

Konduktive Förderung nach Petö

Zusammenfassender Bericht
des Unterausschusses "Heil- und
Hilfsmittel" des Gemeinsamen
Bundesausschusses über die Beratungen
gemäß §138 SGB V

18. Mai 2005

© Unterausschuss „Heil- und Hilfsmittel“ des
Gemeinsamen Bundesausschusses

Korrespondenzadresse:

Gemeinsamer Bundesausschuss
Abteilung 1
Auf dem Seidenberg 3a
53721 Siegburg

Tel.: 02241 9388-0

Inhaltsverzeichnis

1.	Kurzzusammenfassung	6
2.	Abkürzungen	8
3.	Aufgabenstellung	9
4.	Formaler Ablauf der Beratungen	10
4.1	Antragsstellung	10
4.2	Antragsbegründung	10
4.3	Veröffentlichung des Beratungsthemas, Abgabe schriftlicher Stellungnahmen	11
4.4	Fragenkatalog	11
4.5	Eingegangene Stellungnahmen	12
4.6	Beratung im Unterausschuss unter Berücksichtigung der Stellungnahmen und neuer wissenschaftlichen Literatur	13
4.7	Zeitlicher Beratungsverlauf	13
4.8	Beschlussfassung des Bundesausschusses und Inkraftsetzung	14
5.	Methodik der Verfahrensbewertung	15
5.1	Informationsgewinnung	15
5.1.1	Informationsgewinnung und -auswahl	15
5.1.2	Stellungnahmen	15
5.2	Informationsbewertung	15
5.2.1	Primärstudien	16
5.2.2	Systematische Übersichtsarbeiten	26
5.2.3	Stellungnahmen	27
5.3	Was bedeutet „Äquivalenz“ oder Gleichwertigkeit?	34
6.	Hintergrund und Grundlagen der Konduktiven Förderung nach Petö	37
7.	In den Stellungnahmen genannte Indikationen	45
8.	Bewertung und Diskussion der wissenschaftlichen Unterlagen und Stellungnahmen	49
9.	Zusammenfassende Bewertung	52
10.	Gesetzlich vorgeschriebene Anhörungsverfahren	55
10.1	Anhörungsverfahren nach § 92 Abs. 6 Satz 2 zur Änderung der Heilmittel-Richtlinien	55
10.2	Anhörungsverfahren nach § 91 Abs. 8a SGB V zur Änderung der Heilmittel-Richtlinien	55
10.3	Auswertung des Anhörungsverfahrens	56

11.	Anhang	57
11.1	Literaturrecherche	57
11.2	Kommentierte Literaturliste	60
11.3	Übersicht über verschickte Literatur	80
11.4	Veröffentlichung der Ankündigung des Beratungsthemas im Bundesanzeiger	82
11.5	Veröffentlichung der Ankündigung des Beratungsthemas im Deutschen Ärzteblatt	83
11.6	Fragenkatalog	84
11.7	Liste der Stellungnahmen	87
11.8	Stellungnahmen	89
11.8.1	Bundesarbeitsgemeinschaft der Heilmittelverbände BHV	89
11.8.2	Bundesverband der in Deutschland tätigen Konduktor/Innen e. V.	93
11.8.3	Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie e. V.	112
11.8.4	Evang. Krankenhaus Oberhausen (Zentrum für Kinderheilkunde)	113
11.8.5	FortSchrift Nordhessen e. V.	117
11.8.6	Institut Kinderneurologie Königstein	118
11.8.7	Kinderklinik Kohlhof	121
11.8.8	Konduktiv Mehrfachtherapeutische und Psychologische Praxis	140
11.8.9	Marienstift Arnstadt (Orthopädische Klinik, Abt. Kinderorthopädie)	157
11.8.10	Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e. V.	163
11.8.11	Verein Ponte Kö e. V.	175
11.8.12	Friedrich Schiller Universität Jena	180
11.8.13	Stiftung Pfennigparade	186
11.8.14	Univ.-Klinik für Kinder- und Jugendheilkunde Innsbruck (Ergänzung zur Stellungnahme Stiftung Pfennigparade)	203
11.8.15	Verein für Menschen mit Körperbehinderung Nürnberg	204
11.8.16	Zentrum für Frühbehandlung und Frühförderung (mit Anlage: Arbeitskreis 2 des Pinneberger Treffens der Konduktiven Einrichtungen in Deutschland)	213
11.8.17	Sozialpädiatrisches Zentrum und Fachklinik für Sozialpädiatrie und Entwicklungsrehabilitation des Bezirks Oberbayern	225
11.9	Standardisierte Auswertung	228
11.9.1	Primärstudien	228
11.9.2	Systematische Übersichtsarbeiten	284
11.10	Stellungnahmen zum Anhörungsverfahren nach § 92 Abs. 6 Satz 2 SGB V zur Änderung der Heilmittel-Richtlinien	295
11.10.1	Liste der Anhörungsberechtigten nach § 92 Abs. 6 Satz 2 SGB V zur Änderung der Heilmittel-Richtlinien	295
11.10.2	Liste der Stellungnahmen	295
11.10.3	Stellungnahmen	295

11.11	Stellungnahme der Bundesärztekammer zum Anhörungsverfahren nach § 91 Abs. 8a SGB V zur Änderung der Heilmittel-Richtlinien	296
11.12	Bewertungsrichtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen	297
11.13	Beratungsantrag und Begründung	305
11.13.1	Antrag des VdAK / AEV vom 21. Mai 2003	305
11.13.2	Protokollauszug aus der Sitzung des Arbeitsausschusses Heilmittel- und Hilfsmittel-Richtlinien vom 13. Juni 1995	307
11.13.3	Protokollauszug aus der Sitzung des Arbeitsausschusses Heilmittel- und Hilfsmittel-Richtlinien vom 31. Mai 1996	308
11.14	Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses	309
11.15	Beschlussbegründung	310
11.16	Veröffentlichung des Beschlusses im Bundesanzeiger	314
11.17	Veröffentlichung des Beschlusses im Deutschen Ärzteblatt	315

1. Kurzzusammenfassung

Hintergrund

Die Konduktive Förderung nach Petö war bisher nicht Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung, das heißt, sie konnte nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen ambulant erbracht werden. Die Überprüfung des Nutzens gemäß §138 SGB V beruht auf einem Antrag des VdAK/AEV vom 21. Mai 2003, dem bereits ein Beratungsantrag des AOK- BV vom 16. März 1995 vorausgegangen war. Dieser war vor dem Hintergrund des laufenden Modellversuchs zunächst zurückgestellt worden.

