶³

Die personelle Ausstattung von Förderschulen richtet sich nach den einschlägigen landesspezifischen schulrechtlichen Bestimmungen. An Förderschulen mit dem Förderschwerpunkt körperliche Entwicklung sind häufig neben Sonderschullehrer/innen Heilpädagog/innen, Heilerziehungspfleger/innen, Physiotherapeut/innen, Ergotherapeut/innen sowie Logopäd/innen beschäftigt.

Angeboten wird die Konduktive Förderung in diesem Rahmen beispielsweise von der „Landesschule für Körperbehinderte Neubrandenburg“. Im Schulalltag werden die Lerninhalte nach den Rahmenrichtlinien der Grundschule oder der Allgemeinen Förderschule mit den Bewegungsprogrammen der Konduktive Förderung miteinander verknüpft. Es erfolgt ein bewegungsmanenter Unterricht verbunden mit dem Pritschen- Lauf- und Handprogramm. Auch das Klassenzimmer ist mit Spezialmöbeln ausgestattet.⁶⁴



5. Perspektiven

Das Interesse von Eltern behinderter Kinder, insbesondere mit cerebralbedingten Bewegungsstörungen, an den Angeboten der Konduktiven Förderung ist ein unübersehbarer Hinweis auf die Defizite im bestehenden Rehabilitations- und Bildungssystem. Es ist gekennzeichnet durch

- mangelnde Ganzheitlichkeit der Sicht auf das Kind und bei der Durchführung Behandlung und Förderung,
- fehlende oder unzureichende Interdisziplinarität,
- fehlende Kontinuität und Nachhalt,
- mangelnde Transparenz hinsichtlich der Förderziele und ihrer Vermittlung gegenüber den Eltern
- und eine zu geringe Alltagsorientierung.



Im Verantwortungs- und Aufgabenbereich der Frühförder- einrichtungen und der Sozialpädiatrischen Zentren hat der Gesetzgeber versucht, den Mangel durch die Gestaltung der Leistungen als Komplexleistung zu beheben. Die Leistungen unterschiedlicher Fachdisziplinen und ihre Zuordnung zu unterschiedlichen Leistungsträgern sollen durch die Komplexleistung zusammengeführt werden und bedarfsgerecht, wie aus einer Hand, erbracht werden. Dabei soll sich die Komplexleistung an der Lebenswelt des Menschen mit Behinderung orientieren. Bekanntermaßen wird die Komplexleistung Frühförderung nur zögerlich, unzureichend oder gar nicht erbracht. Außerhalb des Frühförderbereichs und jenseits des Kleinkind- und Vorschulalters, in Tageseinrichtungen für Kinder, Schulen, Therapie- und Fördereinrichtungen, oder Einrichtungen der Rehabilitation und Teilhabe gibt es in der Regel keine Komplexleistung.

Konduktive Förderung realisiert, wie in dieser Schrift belegt wird, ein komplexes Förder- und Behandlungskonzept. Sie integriert gleichermaßen medizinisch-therapeutische wie auch (heil- und sonder-)pädagogische Elemente der Entwicklungsförderung, ist lebensweltorientiert und verbindet sie mit sozial-integrativen Zielen in allen alltagsrelevanten Bereichen. Eltern behinderter Kinder erleben die Notwendigkeit und die positiven Wirkungen komplexer Förder- und Behandlungskonzepte und versuchen, sie ihren Kindern z.B. in Form der Konduktiven Förderung zu erschließen. Sie erleben, welche Entwicklungsfortschritte ihre Kinder mit diesem Konzept machen können. Sie werden in dieser Einschätzung durch unabhängige Fachleute, die mit ihren Kindern umgehen, und durch eine Reihe von Untersuchungen bestätigt. Konduktive Förderung führt zu einer Verbesserung der Mobilität, der Kommunikation und der Alltagsgestaltung und Alltagsbewältigung. Für viele Eltern von jungen behinderten Kindern und von schwerer betroffenen Menschen ist die Konduktive Förderung gerade deshalb der richtige Weg, weil das Kind hier nie losgelöst von seinen Lebensumständen betrachtet wird und es in besondere Weise in den Förderprozess einbezogen ist. Durch kontinuierliche Hinweise und konkrete Anleitung fühlen sich die Eltern kompetent, die Entwicklung ihrer Kinder im Alltag zumeist mit spürbarem Erfolg zu unterstützen. Sie bleiben dabei in ihrer Elternrolle und werden nicht zu Co-Therapeuten.

Die vorliegende Schrift zeigt die Komplexität der Konduktiven Förderung als unabhängig von der jeweiligen Angebotsform zu realisierendes Förder- und Behandlungskonzept. Charakteristisch für die Konduktive Förderung ist die Konduktorin als Fachkraft und Verantwortliche für die Gestaltung der Förderung und Behandlung. Sie vereint die Interdisziplinarität in Bezug auf Menschen mit cerebral bedingten Bewegungsstörungen. Ihre Qualifikation besteht aus einer in Deutschland erworbenen oder anerkannten Basisqualifikation in einem Beruf aus dem medizinisch-therapeutischen oder dem (heil-, sonder-)pädagogischen Spektrum und einer konduktiven Zusatzausbildung nach den europäischen Standards. Die auf diese Weise qualifizierten Fachkräfte verstehen sich vorzugsweise als Spezialisten für Menschen mit cerebral bedingten sensorischen, motorischen und Mehrfachbehinderungen.

Seit der Nutzenbewertung der Konduktiven Förderung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss im Jahre 2004 haftet ihr das Stigma der Unwirksamkeit an. Dabei wird oft und gerne übersehen, dass die Beurteilung des Gemeinsamen Bundesausschusses sich ausschließlich auf die Qualifizierung der Konduktiven Förderung als ein im Rahmen der ambulanten Versorgung verordnungsfähiges Heilmittel bezog.

Ein Instrumentarium zur Beurteilung komplexer handlungsorientierter Förder- und Behandlungskonzepte, das auf eine umfassende Entwicklungsförderung und Alltagsgestaltung ausgerichtet ist, wäre zu fordern, lag der Beurteilung allerdings nicht zugrunde. Ein solches Instrumentarium ist erforderlich, um der

dynamischen Entwicklung behinderter Kinder in ihren sozialen Bezügen gerecht zu werden.

Konduktive Förderung ist kein Heilmittel. Insofern geht die Beurteilung ins Leere. Konduktive Förderung ist eine Komplexleistung, die sich unter den beschriebenen Bedingungen gut in das bestehende System der Rehabilitation und Bildung einfügt. Damit kann sich die Konduktive Förderung zu einem spezialisierten Angebot für Menschen mit cerebrally bedingten Bewegungsstörungen in Deutschland entwickeln. Ihre hohe Wirksamkeit und

ten Förder- und Behandlungskonzept entscheidenden Einfluss auf seine Wirksamkeit bei den behinderten Kindern hat. Die Eltern behinderter Kinder sollten die Chance haben, sich zwischen verschiedenen Konzepten entscheiden zu können. Nur so können sie ihr in den Sozialgesetzbüchern verbrieftes Wunsch- und Wahlrecht ausüben. Betroffene Eltern, Menschen mit Behinderung, medizinisch-therapeutische, pädagogische, psychologische und Konduktive Fachkräfte fordern, die Konduktive Förderung als sinnvolle, in vielen Fällen als notwendige Ergänzung des etablierten Förder- und Rehabilitationsangebotes in

Deutschland zu ermöglichen. Hierfür ist die Schaffung adäquater Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten zur Konduktorin oder zur Fachkraft mit Konduktiver Zusatzausbildung auf hohem Niveau notwendig.

Die weitere Perspektive wird davon abhängen, ob Konduktive Förderung in ihrer Komplexität erkannt und anerkannt wird und eine ihrem Charakter entsprechende Kostenbeteiligung der Leistungsträger nach dem SGB V (gesetzliche Krankenversicherung) und nach dem SGB XII (Sozialhilfeträger) erreicht werden kann. Im Interesse der behinderten Kinder und ihrer Eltern, genauso wie generell im Interesse von Menschen mit Behinderung, sind alle Verantwortlichen aufgefordert, die dafür erforderlichen Voraussetzungen zu schaffen und der Konduktiven Förderung eine gleichberechtigte Integrationschance zu eröffnen. Behinderten Menschen, die von der Konduktiven Förderung profitieren können, darf sie nicht vorenthalten werden.



der schonende Ressourceneinsatz stellen sicher, dass dies in der Regel mit dem gleichen Mitteleinsatz zu realisieren ist wie bei anderen bedarfsgerechten Förder- und Behandlungskonzepten.

Es ist nicht nur durch die Erfahrung der Elternorganisationen belegt, dass die Haltung der Eltern gegenüber dem angewand-

- 1) Bei Menschen mit später im Leben erworbenen Hirnverletzungen
- 2) Unter anderem durch die seither verfügbaren Untersuchungsmethoden für die Funktionsweise des menschlichen Gehirns (PET, MRT usw.)
- 3) Siehe hierzu:
Joachim Bauer, Warum ich fühle was du fühlst - Intuitive Kommunikation und das Geheimnis der Spiegelneurone, Hoffmann und Campe, Hamburg 2005; Eric Kandel, Larry R. Squire, Gedächtnis – Die Natur des Erinnerns, Spektrum Akademischer Verlag, Heidelberg 1999; Gerd Kempermann, Adult Neurogenesis – Stem Cells and Neuronal Development in the Adult Brain, Oxford University Press, 2006; Gerhard Roth, Aus der Sicht des Gehirns, Suhrkamp, Frankfurt 2003; Manfred Spitzer, Lernen: Gehirnforschung und die Schule des Lebens, Spektrum Akademischer Verlag, Heidelberg 2002; Manfred Spitzer, Medizin für die Pädagogik, in: Die Zeit, Nr. 39, 18.9.2003; Manfred Spitzer, Wulf Bertram u.a., Braintertainment, Stuttgart 2007
- 4) Zuvor galt die Internationale Klassifikation der Schädigungen, Behinderungen, Beeinträchtigungen.
Die ICF folgt dem so genannten bio-psycho-sozialen Modell – in Abgrenzung vom rein bio-medizinischen Modell. Nicht nur hinsichtlich der Benennung, sondern auch hinsichtlich des Verständnisses von Gesundheit – Krankheit – Behinderung fand ein Paradigmenwechsel statt:
- 5) Nach den positiven Erfahrungen mit blinder Klientel innerhalb heterogen zusammengesetzter konduktiver Gruppen in Dänemark ist dies kein absolutes Ausschlusskriterium.
- 6) Am Petö-Institut in Budapest und im National Institute in Birmingham bestehen die Teams in der Regel ausschließlich aus Konduktoren/Konduktor-Studentinnen.
- 7) Die Mindestanforderungen an Fachpersonal werden gesondert ausgearbeitet
- 8) s.o., Fußnote Nr. 7
- 9) Handbuch zum EU Projekt 87886 CP-1-AT-2000-COMENIUS-C31
- 10) Europaweit gültige, personelle und quantitative Mindestanforderungen wurden unter Punkt 1.4 genannt
- 11) Die Erwachsenenförderung wird hier der Vollständigkeit halber genannt; sie wird als Block- oder Einzelförderung, in Teiltagesgruppen oder als wohn- und arbeitsbegleitende Maßnahme (Konduktive Assistenz) durchgeführt.
- 12) Konduktive Frühförderung ist dem Wesen nach keine Einzelmaßnahme, sondern Anleitung von Eltern und familiärem Umfeld, finden also im altersentsprechenden sozialen Kontext statt.
- 13) Existiert bei Kindern mit IZP häufig im Alter von etwa 9 bis 11 Jahren; das Reduzieren oder Absetzen der antikonvulsiven Medikamente erhöht außerdem zumeist die Vigilanz und damit Aufnahme- und Lernfähigkeit.
- 14) Abschlussbericht, Seite 6
- 15) § 138 SGB V
- 16) Abschlussbericht, Seite 305
- 17) zu den Ergebnissen: von Voss/Blank, Modellprojekt Petö, ErSK 2002
- 18) vgl. hierzu und im folgenden: Abschlussbericht, Seite 306
- 19) Abschlussbericht, Seite 309
- 20) Abschlussbericht, Seite 310
- 21) Abschlussbericht, Seite 311
- 22) Stellungnahme des BMGS vom 14.03.2005 zum Beschluss des G-BA zur „Konduktiven Förderung nach Petö“ vom 21. Dezember 2004
- 23) Gemeint ist § 119 SGB V
- 24) Schreiben des BMGS an den BVKM vom 27. April 2005
- 25) Schreiben des BMGS an den BVKM vom 27. April 2005
- 26) Abschlussbericht, Seite 7
- 27) Abschlussbericht, Seite 7
- 28) vgl. OVG Rheinland-Pfalz, Urteil vom 1. September 2004, Az. 12 A 10886/04; BayVG, Beschluss vom 25. November 2004, Az. 12 CE 04.2263; VGH Baden-Württemberg, Beschluss vom 24. Mai 2005, Az. 7 S 189/05
- 29) BVerwG, Urteil vom 30. Mai 2002, NDV-RD, 2002, Seite 79
- 30) im Ergebnis ebenso: SG Hamburg, Beschluss vom 3. März 2005, Az. S 55 SO 89/05 ER; SG Osnabrück, Urteil vom 3. April 2007, Az. S 16 SO 193/05
- 31) Höfler in KassKomm Bd 1, § 32 SGB V, Rn. 7
- 32) Gemeinsames Rundschreiben der gesetzlichen Krankenkassen zu den Auswirkungen des SGB IX in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 18. Juni 2001, S. 67
- 33) Höfler in KassKomm Bd 1, § 40 SGB V, Rn. 10
- 34) vgl. Rehabilitations-Richtlinien vom 16. März 2004
- 35) Zu beachten ist, dass § 111 b SGB V, der an die Stelle des bisherigen § 111 a SGB V getreten ist, durch das GKV-WSG zum 31. März 2007 aufgehoben wurde. Die Spitzenverbände der Krankenkassen empfehlen jedoch die weitere Berücksichtigung der Aussagen der Gemeinsamen Rahmenempfehlung vom 12. Mai 1999, sofern diese nicht neuen Richtlinien, Rahmenempfehlungen oder anderen Grundsatzpapieren im Bereich Vorsorge und Rehabilitation widersprechen (siehe auch Kommentierung im Gemeinsamen Rundschreiben zu den leistungsrechtlichen Vorschriften des GKV-WSG vom 09. März 2007).
- 36) Hess in KassKomm Bd 1, § 111 b SGB V, Rn. 3
- 37) Siehe dazu die Ausführungen unter 4.1.2 c)
- 38) Weitere Informationen zur Fachklinik Hohenstücken sind unter www.fachklinik-hohenstuecken.de zu finden.
- 39) Arbeitshilfe des BVKM zur FrühV, Seite 13
- 40) Siehe dazu die Ausführungen unter 4.1.2 b)