Beratungsverfahren

Das Beratungsthema wurde vom Bundesausschuss im Dezember 2002 veröffentlicht, um damit allen Interessierten, insbesondere wissenschaftliche Gesellschaften, Ärzteverbände, Selbsthilfe- und Patientenorganisationen sowie Heilmittelerbringern Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Nach Eingang der Stellungnahmen und umfassender Recherche ist die konduktive Förderung nach Petö überwiegend für die Indikation der infantilen Zerebralparesen unter detaillierter Aufarbeitung der wissenschaftlichen Literatur beraten worden, da nur zu dieser Indikation Evaluationsstudien vorlagen, die wissenschaftlichen Mindestansprüchen genügen. Zu weiteren Indikationen lagen keine prospektiven Studien, insbesondere prospektive kontrollierte Studien, vor.

Ziele und Merkmale der Konduktiven Förderung nach Petö

Das wichtigste Ziel der konduktiven Förderung ist es, die "Orthofunktion" zu erreichen, darunter ist die selbstständige Eingliederung in die Gesellschaft, in den normalen Kindergarten oder die Regelschule zu verstehen.

Merkmale der konduktiven Förderung nach Petö sind:

- die Förderung der eigenen Aktivität, wobei die individuell effektivsten Entwicklungsschritte erkannt und in den Behandlungsplan aufgenommen werden;
- die Anregung der Kommunikation mit den nächsten Bezugspersonen und der Umwelt, ein Grundbedürfnis aller Kinder (nach Wygotski und Luria);
- eine handlungsbegleitende Einbindung der Sprache, die auch für die Verhaltenssteuerung entscheidend ist;
- die Arbeit in der Gruppe zur Verbesserung der Motivation;
- die Diagnostik, Planung und Behandlung in der Hand der Konduktorin;
- die Verstärkung der Lernerfolge durch Konditionierung. Dabei wirkt die Konduktorin als Katalysator.
- Einsatz von einfachen und funktionsorientierten Hilfsmitteln.
- eine „Komplexbehandlung“, die mehrere Stunden am Tag möglichst über Wochen oder Monate erfolgen muss und pädagogische bzw. heilpädagogische als auch funktionell therapeutische orientierte Aspekte umfasst.

Auf Initiative des ungarischen Arztes Andras Petö wurde 1952 in Ungarn ein spezielles Institut zur Förderung von motorisch gestörten Kindern eröffnet. Dort wird die Konduktive Förderung durch staatlich anerkannte KonduktorInnen durchgeführt.

Ergebnis der Überprüfung zum Nutzen, zur Notwendigkeit und zur Wirtschaftlichkeit

Notwendigkeit

Die infantile Zerebralparese und andere vergleichbare Schädigungen bedürfen einer multidimensionalen und multiprofessionell durchgeführten Förderung und Therapie

unter kompetenter ärztlicher, psychologischer und pädagogischer Anleitung. Diese Therapie ist entsprechend dem Alter und dem Entwicklungsstatus der Person zu differenzieren und dem jeweiligen Stand der körperlichen, geistigen und seelischen Entwicklung, dem Versorgungs- und Behandlungsangebot anzupassen.

Für die infantile Zerebralparese stehen in der vertragsärztlichen Versorgung Heilmittel (u. a. aus dem Bereich der physikalischen Therapie, der Ergotherapie und der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie) zur Verfügung. Dennoch ist eine Verbesserung der bestehenden Optionen wünschenswert. Die konduktive Förderung nach Petö stellt hier grundsätzlich eine viel versprechende Alternative dar.

Nutzen

Im Mittelpunkt der Bewertung zum Nutzen der konduktiven Förderung als Heilmittel steht, wie bei allen vergleichbaren internationalen Bewertungsverfahren, der über den Nachweis der Wirksamkeit hinausgehende Beleg aus prospektiven, möglichst vergleichenden Studien, zum Nutzen der konduktiven Förderung nach Petö. Der Benefit des Therapiekonzeptes sollte in Bezug auf die für die Patienten relevanten Effekte (wie die Verbesserung der Lebensqualität sowie die Verbesserung der Mobilität, Motorik und Kommunikation) wissenschaftlich belegt sein.

Bei der Auswertung der wissenschaftlichen Unterlagen ergeben sich Hinweise auf positive Wirkungen einer Konduktiven Förderung nach Petö bei Kindern mit einer infantilen Zerebralparese. Mangels methodisch sauberer Vergleichsuntersuchungen ist jedoch kein valider Nachweis des therapeutischen Nutzens hinsichtlich medizinisch relevanter Parameter der Konduktiven Förderung nach Petö im Vergleich zu anderen bereits etablierten medizinischen Behandlungsmethoden möglich.

Auch die Bewertung der Stellungnahmen, die im Rahmen des Anhörungsverfahrens nach § 92 Abs. 6 Satz 2 zur Änderung der Heilmittel-Richtlinien eingesendet wurden, führten nicht zu einer Änderung des Überprüfungsergebnisses.

Für die anderen in Stellungnahmen genannten Indikationen (u. a. frühkindlicher Hirnschaden, sensomotorische Entwicklungsstörung, hyper- oder dyskinetische Bewegungsstörungen, Ataxie, Athetose, Muskelhypotonie, Spina bifida, Zustand nach Schädel-Hirntraumas und andere erworbene Hirnfunktionsstörungen, Zustand nach Enzephalitis mit Residualsyndrom, Multiple Sklerose, Morbus Parkinson, allgemeine Entwicklungsretardierung) fanden sich keine aussagefähigen Studien zum Nachweis des therapeutischen Nutzens.