- 41) so im Ergebnis das Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 30. Mai 2002 (Az. 5 C 36.01). Allerdings ist das Bundesverwaltungsgericht in dieser Entscheidung ohne weitere Begründung davon ausgegangen, dass es sich bei der Konduktiven Förderung um eine heilpädagogische Maßnahme handelt. In seinem Kern befasst sich das Urteil nämlich nur mit der Rechtsfrage, ob für heilpädagogische Maßnahmen im Rahmen der Hilfe zu einer angemessenen Schulbildung der Maßstab der allgemeinen ärztlichen oder sonstigen fachlichen Erkenntnis oder nur derjenige der Geeignetheit und Erforderlichkeit gilt. Die Abgrenzung zwischen heilpädagogischen und medizinischen Maßnahmen war dagegen nicht Gegenstand des Verfahrens.
- 42) Siehe dazu die Ausführungen unter 4.2.3
- 43) Siehe dazu die Ausführungen unter 4.1.2 c)
- 44) Siehe dazu die Ausführungen unter 4.3.1 b)
- 45) Siehe dazu die Ausführungen unter 4.2.1
- 46) Siehe dazu die Ausführungen unter Kapitel 3
- 47) Siehe dazu die Ausführungen unter 3.2.3
- 48) Welti, Seite 53
- 49) Siehe dazu die Ausführungen unter 4.3.1 b)
- 50) So Benz, BG 2005, Seite 321, 324
- 51) Welti, Seite 54 f.
- 52) so aber Fuchs in: Fuchs/Bihr/Krauskopf/Ritz, SGB IX, § 17 Rn. 21
- 53) Siehe dazu die Ausführungen unter 4.3.3 b)
- 54) Welti, Seite 70
- 55) Welti, Seite 58
- 56) Welti, Seite 50
- 57) Welti, Seite 51
- 58) Siehe dazu die Ausführungen unter 4.1.2
- 59) Siehe dazu die Ausführungen unter 4.1.2 a)
- 60) Siehe dazu die Ausführungen unter 4.3.2
- 61) Im folgenden wird der Ausdruck „Förderkindergarten“ verwendet.
- 62) vgl. <http://www.lfk-neubrandenburg.de/foerderung/index.htm>
- 63) Im folgenden wird der Ausdruck „Förderschulen“ verwendet.
- 64) vgl. <http://www.lfk-neubrandenburg.de/foerderung/index.htm>

Hinweis

Die AutorInnen haben sich in dieser Denkschrift auf einige wenige Quellenhinweise zum Kapitel 1.1.3, Grundlagen Konduktiver Förderung, beschränkt. Sie verweisen zur weiteren Vertiefung oder Recherche auf Literatur aus verwandten Fachgebieten, deren Ergebnisse die Konduktive Förderung stützen, insbesondere auf die folgenden Internetseiten:

www.conductive-education.org.uk

www.peto.hu

www.konduktorenverband.de

Literaturhinweise zu Kapitel 1.1.3

Joachim Bauer: Warum ich fühle was du fühlst – Intuitive Kommunikation und das Geheimnis der Spiegelneurone. Hoffmann und Campe, Hamburg 2005

Eric Kandel; Larry R. Squire: Gedächtnis – Die Natur des Erinnerns. Spektrum Akademischer Verlag, Heidelberg 1999

Helga Keil-Bastendorff: Unveröffentlichtes Abstract des Vortrages: Der andere Weg des motorischen Lernens. Symposium in Wien 2003

Gerd Kempermann: Adult Neurogenesis – Stem Cells and Neuronal Development in the Adult Brain. Oxford University Press 2006

Gerhard Roth: Aus der Sicht des Gehirns. Suhrkamp, Frankfurt 2003

Manfred Spitzer: Lernen: Gehirnforschung und die Schule des Lebens. Spektrum Akademischer Verlag, Heidelberg 2002

Manfred Spitzer: Medizin für die Pädagogik, in: Die Zeit, Nr. 39, 18.9.2003

Manfred Spitzer, Wulf Bertram u.a.: Braintertainment. Schattauer GmbH, Stuttgart 2007

Literaturhinweise zu Kapitel 4

Bihr/Fuchs/Krauskopf/Ritz (Hrsg.): SGB IX-Kommentar und Praxishandbuch. Asgard 2006

Kasseler Kommentar (KassKomm), Sozialversicherungsrecht, Band 1. München 2008

Konduktive Förderung nach Petö, Zusammenfassender Bericht des Unterausschusses „Heil- und Hilfsmittel“ des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Beratungen gemäß § 138 SGB V, 2005

Müller-Fehling: Arbeitshilfe zur Verordnung zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder, Informationsschrift des Bundesverbandes für Körper- und Mehrfachbehinderte. Düsseldorf 2003

Voss/Blank: Modellprojekt Petö. ErSk 2002

Welti/Rummel: Rechtsfragen des Persönlichen Budgets nach § 17 SGB IX. Gutachten im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung der modellhaften Erprobung Persönlicher Budgets nach § 17 Absatz 6 SGB IX. 2007



Konduktive Einrichtungen in Deutschland Stand 2008

BL	Einrichtung	Ansprechpartner Kontakt	Teamzusammensetzung	Angebot Kontinuierliche o. Blockförderung? Zielgruppen, Anzahl der geförderten Personen	Finanzierung
1	Baden-Württemberg FortSchrift Freiburg e.V.	Regina Huber Vorstand Matthias-Grünwald-Str. 13 79100 Freiburg Tel.: 0761/408520 Fax: 0761/7901041 vorstand@fortschritt-freiburg.de	Diplom Konduktoren extern	Blocktherapien 20 Kinder und Jugendliche	Eltern
2	Baden-Württemberg FortSchrift Nürtingen e.V.	Dietrich Crüsemann Herr Veith Vorstände Kreuzkirchstraße 6 72622 Nürtingen Tel.: 07022/933390 Herr D. Crüsemann Kirchplatz 2 73312 Geislingen Tel.: 07331/42755 Dietrich.cruesemann@t-online.de	Diplom Konduktoren extern	Blocktherapien 20 Kinder und Jugendliche	Eltern
3	Baden-Württemberg FortSchrift Ulm e.V.	Christine Filius Vorstand Friedrichsau 2 89073 Ulm Tel.: 0731/9274882 Fax: 0731/9274795 fortschritt-uhl@t-online.de Priv: Riedleinweg 29 89075 Ulm Tel.: 0731/51255 Fax: 0731/9664222	Diplom Konduktoren Kontakt: Monika Bayer, Dipl.Kond. bayerm@freemail.hu	Ganzjährig Schule Blocktherapien 20 Kinder	Schule Land Vorschule Spenden
4	Bayern Privates Förderzentrum Aschau	Elmar Kuhn Geschäftsführer Bernauer Straße 18 83229 Aschau/Chiemgau Tel: 08052/1711500	3 Dipl. Kond 2 SoL Kontakt: Zsuzsa Hadhazi, Dipl. Kond. hadha@web.de Dagmar Herrler, SoL, PtK Dagmar.Herrler@gmx.de Tel: 08032/707372	2 konduktive Schulklassen FZ Aschau: Klasse 2/3/4, derzeit 10 Kinder, mit konduktiver Tagesstätte Fortschritt Starnberg; Klasse 1 mit HPT Aschau, derzeit 5 Kinder	Schule FZ Aschau und Reg. von Oberbayern Kond. Tagesstätte Fortschritt Starnberg und Bezirk O.B HPT KF1 Behandlungszentrum Aschau und Bezirk Oberbayern
5	Bayern KWA Klinik Stift Rottal	Dr. Christoph Garner Ärztlicher Direktor Max-Köhler-Straße 3 94086 Bad Griesbach Frau Seeger Chefarztsekretärin Tel.: 08532/87 461 Fax: 08532/87913 www.kwa-klinik.de	Dipl. Konduktoren über Fortschritt Starnberg	4 x im Jahr für 3 Wochen	Elternbeitrag von z.Zt. 350 €
6	Bayern Schulförderzentrum gGmbH Träger: Hilfe für das behinderte Kind e.V.	Siegrid Ott-Beterke Schulleiterin Leopoldstraße 61-63 96450 Coburg Tel: 09561 / 826740 Fax: 09561-8267-15 w.michel@behindertenhilfe-coburg.de www.behindertenhilfe-coburg.de	1 PtK Kontakt: Katy Fiedler, PtK Katy@Arndta.de	Konduktive Elemente in einer Gruppe 2x 90 Min/Woche	Integriert in teilstationäre Leistung des Kostenträgers
7	Bayern FortSchrift Dürmentingen e.V.	Wolfgang Wörner Vorstand Steinachweg 3 88525 Dürmentingen Tel.: 07371/447614 wwoerner@duermentingen.de	Dipl. Konduktoren über Fortschritt Starnberg	Blocktherapien 20 Kinder	Eltern Spenden
8	Bayern Lebenshilfe für Menschen mit Behinderung Stadt u. Landkreis Hof e.V. Therapeutisch-Pädagogisches Zentrum	Sabine Wejwer Therapieleitung Am Lindenbühl 10 95032 Hof Tel 0 92 81 / 75 52 55 sabine.wejwer@lebenshilfe-hof.de	2 PtK Kontakt: Brigitte Ordnung, HFL, PtK Daniela Hetzel, KG, PtK	Kontinuierliche Förderung in klassenüber- greifenden Gruppen für Kinder ab 2 Jahren/ mehrmals die Woche Sommerförderwochen (5 Kinder im Vor- und Grundschulalter)	Integriert in teilstationäre Leistung des Kostenträgers
9	Bayern Astrid-Lindgren-Haus Heilpädagogische Kindertagesstätte	Andrea Ferrari Leiterin Schwalbenweg 63 87439 Kempten Tel.: 0831/5911370 Fax: -/5911399 als-kempten@t-online.de	1 PtK Kontakt: Dietlind Manke, PtK	Konduktive Elemente in einer SVE Gruppen bis 13 Jahre aus 2 Klassen, ca. 8 Kinder	Regierung