Wirtschaftlichkeit

Systematische wissenschaftliche Untersuchungen zur Kosteneffektivität einer konduktiven Förderung nach Petö im Vergleich zu anderen Interventionen liegen nicht in ausreichender Qualität vor. Vor dem Hintergrund, dass der Nutzen der konduktiven Förderung nach Petö als Heilmittel in der vertragsärztlichen Versorgung nicht belegt ist, brauchte die Wirtschaftlichkeit nicht eingehend bewertet werden.

Ergebnis der Beratungen im Gemeinsamen Bundesausschusses

Nutzen, Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit der konduktiven Förderung als Heilmittel, auch im Vergleich zu bereits zu Lasten der Krankenkassen erbrachten Methoden, sind derzeit bei den geprüften Indikationen nicht hinreichend belegt. Es fehlen aussagefähige wissenschaftliche Unterlagen, die den Benefit für die Patienten bei einer Anwendung der konduktiven Förderung als Heilmittel belegen. Eine Aufnahme der konduktiven Förderung als verordnungsfähiges Heilmittel in die vertragsärztliche Versorgung kann daher 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.

2. Abkürzungen

AFPEC	Association Francaise pour l'Education Conductive
ARIF	Agressive Research Intelligence Facility
CE	conductive education
CP	Cerebralparese
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
GAO	General Accounting Office
GMFM	Gross Motor Function Measure
HTA	Health Technology Assessment
KF	Konduktive Förderung
KFP	Konduktive Förderung nach Petö
KK	Krankenkasse
KT	Konduktive Therapie
NACE	National Association for Conductive Education
NICE	National Institute of Conductive Education
NIH	National Institutes of Health
PSI	Parental Stress Index
QRS	questionnaire on resources and stress
VAB	Vulpe Assessment Battery
WHO	World Health Organization

3. Aufgabenstellung

Nach § 138 SGB V dürfen die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte neue Heilmittel nur verordnen, wenn der Gemeinsame Bundesausschuss zuvor Ihren therapeutischen Nutzen anerkannt und in den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 Empfehlungen für die Sicherung der Qualität bei der Leistungserbringung abgegeben hat.

Dieser gesetzliche Auftrag umfasst auch die Überprüfung bereits bisher anerkannter (vergüteter) GKV-Leistungen dahingehend, ob nach dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse der medizinische Nutzen, die medizinische Notwendigkeit und die Wirtschaftlichkeit anerkannt wird.

Im Urteil des Bundessozialgerichtes vom 19.3.2002 (B 1 KR 36/00 R) zur Hippotherapie wurde ausgeführt, dass bei der Bewertung neuer Heilmittel der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen in gleicher Weise wie bei der Bewertung neuer Behandlungsmethoden neben dem therapeutischen Nutzen auch die medizinische Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit zu berücksichtigen habe. Trotz des etwas anderen Wortlauts werde der Anspruch des Versicherten durch diese Bestimmung in derselben Weise wie durch § 135 Abs. 1 Satz 1 SGB V ausgeschlossen, solange der Bundesausschuss nicht entschieden habe, dass das fragliche Mittel zur vertragsärztlichen Versorgung gehöre. Für die Prüfung neuer Heilmittel gelten dieselben Beurteilungsmaßstäbe wie für neue Behandlungsmethoden.

Vor diesem Hintergrund und in Kenntnis einer insoweit beabsichtigten und erforderlichen Anpassung und Erweiterung der BUB-Richtlinien um die Bewertung von Heilmitteln hatte der damalige Arbeitsausschuss Heil- und Hilfsmittel bei der Wiederaufnahme der Beratungen im Jahr 2002 vereinbart, die Bewertung der konduktiven Förderung nach Petö auf der Basis der damals gültigen Verfahrensordnung zur Durchführung von Anhörungen (vom 1. Oktober 1997, veröffentlicht im Bundesanzeiger 1997, S. 13 722 und S. 14 566) und den Richtlinien zur Überprüfung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden („Richtlinien zur Überprüfung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gemäß § 135 Abs. 1 SGB V, BUB-Richtlinien“, in Kraft getreten am 22. März 2000 (siehe Anhang 11.12)) vorzunehmen. Das Verfahren der Überprüfung (Nr. 6 der BUB-Richtlinien) unter Anwendung der Kriterien zur Überprüfung des Nutzens, der Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit (Nr. 7 der BUB-Richtlinien) sowie die Bewertung der Unterlagen (Nr. 8 der BUB-Richtlinien) erfolgte entsprechend.

Im Laufe des Überprüfungsverfahrens hat der vormals für die Regelungen der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung zuständige Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen am 01.12.2003 zwar eine Neufassung der „Richtlinien zur Überprüfung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gemäß § 135 Abs. 1 SGB V (BUB-Richtlinien)“ beschlossen. Eine substantiell inhaltliche Änderung der Kriterien zur Überprüfung des Nutzens, der Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit sowie die Bewertung der Unterlagen hat sich jedoch nicht ergeben. Weiterhin besagt § 14 der BUB-Richtlinien, dass Bewertungen, die vor In-Kraft-Treten der Richtlinienänderung nach § 5 eingeleitet wurden, nach dem vor der Richtlinienänderung geltenden Verfahren durchgeführt werden können.

Die jetzt gültigen Richtlinien legen den Ablauf der Beratungen des Unterausschusses fest, beschreiben die Prüfkriterien zu den gesetzlich vorgegebenen Begriffen des Nutzens, der medizinischen Notwendigkeit und der Wirtschaftlichkeit und sehen als Basis für die Entscheidungen des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen eine Beurteilung der Unterlagen nach international etablierten und anerkannten Evidenzkriterien vor.

Nach § 1 Abs. 1 dieser am 23.03.2004 im Bundesanzeiger S. 5 678 veröffentlichten BUB-Richtlinien (siehe Anhang 11.12) wird auch das Bewertungsverfahren für Heilmittel nach § 138 SGB V geregelt.

4. Formaler Ablauf der Beratungen

4.1 Antragsstellung

Nach § 4 Abs. 1 a der BUB-Richtlinien ist zur Beratung gemäß 138 SGB V ein Antrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, einer Kassenärztlichen Vereinigung oder eines Spitzenverbandes der Krankenkassen im Unterausschuss zu stellen.

Die Antragstellung erfolgte bereits am 16.03.1995 durch den AOK-Bundesverband. Im damals zuständigen Arbeitsausschuss „Heil- und Hilfsmittel“ wurde am 13. Juni 1995 sowie am 31. Mai 1996 vereinbart, vor dem Hintergrund eines laufenden Modellversuchs zur konduktiven Förderung nach Petö in München zunächst die Beratung zurückzustellen (siehe Anhang 11.13.2, 11.13.3). Der Brief des Verbandes der Angestelltenkrankenkassen e. V. / Arbeiter Ersatzkassenverband e. V. vom 21. Mai 2003 erläutert vor dem Hintergrund des 2002 abgeschlossenen Modellversuches zur Konduktiven Förderung nach Petö den bisherigen Beratungsstand (siehe Anhang 11.13.1).

4.2 Antragsbegründung

Ein Antrag ist nach § 8 der BUB-Richtlinien schriftlich zu begründen. Hinsichtlich des Beratungsbedarfs wurde im Schreiben des VdAK-AEV vom 21. März 2003 ausgeführt:

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

Eine Beschlussfassung zu der Thematik erfolgte in der Sitzung des Arbeitsausschusses „Heil- und Hilfsmittel“ am 13. Juni 1995 nicht. Nach Auffassung der Besprechungsteilnehmer sei das mit der Methode zu erzielende therapeutische Ergebnis auch mit dem in der Bundesrepublik vorhandenen und von der gesetzlichen Krankenversicherung finanzierten Angebot an Frühfördereinrichtungen einschließlich der sozialpädiatrischen Zentren erreichbar. Darüber hinaus bestehe kein Bedarf, eine fixe Kombination von Maßnahmen als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung in die Heilmittel-Richtlinien aufzunehmen, da die Verordnung von Einzelmaßnahmen aus der Logopädie, Ergotherapie und Physiotherapie in notwendigem Umfang dem Arzt unbenommen ist und eine Kombination von Elementen darauf kein Heilmittel im Sinne der Richtlinien darstelle.

Am 31. Mai 1996 einigten sich die Mitglieder des Arbeitsausschusses „Heil- und Hilfsmittel“ darauf, vor dem Hintergrund des laufenden Modellversuches der Ersatzkassen, die Beratungen zunächst zurückzustellen. Zwischenzeitlich liegt der umfangreiche Abschlussbericht „Petö“ zu dem Modellprojekt, welches in den Jahren 1996 bis 2001 am Institut für Soziale Pädiatrie und Jugendmedizin der Ludwig-Maximilians-Universität München mit Unterstützung durch den VdAK/AEV und deren Mitgliedskassen durchgeführt wurde, vor. Die Beratungen zu der Thematik konnten deshalb am 14. Mai 2003 wieder aufgenommen werden.“

4.3 Veröffentlichung des Beratungsthemas, Abgabe schriftlicher Stellungnahmen

Nach § 6 Abs. 2 veröffentlicht der Unterausschuss diejenigen Methoden, die aktuell zur Überprüfung anstehen.

Mit dieser Veröffentlichung wird insbesondere den maßgeblichen Dachverbänden der Ärztesellschaften der jeweiligen Therapierichtungen, sowie Sachverständigen der medizinischen Wissenschaft und Praxis Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben. Darüber hinaus sind auch Stellungnahmen von Spitzenverbänden der Selbsthilfe- und Patientenorganisationen sowie von den Spitzenorganisationen der Heilmittelerbringer willkommen. Das heißt, mit der Veröffentlichung sind sie aufgerufen, sich hierzu zu äußern.

Das Beratungsthema „Konduktive Förderung nach Petö“ wurde im Bundesanzeiger vom 31. Dezember 2002, Nr. 242, Seite 26683, veröffentlicht. (siehe Anhang 11.4)

Die Veröffentlichung der Methode im Deutschen Ärzteblatt erfolgte am 24. Januar 2003 in Heft 4, Seite A-219. (siehe Anhang 11.5)

Mit der Veröffentlichung im Bundesanzeiger, im Ärzteblatt und darüber hinaus im Internet (www.g-ba.de) erfahren die aktuell vom Gemeinsamen Bundesausschuss aufgerufenen Beratungsthemen einen großen Verbreitungsgrad. Es obliegt den Dachverbänden der Ärztesellschaften oder anderen Sachverständigengruppen, sich zu Wort zu melden und alle relevanten Unterlagen einzureichen, die den Nutzen, die Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit der betreffenden Methode belegen können.

4.4 Fragenkatalog

Der damalige Arbeitsausschuss hat einen Fragenkatalog entwickelt, der den Stellungnehmenden eine Strukturierung ihrer Stellungnahmen in Ausrichtung auf die Fragestellungen des Ausschusses ermöglicht. Es wird explizit darauf hingewiesen, dass die Aussagen zum Nutzen, zur medizinischen Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit durch beizufügende wissenschaftliche Veröffentlichungen zu belegen sind.

Der Fragenkatalog wurde auf der Grundlage der geltenden BUB-Richtlinie vom Unterausschuss am 14. November 2002 verabschiedet. Der Fragenkatalog wurde allen zugeschickt, die der Geschäftsführung mitteilten, dass sie eine Stellungnahme abgeben wollten.