	BL	Einrichtung	Ansprechpartner Kontakt	Teamzusammensetzung	Angebot Kontinuierliche o. Blockförderung? Zielgruppen, Anzahl der geförderten Personen	Finanzierung
10	Bayern	Sankt-Martin-Schule	Martin Lederle Rektor Am Wäldele 28 88161 Lindenberg Tel: 08381/92778-0	1 PtK Kontakt: Sabine Weber, PtK traumsamensprueher@freenet.de	Es wird mit konduktiven Elementen in einer Klasse von geistig behinderten Kindern gearbeitet,	Regierung von Schwaben
11	Bayern	FortSchrift München e.V. Träger: FortSchrift Starnberg e.V.	Dr. Helmut Hörtnier Steinröscheweg 14 80995 München Tel: 0 89 / 1 50 77 71 hoertner@t-online.de	Dipl. Kond. über Fortschritt Starnberg	Blocktherapie	Eltern
12	Bayern	Bayerische Landesschule für Körperbehinderte Konduktive Tagesstätte Johann Nepomuk von Kurz Stiftung	Herrmann Behrens Stiftungsvorsitzender Bert Mehler Schulleitung Kurzstr. 2 81547 München Tel: 089/64258148 kurz-stiftung@t-online.de	4 Dipl. Kond. Kontakt: Anna Mária Pintér, Dipl. Kond. pinteran@web.de	Konduktive Tagesstätte 15 Kinder	Entgelt für Teilstationäre teilstationäre Unterbringung ab 1.8.08 Bezirk Oberbayern
13	Bayern	Stiftung Pfennigparade Phoenix konduktives Förderzentrum GmbH	Beate Höß-Zenker Geschäftsführerin Oberförhringerstr. 150 80804 München Tel.:089/83936393 Fax: 089/83936395 beate.hoess-zenker@phoenix-kf.de	Dipl. Konduktoren, PtK, SoL, Erzieher, Therapeuten Kontakt: Mariann Stelczerné- Oberszt mariann.stelczerne- oberszt@phoenix-kf.de	Konduktives Konzept im Rahmen von Heilpädagogischer Tagesstätte, Schule und Internat ab 10 Monate bis ins Erwachsenenalter Kleinkindgruppe, 3 SVE Gruppen 6 Schulklassen Nachmittagsgruppe, Internat, Förderblöcke Sommerförderwochen 102 Kinder und Jugendliche	Bezirk Obb. (ab 1.8.08) Entgelt für Teil- und Vollstationäre Unterbringung Kultusministerium/ Regierung Elternbeiträge Spenden
14	Bayern	Diakonie Neuendettelsau Förderzentrum St. Laurentius	Franz Haselmann Sonderschullektor Am Kohlschlag 7 91564 Neuendettelsau Tel: 09874/86320 Fax:09874/86435	1 PtK Kontakt: Birgit Aßner, PtK BirgitAssner@gmx.de	1 SVE-Gruppe von 3-4 Kindern mit geistiger Behinderung, wird mit konduktiven Elementen gearbeitet,	SVE über Kultusministerium Regierung
15	Bayern	FortSchrift Starnberg e.V. Konduktive Tagesstätte	Peter von Quadt Vorstand Ferdinand-von-Miller-Str. 14 82343 Niederpöcking Tel: 08151/2041 Fax: 08151/72986 verein@fortschritt-starnberg.de	Dipl. Konduktoren Kontakt: Zsuzsa Balázs Dipl.Kond. T: 08151/9169492 zsuzsanna.balazs@carpo.de	Kleinkinder bis 3 Jahre Kindergarten- und Vorschulkinder, Schulkinder, wöchentliche Förderung und Blocktherapien Erwachsenförderung, 170 Kinder und Erwachsene	Landkreis Eltern
16	Bayern	Förderzentrum für Behinderte	Gunda Daschner Sonderschullektorin Bertha-von-Suttner-Str. 29 90439 Nürnberg Tel.: 0911/9617840 Fax : 0911/9617826 gunda.daschner@bezirk- mittelfranken.de	3 PtK Kontakt: Friederike Bock, PT, PtK, PtK-Ref. f.bock@gmx.de	Elemente der Konduktiven Förderung 6 Gruppen Klassenübergreifend 2x/Woche	Kultusministerium Regierung
17	Bayern	Verein für Menschen mit Körperbehinderung e.V.	Anita Moos-Hlavacek Geschäftsführerin Zerzabelshofstr. 29 90478 Nürnberg Tel.: 0911/4626350 Fax: 0911/4623510 moos@behinderte-nuernberg.de	2 Dipl.Kond KiGa KoMet: 1Dipl. Kond 1Soz. Päd. 1Montessori-Erzieherin Kontakt: Adrienn Pelikán, Dipl. Kond. T:0911/9363009 info@konduktive-boxdorf.de	Vorbereitende Einzelförderung, Kindergartengruppe im Blockform 3-4x/Jahr, ca. 3 Kinder Integrativer Kindergarten KoMet mit 15 Kindern, davon 5 Behindert Konduktiver Tagesstätte (als Außenstelle der Körperbehindertenschule in Nürnberg) mit 8 Tagesst.kinder Erwachsenengruppen MS und Schlaganfall im Block 6-10 Erwachsenen	Elternbeiträge, Kostenübernahme durch Bezirk für Tagesstättenkinder, Spenden, Zuschüsse
18	Bayern	Konduktive Förderung für Kinder und Erwachsene Susie Mallett	Susie Mallett Arndt Strasse 21 90419 Nürnberg tel:0911 9412317 small66711@aol.com www.konduktorin.blogspot.com	1 Diplom Konduktorin, Kunst Lehrerin BA, PGCE, Kunsttherapeutin	Kontinuierliche und blockweise Förderung mit Kindern und Erwachsenen; Einzelförderung Gruppenförderung Vorträge und Beratungen Zusammenarbeit mit dem Verein für Menschen mit Körperbeh. e.V.	Privat

	BL	Einrichtung	Ansprechpartner Kontakt	Teamzusammensetzung	Angebot Kontinuierliche o. Blockförderung? Zielgruppen, Anzahl der geförderten Personen	Finanzierung
19	Bayern	Förderzentrum K-Schule Caritasverband für die Diözese Passau e.V.	Karl Bischof Sonderschulrektor Säumerweg 1 94034 Passau Tel: 0851 / 49368-20 Fax: 0851 / 49368-21 karl.bischof@k-schule-passau.de www.k-schule-passau.de	2 PtK Kontakt: Julia Steinhoff, PtK JuliaSteinhoff@web.de Erika Adam, PtK erika.adam@arcor.de	1 konduktive SVE und 1 konduktive Nachmittagsgruppe (zweimal in der Woche) 10 Kinder	Regierung von Niederbayern
20	Bayern	Blindeninstitut Förderschule Regensburg	Wolfgang Lebert Sonderschulrektor An der Brunnstube 31 93051 Regensburg Tel: 0941/2984-100 Fax: 0941 / 29 84-199 regensburg@blindeninstitut.de	1 PtK Kontakt: Karin Müller, PtK Leonrod@web.de	In 2 Schulklassen 9 Schüler Klassenübergreifende Angebote mit konduktiven Elementen	Förderschule über Kultusministerium, Regierung
21	Bayern	FortSchrift Rosenheim e.V. Träger: Fortschritt Starnberg e.V.	Doris Weisbach Vorstand Arnulfstraße 28 83026 Rosenheim Tel.: 08031/9081950 Fax: 08031/9081960 fortschritt-rosenheim@arcor.de weisbach@surfEU.de	5 Dipl. Kond. Kontakt: Edit Michel, Dipl.Kond. T: 08031/809040 fortschritt-rosenheim@arcor.de	Wöchentliche Förderung Kindergarten, 28 Kinder	Landkreis
22	Bayern	Heilpädagogisches Zentrum Förderschule St. Valentin	Christa Berger-Rinner Schulleitung Im Speck 4 83324 Ruhpolding Tel: 08663/5420 c.rinner@kjf-muenchen.de	1 PtK/ Heilpädagogin Kontakt: Lucia Meitinger, Heilpädagogin, PtK	Gruppenübergreifendes konduktives Angebot einmal ein Vormittag pro Woche in SVE, 3-4 Kinder	SVE über Kultusministerium/Regieru ng
23	Bayern	Korbinianschule Private Förderschule mit dem Förderschwerpunkt geistige Entwicklung	Markus Schmidt Schulleiter Münchener Str. 45 85643 Steinhöring T: 08094 / 182 - 176 info@korbinianschule.de	1PtK Kontakt: Birgit Bayerl-Dörringer, PtK birgit.bd@gmx.de	Klassenübergreifendes konduktives Angebot zweimal 90 Minuten/Woche 4 Kinder	Förderschule über Kultusministerium, Regierung
24	Bayern	Lebenshilfe Kreisvereinigung Tirschenreuth Tagesstätte für konduktive Förderung nach Professor Petö	Berthold Kellner Geschäftsführer Waldsassener Straße 9 95666 Mitterteich Tel: 09633 918360 Fax: 09633 918362 berthold.kellner@lebenshilfe- geschaeftstell@lebenshilfe- tirschenreuth.de	Dipl. Kond. Kontakt: Marianna Farago, Dipl.Kond. Petö Tagesstätte Krankenhausstraße 5, 92681 Erbendorf Tel.: 09682 9301290 petoe@lebenshilfe-tirschenreuth.de	7 Kinder	Bezirk Oberpfalz, Spenden, Eltern
25	Bayern	Lebenshilfe Traunstein e.V.	Josef Binder Geschäftsführer Salzburgerstr. 7 83301 Traunreut Tel: 08669/8611-0 Fax: 08669/8611-60 info@lebenshilfe-traunstein.de http://www.lebenshilfe-traunstein.de	1 PtK Kontakt: Monika Stockhammer, PtK Mona-Stockhammer@t-online.de	Wird mit konduktiven Elementen im Rahmen der stationären Unterbringung Erwachsenenbereich gearbeitet 2 schwerbehinderte Erwachsene	Im Rahmen des entgelts für stationäre Unterbringung
26	Bayern	Blindeninstitutstiftung Einrichtung für Konduktive Förderung	Birgit vom Busch Leiterin Ohmstr.7 97076 Würzburg vombusch@gmx.de	SoL, PtK, 4 Dipl. Kond. Kontakt: Birgit vom Busch SoL, PtK, vombusch@gmx.de	1 SVE mit HPT 2 Schulklassen mit HPT werden konduktiv geführt, 17 Kinder/Schüler	Kultusministerium Bezirk
27	Bayern	FortSchrift Würzburg e.V.	Dr. Christiane Scheler Vorstand Christian Lutz Geschäftsführer Ohmstr. 7 97076 Würzburg Tel.: 0931/2092330 Fax: 0931/2092331 Wolfgang.scheller@surf.eu.de fortschrittwuertzburg@t-online.de	1 Erzieher 1 Sozialpädagoge/PtK 2 Dipl. Kond. Kontakt: Lisa Pitz, PtK pitzvvh@t-online.de	Wöchentliche Förderung Blocktherapien Erwachsenentherapie, 35 Kinder, Jugendliche und Erwachsene	Bezirk Eltern Spenden