(siehe Anhang 11.6)

4.5 Eingegangene Stellungnahmen

Aufgrund der Veröffentlichung am 31.12.2002 im Bundesanzeiger sind die nachfolgend gelisteten Stellungnahmen eingegangen:

Nr.	Institution/Name	Datum
1	Bundesarbeitsgemeinschaft der Heilmittelverbände e. V.	18.02.2003
2	Bundesverband der in Deutschland tätigen Konduktor/Innen e. V.	10.02.2003
3	Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie e. V.	24.03.2003
4	Evang. Krankenhaus Oberhausen	17.02.2003
5	FortSchrift Nordhessen e. V.	22.01.2003
6	Institut Kinderneurologie Königsstein	03.02.2003
7	Kinderklinik Kohlhof	10.02.2003
8	Konduktiv Mehrfachtherapeutische und Psychologische Praxis	06.02.2003
9	Mariienstift	07.02.2003
10	Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e. V.	24.03.2003
11	Verein Ponte Kö e. V.	06.03.2003
12	Friedrich Schiller-Universität Jena	05.03.2003
13	Stiftung Pfennigparade	11.02.2003
14	Universität Kinder- und Jugendheilkunde (Ergänzung zur Stellungnahme Stiftung Pfennigparade)	18.02.2003
15	Verein für Menschen mit Körperbehinderung e. V.	10.02.2003
16	Zentrum für Frühbehandlung und Frühförderung gemeinnützige Betriebs GmbH (mit Anlage: Arbeitskreis 2 des Pinneberger Treffens der Konduktiven Einrichtungen in Deutschland)	27.01.2003

Weitere Stellungnahme:

17	Sozialpädiatrisches Zentrum und Fachklinik für Sozialpädiatrie und Entwicklungsrehabilitation des Bezirks Oberbayern	Brief an den VdAK vom 5.6.2002, vom VdAK an den BA weitergeleitet am 17.6.2002
----	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------

4.6 Beratung im Unterausschuss unter Berücksichtigung der Stellungnahmen und neuer wissenschaftlichen Literatur

Der damalige Arbeitsausschuss hat zur Vorbereitung seiner Beratungen eine Arbeitsgruppe einberufen, die sich aus Vertretern der Spitzenverbände der Krankenkassen- und der Kassenärztlichen Vereinigungen bzw. der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Ärzteseite zusammensetzte.

Alle Unterlagen, unter Einbeziehung der Stellungnahmen und der maßgeblichen Literatur, wurden an die Mitglieder der Arbeitsgruppe in Papierversion oder in elektronischer Form versandt bzw. als Tischvorlagen ausgehändigt.

In die Beratungen der Konduktiven Förderung nach Petö wurden die eingegangenen Stellungnahmen, die Ergebnisse von HTA-Gutachten, Empfehlungen aus Leitlinien (sofern vorhanden) und die aktuelle medizinisch-wissenschaftliche Literatur einbezogen, wie sie von den Sachverständigen und in den HTA-Gutachten benannt sowie durch eine systematische Literaturrecherche identifiziert werden konnten. Die Unterlagen wurden detailliert analysiert und hinsichtlich ihrer Aussagekraft für die Beratung des Ausschusses bewertet, um Feststellungen zum Nutzen, zur Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit einer konduktiven Förderung treffen zu können.

In der 6. Sitzung des Unterausschusses am 17. November 2004 wurde die Konduktive Förderung nach Petö abschließend zusammenfassend diskutiert. Dem Gemeinsamen Bundesausschuss wurde empfohlen, die konduktive Förderung nach Petö der Anlage der Heilmittel-Richtlinien zuzufügen (siehe Kapitel 9).

4.7 Zeitlicher Beratungsverlauf

Datum	Gremium	Bemerkung
17.07.2002	Arbeitsausschuss Heil- und Hilfsmittel	Ergebnisbericht zum Modellversuch liegt vor. <u>Beschluss:</u> 1. Beratungen zur Konduktiven Förderung nach Petö werden wieder aufgenommen. 2. Erstellung eines Fragebogens zu Petö
14.11.2002	Arbeitsausschuss Heil- und Hilfsmittel	<u>Beschluss:</u> 1. Der Fragebogen wird beraten und beschlossen. 2. Die Veröffentlichung des Beratungsthemas im Bundesanzeiger und im Deutschen Ärzteblatt wird eingeleitet.
14.05.2003	AG Petö	Einführungsvortrag zur Konduktiven Förderung nach Petö Beratung des methodischen Vorgehens
28.05.2003	Arbeitsausschuss Heil- und Hilfsmittel	Bereitstellung der Stellungnahmen
11.06.2003	AG Petö	Beratung der Literaturrecherche Beratung des standardisierten Auswertungsbogens
16.07.2003	AG Petö	Beratung des 1. Screenings

		Festlegung der Primärstudien und Übersichtsarbeiten mittels standardisierten Auswertungsbogen
21.10.2003	AG Petö	Beratung der im 1. Screening eingeschlossenen Dokumente
14.01.2004	AG Petö	Besprechung der Datenextraktionsbögen für Primärstudien und Übersichtsarbeiten
28.04.2004	Unterausschuss Heil- und Hilfsmittel	Einführungsvortrag zur Konduktiven Förderung Vorstellung der Studienauswertung durch die Mitglieder der Arbeitsgruppe vorläufiges Fazit der Arbeitsgruppe "Petö"
02.06.2004	Unterausschuss Heil- und Hilfsmittel	Beratung der methodischen Vorgehensweise gemäß der Bewertungsrichtlinie
01.07.2004	AG Petö	Abschluss der inhaltlichen Bearbeitung
02.07.2004	Unterausschuss Heil- und Hilfsmittel	Schriftliche Abstimmung des Anhörungsentwurfs
20.07.2004	Gemeinsamer Bundesausschuss	Beschluss zur Einleitung des Anhörungsverfahrens nach § 92 Abs. 6 Satz 2 SGB V
28.07.2004 - 30.08.2004		Anhörungsverfahren nach § 92 Abs. 6 Satz 2 SGB V
03.09.2004	Unterausschuss Heil- und Hilfsmittel	Beratung der eingegangenen Stellungnahmen
17.11.2004	Unterausschuss Heil- und Hilfsmittel	Abschlussdiskussion und Beschlussempfehlung für den Gemeinsamen Bundesausschuss
21.12.2004	Gemeinsamer Bundesausschuss	Beratung und Beschluss
01.04.2005		Veröffentlichung im Bundesanzeiger
08.04.2005		Veröffentlichung im Deutschen Ärzteblatt

4.8 Beschlussfassung des Bundesausschusses und Inkraftsetzung

Die abschließenden Beratungen und die Beschlussfassung zur Konduktiven Förderung nach Petö fanden am 21. Dezember 2004 im Gemeinsamen Bundesausschuss statt. Der Gemeinsame Bundesausschuss beschloss die Änderung der Heilmittel-Richtlinien am 21.12.2004 (siehe Anhang 11.14).