	BL	Einrichtung	Ansprechpartner Kontakt	Teamzusammensetzung	Angebot Kontinuierliche o. Blockförderung? Zielgruppen, Anzahl der geförderten Personen	Finanzierung
28	Berlin	Praxis für mehrfachtherapeutische und konduktive Förderung	Dagmar Siebold Alemannenstraße 88 13465 Berlin Frau Schulzki Sekretärin Tel.: 030/26306931 Fax: 030/26306937 physiotherapie-dagmar siebold@arcor.de	Physiotherapeuten, Bobath-Therapeuten Kontakt: Dagmar Siebold physiotherapie-dagmar siebold@arcor.de	Gruppe für 3 – 7 Jährige, ca. 8 Kinder	Krankenkasse
29	Berlin	Integrationskindertagesstätte der Spastikerhilfe Berlin eG	Siglinde Spitzer Leiterin Prettau Pfad 23-33 12207 Berlin Tel: 030/22500360 sspitzer@spastikerhilfe.de	1 Ptk Kontakt: Sabine Woelky Tel: 030/8738058 s.woelky@arcor.de	ca. 8 Kinder	Land Berlin
30	Berlin	Rehabilitationszentrum Berlin Ost e.V.	Helmut Siebert Geschäftsführer Allee der Kosmonauten 15 10315 Berlin Tel: 030/ 5499630 Fax: 030/ 5418122 rbo@rbo-info.de www.rbo-info.de	1 Dipl. Kond. Kontakt: Andrea Buchold, Dipl.Kond Tel: 030/ 47598520	Blockförderung	Eltern, Land Berlin
31	Brandenburg	Fachklinik Hohenstücken	Dr. Martin Köhler Ärztlicher Direktor Brahmstrasse 38 14772 Brandenburg a.d. Havel Sekretariat Frau Silke Noa Tel: 03381/79 1118 Fax: 03381/79 1119 martin.koehler@wittensteiner- kliniken.de info.fachklinik- hohenstuecken@wittensteiner- kliniken.de	4 Dipl. Kond. Kontakt: Erzsébet Szabóné Dobos, Dipl. Kond. szabone@fachklinik- hohenstuecken.de Tel: 03381/79 2202	6 Gruppen, ca. 30 Kinder in 4-6 wöchigen Förderung je nach Klinikaufenthalt	Krankenkasse
32	Brandenburg	FortSchrift Berlin/Brandenburg e.V.	Fred Scheler Cottbusser Straße 33 03096 Werben Tel.: 035603/70090 Fax: 035603/759046 r.f.scheler@t-online.de	Diplom Konduktoren extern	Blocktherapien, 25 Kinder und Jugendliche	Elternstiftung
33	Hamburg	Schritt für Schritt Hilfe für das hirnverletzte Kind e.V.	Bernhard Jürs Maria-Luisen-Straße 88 20301 Hamburg Tel.: 040/447262 Fax: 040/447276 info@schritt-für-schritt.de	Kooperation mit Konduktiv Mehrfachtherapeutischen Praxis, Niebüll	4 x im Jahr 4 – 5 Wochen Blocktherapien	Eltern
34	Hessen	FortSchrift Nordhessen Schwalmstadt-Treysa und Walburg/Kassel e.V.	Barbara Klemm-Röbig Vorstand Schöneberger Straße 3 34128 Kassel Tel.: 0561/884587 Klemm-roebig@t-online.de	Diplom Konduktoren extern	Blocktherapien, 40 Kinder/Jugendliche	Elternspenden
35	Hessen	Institut Kinderneurologie Königsstein	Dr. Michael Rochel Ärztlicher Leiter Kirchstraße 9 61462 Königsstein Tel.: 06174/92470 Fax: 06174/924747 http://kinderneurologie.com	Diplom Konduktoren extern	Mutter-Kind-Gruppe mit max. 3 Kinder, Kindergartengruppe, Schulgruppen, 12 Kinder derzeit nur phasenweises Angebot	hauptsächlich Spendengelder
36	Hessen	FortSchrift Frankfurt e.V.	Christoph Drescher Vorstand Esztergomstraße 33 63477 Maintal Tel.: 06181/94550421 info@cdrescher.de www.fortschritt-frankfurt.1kx.de	1 Dipl.Kond auf Honorarbasis Kontakt: Katharina Berner	Wöchentliche Therapie, bis zu 10 Kinder/Jugendliche	Eltern

	BL	Einrichtung	Ansprechpartner Kontakt	Teamzusammensetzung	Angebot Kontinuierliche o. Blockförderung? Zielgruppen, Anzahl der geförderten Personen	Finanzierung
37	Hessen	FortSchrift Walldorf e.V.	Susanne Huber Vorstand Josef-Reiert-Straße 4 69190 Walldorf Postadresse: Plattenseestraße 3 a 69168 Wiesloch Tel.: 06222/75516 Fax: 06222/307414 info@fortschritt-walldorf.de	1 Dipl.Kond.	Wöchentliche Therapie und Blocktherapie, 60 Kinder/Jugendliche	Eltern / Spenden
38	Mecklenburg Vorpommern	Landesschule für Körperbehinderte	Christiane Lück-Vincent Schulleiterin Robert-Blum-Straße 34/36 17033 Neubrandenburg Tel.: 0395/5639511 Fax: 0395/5639515 Sl_Lfk_Nb@web.de lfk.nb@t-online.de	2 PtK Kontakt: Frau Mitz, PtK Frau Rehders, PtK	Frühförderung Grundschule	Land Mecklen- burg Vorpommern
39	Niedersachsen	FortSchrift im Osnabrücker Land e.V.	Ulrike Renzenbrink Venner Str. 9 49565 Bramsche Tel.: 05468/922025 wilhelm@renzenbrink.de	Dipl. Kond.	Blocktherapien, 10 Kinder/Jugendliche und Erwachsene	Eltern
40	Niedersachsen	FortSchrift Hannover e.V.	Frank Heilmann Im Tale 1 30922 Seelze Tel.: 05137/127211 Fax: 05137/8250970 fheilmann@fortschritt-hannover.de	Dipl.Kond.	Blocktherapien, 20 Kinder/Jugendliche	Eltern
41	Nordrhein - Westfalen	Zentrum für Frühbehandlung und Frühförderung	Andrea Jansen Maarweg 130 50825 Köln Tel. 0221-95 42 50 50 Fax 0221-9542 50 55 a.jansen@fruehbehandlung.de	1 Dipl.Kond. Kontakt: Korinna Bodnár	Mutter-Kind-Gruppen für 1 – 3 Jährige, Nachmittagsgruppen für Kindergarten- und Schulkinder	Spenden, geringe Elternanteil
42	Nordrhein- Westfalen	FortSchrift Düsseldorf e.V.	Herr Hochheuser Vorstand Kolpingstraße 35 40764 Langenfeld Tel.: 02173/683806 Fax: 02173/683805 fortschrittD@aol.com	Dipl. Kond.	Wöchentliche Therapie und Blocktherapien 15 Kinder/Jugendliche	Eltern
43	Nordrhein- Westfalen	FortSchrift Münster e.V.	Josef Bögel Horst Thomas Freiburger Weg 69 48151 Münster Tel.: 0251/234399 horst_thomas@fortschritt-muenster.de		zur Zeit keine Förderung	
44	Nordrhein- Westfalen	St.Vincenz Krankenhaus Sozialpädiatrisches Zentrum	Dr. Dorothea Grodeck Ärztliche Leiterin Husener Str. 81 33098 Paderborn Tel: 05251/864272	1 PtK Kontakt: Eva Even , PtK Schmitz-e@web.de Tel: 05251/33815 o. 01515/4825250	Konduktiv geführte Gruppen im Krankenhaus	Krankenkassen
45	Nordrhein- Westfalen	Konduktive Förderung für Kinder und Erwachsene Raphaela Roß	Raphaela Roß Thunemeiershof 7 33102 Paderborn Tel.:05251/1840000, o.: 0175/ 645435 rueterr@web.de	1 Conductor BA	kontinuierliche und blockweise Förderng mit Kindern und Erwachsenen; Einzelförderung und bei Interesse Gruppenförderung	Privat
46	Nordrhein- Westfalen	Verein für Konduktive- Förderung e.V. Siegen	Prof. Dr. Karin Weber Vorsitzende Wichernstraße 8 57074 Siegen Tel.: 0271/7404387 Fax: 0271/7404584 weber@score.uni-siegen.de		derzeit keine Gruppen	