Der vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung nicht beanstandete Beschluss wurde am 1. April 2005 im Bundesanzeiger (siehe Anhang 11.16) und am 8. April 2005 im Deutschen Ärzteblatt bekannt gemacht. Der Beschluss ist seit dem 2. April 2005 in Kraft.

5. Methodik der Verfahrensbewertung

5.1 Informationsgewinnung

5.1.1 Informationsgewinnung und -auswahl

Mit Hilfe einer systematischen Literaturrecherche (siehe Anhang 11.1) wurden die Publikationen zum derzeit relevanten und gesicherten medizinisch-wissenschaftlichen Wissensstand zur Konduktive Förderung nach Petö identifiziert.

Darüber hinaus wurden im Vorfeld der Beratungen Stellungnahmen von Sachverständigen aus Wissenschaft und Praxis zugesendet. Die so gewonnenen Hinweise auf aktuelle wissenschaftliche Veröffentlichungen wurden zusätzlich zu den Ergebnissen der systematischen Recherchen in die Beratungen des Ausschusses miteinbezogen.

Ziel der Recherchen zur Konduktiven Förderung nach Petö war insbesondere die Identifikation von Studien mit einer Vergleichsgruppe (kontrollierte Studien). Andere, klinische Studien, systematische Übersichtsarbeiten, evidenzbasierte Leitlinien und HTA-Berichte sollten ebenfalls gesucht werden. Studien aus dem deutschen Sprachraum wurden wegen der besonderen Bedeutung des Versorgungskontextes grundsätzlich für eine Bewertung berücksichtigt.

Alle Literaturstellen wurden nach zuvor festgelegten Kriterien (Studien mit Vergleichsgruppe, bzw. für Studien aus dem deutschen Sprachraum: klinische Studie; Intervention: konduktive Behandlung; klinisch-relevante Endpunkte) von zwei unabhängigen Bewertern hinsichtlich ihrer Relevanz geprüft und in der Arbeitsgruppe besprochen. In der Arbeitsgruppe wurden, die zur Auswertung anstehenden relevanten Studien benannt und einer ersten methodischen Bewertung unterzogen. Die vorläufigen Ergebnisse der Studienbewertungen wurden in der Arbeitsgruppe diskutiert und eine übereinstimmende Beurteilung abgegeben.

5.1.2 Stellungnahmen

Sowohl die in die Stellungnahmen vertretenen Auffassungen als auch die in den Stellungnahmen benannte Literatur gingen in die Bewertung ein. In den Stellungnahmen angeführte klinische Studien wurden im Einzelnen in den Literatúrauswahl und –bewertungsprozess einbezogen. Auch Mitteilungen zur Konduktive Förderung nach Petö an den Unterausschuss, die nicht als Stellungnahme deklariert waren, wurden in der Auswertung berücksichtigt.

5.2 Informationsbewertung

Für die Bearbeitung des Themas Konduktive Förderung nach Petö hat der damalige Arbeitsausschuss „Heil- und Hilfsmittel“ des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen eine Arbeitsgruppe einberufen, die sich aus Vertretern der Spitzenverbände der Krankenkassen- und der Kassenärztlichen Vereinigungen bzw. der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Ärzteseite zusammensetzte, und zur Aufgabe hatte, die Stellungnahmen und die wesentliche Literatur auszuwerten und dem Unterausschuss „Heil- und Hilfsmittel“ vorzutragen. Dies erfolgte zunächst in Form eines einführenden Vortrages sowie der Darstellung der Auswertungen der wesentlichen Einzelstudien und der Stellungnahmen zur Konduktiven Förderung nach Petö.

Die Auswertungen wurden dem Unterausschuss vorgestellt, dort diskutiert und konsentiert. Jede vorgestellte Unterlage wurde den Ausschussmitgliedern vorab als Beratungsunterlage zugeschickt.

Die Basis der Beurteilung bildete dabei die Fragestellung des Unterausschusses, die sich aus den gesetzlichen Vorgaben des § 138 des SGB V ergibt: „Erfüllt die Konduktive Förderung nach Petö die gesetzlich vorgegebenen Kriterien, sodass die Konduktive Förderung nach Petö als vertragsärztliche Leistung zu Lasten der Krankenkassen erbracht werden sollte?“.

5.2.1 Primärstudien

Die Primärstudien wurden mit einem standardisierten Fragebogen (Datenextraktionsbogen) ausgewertet (siehe Anhang 11.9.1.1) und in der Arbeitsgruppe konsentiert. Durch die standardisierte Bewertung war es möglich, die methodische Qualität der Studie zu erfassen. Der Zusammenhang zwischen der Qualität einer Studie und der Glaubwürdigkeit ihrer Ergebnisse (Validität) ist gut etabliert. In der Regel kommt es bei weniger sorgfältig durchgeführten Studien zu einer Überschätzung der Therapieeffekte. Merkmale einer qualitativ hochwertigen Studie sind folgende Anhaltspunkte, die in den Auswertungen dargestellt wurden:

- Die Studienpopulation soll möglichst detailliert beschrieben werden.
- Verum- und Kontrollgruppe sollen aus der gleichen Population kommen.
- Die Rekrutierung der Teilnehmer soll möglichst Bias (systematische Fehler) und Confounding (Störvariable) vermeiden.
- Ein- und Ausschlusskriterien sollen beschrieben sein.
- Die Größe des Untersuchungskollektives soll sicherstellen, dass Ergebnisse sich mit hinreichender Sicherheit nicht zufällig ereignet haben (Vermeidung sowohl von alpha- als auch beta-Fehler).
- Die Art der Randomisation (Zufallszuteilung) soll beschrieben werden.
- Intervention und der Vergleichsintervention sind ausreichend beschrieben.
- Die Vergleichsgruppen sollen sich bis auf die Intervention möglichst nicht unterscheiden, innerhalb der einzelnen Gruppen soll die Behandlung gleich sein.
- Es soll eine Auswahl angemessener Outcome-Parameter sowie eine, Beschreibung der Validität und Messung dieser Parameter vorliegen.
- Eine angemessene statistische Auswertung sollte durchgeführt sein.
- Es sollte möglichst eine Intention-to-treat Analyse verwendet worden sein.

Die Nutzenbewertung der konduktiven Therapie im Rahmen von randomisierten kontrollierten Studien stellt eine nicht unerhebliche methodische und logistische Herausforderung dar. Die Arbeitsgruppe war sich bei Übernahme des Arbeitsauftrags dieser besonderen Schwierigkeiten bewusst und hat aus diesem Grund die methodischen Anforderungen an Studien, die im Prüfverfahren berücksichtigt werden sollten, entsprechend angepasst. Es wurden deshalb auch Studien ohne Randomisierung und Studien ohne Vergleichsinterventionen berücksichtigt. Im Sinne einer umfassenden Überprüfung wurden somit durch den Unterausschuss Studien mit methodisch deutlichen Problemen in die Beratung einbezogen. Bei Studien aus dem deutschen Sprachraum wurde sogar auf das Einschlusskriterium „Vergleichsgruppe“ verzichtet, um sicherzustellen, dass den Besonderheiten des deutschen Versorgungssystems Rechnung getragen wird. Um auf die eingeschränkte Aussagekraft solcher Studienergebnisse hinzuweisen, wurde die entsprechende Kritik im Fazit des Auswerters detailliert benannt. Die abschließende Ordnung der Studien nach den Evidenzstufen (Nr. 8 der BUB-Richtlinien) und die Bewertung der Ergebnisse der einzelnen Publikationen erfolgte nach ausführlicher Diskussion in der Arbeitsgruppe mit einem übereinstimmenden Votum der Arbeitsgruppenmitglieder. Die Auswertungen wurden dem Unterausschuss „Heil- und Hilfsmittel“ schriftlich zugeleitet und im Unterausschuss beraten. Änderungen der Studienauswertungen durch den Unterausschuss mussten nicht vorgenommen werden.

Bewertung der Primärstudien

(die Einzelauswertungen der Studien sind im Anhang 11.9.1.1 Detailauswertungen der formal besten Evidenz aufgeführt)

Autor / Jahr	Studientyp / Zahl / Indikation	Dauer	Anzahl / Verfahren – Petö	Anzahl / Verfahren – Vergleichsgruppe	Ergebnisparameter	Ergebnis der Autoren	Fazit der Auswertung
Cottam 1985	vergleichende Studie, nicht randomisiert / n = 10 (Matched pairs) / Kinder mit Schwermehrfachbehinderung (nur bei einem Paar bestanden erhebliche spastische Zerebralparesen und bei zwei weiteren Kindern der Kontrollgruppe dyskinetische Zerebralparesen.)	22 Monate	n = 5 (1 Proband nach 13 Monaten ausgetauscht) spezielles Trink- und Essprogramm, jeden Vormittag über 25 Minuten	n = 5 während der 25 Min. Beschäftigung mit Spielmaterial	Gesamtscores der Entwicklung zu den 14 unterschiedlichen Testzeitpunkten; Testinstrumentarium; Trink- und Essfertigkeiten, Vokal-Imitationen und Sprachverständnis	keine Evidenz dafür, dass die Experimentalgruppe größere Fortschritte erreicht hatte als die Kontrollgruppe. Eine zusätzliche regelmäßige Fördermaßnahme nach dem Petökonzept erwies sich damit nicht als effektiv.	Bei geistig behinderten Kindern ist eine kurze Intervention nicht effektiv.

Autor / Jahr	Studientyp / Zahl / Indikation	Dauer	Anzahl / Verfahren – Petö	Anzahl / Verfahren – Vergleichsgruppe	Ergebnisparameter	Ergebnis der Autoren	Fazit der Auswertung
Weber 1992	Studie mit nicht-randomisierter Vergleichsgruppe geplant / n = 24 vergleichende Studie konnte letztendlich nicht realisiert werden	2 Jahre	n = 12 Werktäglich vormittags von 9.00 Uhr bis 12.45 Uhr. Ergänzende Elternarbeit. Förderung der Motorik, von Wahrnehmungsprozessen, der Gruppenfähigkeit und Emotion, des Sprachvermögens, der Kognition bei lebenspraktischen Aufgabenstellungen	n = 12 Keine exakten Angaben. Förderung in heimatnahen Sonderkindergärten und zusätzliche häusliche krankengymnastische und/oder andere Therapien	Verbesserung der Fertigkeiten der Selbstversorgung wie Essen, Aufstehen, Sprach-Fertigkeiten, elterlicher Stress. Es wurden nur Einzelfallanalysen dokumentiert. Keine statistische Auswertung!	Konduktive Erziehung erscheint ebenso erfolgreich wie die Standardbehandlung.	Der Plan, eine vergleichende Studie durchzuführen, konnte letztendlich nicht realisiert werden. Die Aussage, dass die Konduktive Erziehung ebenso erfolgreich wie die Standardbehandlung sei, kann nicht nachvollzogen werden, da die Studiendurchführung eine wissenschaftlich verlässliche Angabe nicht zulässt. Dazu wäre eine Äquivalenz-Studie mit entsprechender Fallzahlberechnung und Studiendurchführung erforderlich.