	BL	Einrichtung	Ansprechpartner Kontakt	Teamzusammensetzung	Angebot Kontinuierliche o. Blockförderung? Zielgruppen, Anzahl der geförderten Personen	Finanzierung
47	Nordrhein-Westfalen	Zentrum für konduktive Therapie (Kooperationspartner mit dem SPZ des Ev. Krankenhauses Falkensteinstraße 20 46047 Oberhausen) & FortSchrift im Revier e.V.	Udo Fischer Geschäftsführer Falkensteinstraße 20 46047 Oberhausen Tel.: 0208/880760 Fax: 0208/8807615 info@zentrum-konduktive-therapie.de www.zentrum-konduktive-therapie.de FortSchrift im Revier e.V. Stallhermstraße 43 45968 Gladbeck Tel.: 02043/63185 Fax: 02043/67789	3 Dipl. Kond. Kontakt: Erzsébet Tökei, Dipl. Kond.	Elternschule Vorbereitende Einzel-Förderung nach OP oder längeren Kuraufenthalten Mutter-Kind-Gruppe 3 Kindergartengruppe 7 Schulgruppen 1 Ataxie/Spina-Bifida Gr. 1 Erwachsenengruppe 15 Blockförderungen pro Jahr Ferienzeit zusätzlich, 120 Kinder	Eltern Spenden zum Teil Sozialämter
48	Rheinland-Pfalz	St. Nikolaus Stifftshospital GmbH Zentrum für Konduktive Therapie	Hans Peter Mayer o. Frau Koch Sekreteriat Hindenburgwall 1 56626 Andernach Tel.: 02632/4045753 Fax.: 02632/4045214 a.koch@stiftshospital-andernach.de	2 Dipl. Kond. Kontakt: Irma Anka, Dipl.Kond. a.koch@stiftshospital-andernach.de	Frühförderung Kindergarten, Schulkinder, Jugendliche und junge Erwachsene, 60 Kinder Kontinuierlich und phasenweise	Spenden Elternbeiträge teilweise durch Kostenträger
49	Rheinland-Pfalz	Heilpädagogisches Therapiezentrum	Herr Pfeifer Beverwijker Ring 2 56564 Neuwied Tel.: 02631/96560 Fax: 02631/55773		derzeit keine Förderung	
50	Saarland	Marienhausklinik Kohlhof Sozialpädiatrisches Zentrum	Dr. Reiner Hasmann Ärztlicher Leiter Klinikweg 1 - 5 66539 Neunkirchen/Kohlhof Tel.: 06821/363 200 Fax: 06821/363 224	1 Ptk Kontakt: Dr. Hartmut Penner, (Org.) Rosa Huhn, Ptk Tel: 06821/ 363103 o.: 06821/ 363309 hrosa55@aol.com	Vormittags Vorschul-, Nachmittags Schulkinder Gruppen kontinuierlich und phasenweise ca. 54 Vorschul- und 4 Schulkinder	Krankenkasse, Sozialhilfeträger, Elternanteil von € 7,67/Tag Privatpatienten ca. € 125,-/Tag
51	Sachsen	Schrittweise e.V., Altenburg	Christine Burger Erich-Mäder-Straße 4 04603 Windischleuba Tel.: 03447/839907 Fax: 03447/831518 burger@schrittweise.org	Dipl.Kond. extern	Blockförderung	Eltern
52	Sachsen-Anhalt	Verein Ponte Kö e.V. Konduktive Förderung bei cerebraler Erkrankung, Bad Kösen	Annelies Herrmann Seumestraße 35 06667 Weißenfels Tel.: 03443/333170 hallo@pontekoe.com	Dipl.Kond. extern	3 Gruppen, Förderwochen	Zeitweilig durch KK und Sozialämter, seit 2004 durch Stiftungen und Elternbeiträge
53	Schleswig-Holstein	Konduktiv mehrfachtherapeutische und psychologische Praxis, & Konduktiver Verein KoMet e.V.	Rebecca Albers Schützenring 26 25889 Niebüll Tel.: 04661/4926 Fax: 04661/968157 Rebecca.albers@t-online.de	1 Ak. Mehrfachth. Kond.; 5 Gruppenassistentinnen, davon 1 Ergotherapeutin, 1Physiotherapeutin, 3 Erzieherinnen	2 Gruppen Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene, kontinuierlich und Förderwochen	Privat und Spenden
54	Thüringen	Maximo Zentrum für behinderte Kinder e.V.	Anja Fuchs Vorstand Zur Trolle 7 99198 Büßleben Tel.: 0361/5508174 Fax: 0361/3457458 Fuchs-buessleben@t-online.de		derzeit keine Förderung	
55	Thüringen	Körperbehindertenschule Erfurt Staatliches Förderzentrum	Gabi Mans Schulleiterin Warschauerstr.4 99089 Erfurt Tel:0361/7511822 Fax:0361/7921478 foes1ef.schulleitung@web.de www.erfurter-schulen.de/schulen/foerderzentrum/	1 Ptk, SPF Kontakt: Peter Kirchner, Ptk Tel: 0361/7511864	Ganztagsschule, es wird mit konduktiven Elementen in Gruppen 2x 90 Min/ Gruppen / Woche gearbeitet	Regierung Thüringen
56	Thüringen	Integrative Kindertageseinrichtung „Hufeland“	Petra Weiske Leiterin Richard-Strauß-Str. 4 99425 Weimar Tel.: 03643/742930 Fax: 03643/742931		derzeit keine Förderung	