Autor / Jahr	Studientyp / Zahl / Indikation	Dauer	Anzahl / Verfahren – Petö	Anzahl / Verfahren – Vergleichsgruppe	Ergebnisparameter	Ergebnis der Autoren	Fazit der Auswertung
Bairstow 1993	Studie mit nicht-randomisierter Vergleichsgruppe n = 36 Zerebralparese	3 Jahre	n = 19 Petö-Programm	n = 17 Spezielles Britisches Erziehungsprogramm	Vineland Adaptive Behavior Scales aus der "classroom edition" mit Aktivitäten des täglichen Lebens, zwischenmenschlicher Beziehungsfähigkeiten, Spiel- und Freizeitverhalten Developmental Profile zur Beurteilung von Kommunikation, Körperlichen Fähigkeiten, Sozialen Fähigkeiten Autarkie	Der statistische Vergleich zeigte keine signifikanten Unterschiede bezüglich der körperlichen, sozialen und funktionalen Variablen als auch des sozio-ökonomischen Status zwischen den beiden Gruppen; innerhalb beider Gruppen signifikante Verbesserungen hinsichtlich Grobmotorik, Spiel- und Freizeitverhalten, zwischenmenschlicher Beziehungsfähigkeiten, Aktivitäten des täglichen Lebens; innerhalb der Gruppen signifikante Verbesserungen bezüglich Kommunikationsverhalten, körperlichen Fähigkeiten, Sozialverhalten, Autarkie. Verschlechterung hinsichtlich der Hüftbeweglichkeit/-bewegungen in der Gruppe der Kinder mit Konduktiver Therapie.	Prospektive Studie mit zeitversetzter Kontrollgruppe, welche die Wirksamkeit einer auf englische Verhältnisse adaptierten Konduktiven Therapiemethode im Birmingham Institute for Conductive Education mit einem speziellen britischen Förderungsprogramm in Manchester im Rahmen einer nicht-randomisierten bei Kindern mit Zerebralparese verglichen hat. Studie gibt trotz der immanenten methodischen Mängel Hinweise bezüglich der Wirksamkeit der Konduktiven Therapie im Vergleich zu anderen Methoden. Aufgrund der Mängel bei der Studienplanung und –durchführung kann nicht von einer nachgewiesenen Äquivalenz der Petö-Methode zur üblichen Versorgung ausgegangen werden.

Autor / Jahr	Studientyp / Zahl / Indikation	Dauer	Anzahl / Verfahren – Petö	Anzahl / Verfahren – Vergleichsgruppe	Ergebnisparameter	Ergebnis der Autoren	Fazit der Auswertung
Catanese 1995	prospektive kontrollierte Studie n = 34 Zerebralparese, zwischen 4 bis 7 Jahre	26 Wochen	n = 17 Intervention selbst nicht eingehend beschrieben: ein aus der Petö-Methode weiterentwickeltes Programm auf Bedürfnisse in Australien abgestimmt	n = 17 Vergleichsintervention nicht näher beschrieben: es soll sich um eine individuell ausgerichtete Physiotherapie gehandelt haben	„Vulpe Assessment Battery“ (VAB) mit Funktionen Grobmotorik, Feinmotorik, Sprachverständnis, Sprachfähigkeit, Aktivitäten des täglichen Lebens Befragung der Eltern (Fragebogen zu Fähigkeiten und Stress: QRS-F Scores = questionnaire on resources and stress) Tests zur Ermittlung kognitiver Fähigkeiten der Kinder	Beide Gruppen zeigten in fast allen Fähigkeiten Verbesserungen im Vorher-Nachher-Vergleich, die Interventionsgruppe (CE) zeigt eine größere Verbesserung der motorischen Fähigkeiten; die Vergleichsgruppe weist größere Fortschritte hinsichtlich der sozialen Interaktion aus Fazit: Konduktive Erziehung (CE) vermag wahrscheinlich die motorische Entwicklung zerebralparetischer Kinder fördern und zu einer größeren Elternunterstützung führen. Randomisierte kontrollierte Studien mit einer angemessenen Probandenzahl sind erforderlich	Prospektive kontrollierte Studie mit Mängeln, die jedoch von den Autoren nicht verschwiegen wurden (keine Fallzahlplanung, keine Zufallszuteilung zu den Behandlungsgruppen etc). Die erste positive Einschätzung der Autoren hinsichtlich der Steigerung motorischer Fähigkeiten lässt sich nur mit Einschränkungen nachvollziehen. Nachvollziehbar ist jedoch, dass weitere kontrollierte randomisierte Studien mit guter Studienplanung, -durchführungen und -auswertung nötig sind

Autor / Jahr	Studientyp / Zahl / Indikation	Dauer	Anzahl / Verfahren – Petö	Anzahl / Verfahren – Vergleichsgruppe	Ergebnisparameter	Ergebnis der Autoren	Fazit der Auswertung
Coleman 1995	prospektive vergleichende Studie n = 20 Kinder mit Zerebralparese	26 Wochen	n = 11 CE-Gruppe: Petö-orientiertes Programm in 5 Zentren, Behandlungsfrequenz 5x wöchentlich bis 5x zweiwöchentlich, Behandlungsdauer je Einheit nicht angegeben	n = 8 4 Zentren: in 3 Zentren Gruppentherapie, 1 Zentrum Einzelbehandlungen ; Behandlungsdauer je Einheit und Frequenz nicht angegeben	Assessment zu Beginn der Beobachtung (Videoaufnahmen, Vulpe Assessment Battery – VAB) Auswertung der Videos durch drei unabhängige Personen (zwei Physiotherapeuten, 1 Sprachtherapeut). Diese Personen waren gegenüber der Intervention verblindet. Assessment bei Eltern: Fragebogen zu Ressourcen und Stress (questionnaire on resources and stress – QRS-F)	Vorher-Nachher-Vergleiche zu den Videoaufnahmen hinsichtlich der Grobmotorik, Feinmotorik, des Sprachverständnisses, der Sprachausführung, der Körperpflege und des Essens; in beiden Gruppen zeigten meist Verbesserungen, für die Fähigkeiten Sprachverständnis, Sprachausführung, organisatorisches Verhalten, Essen, Kleiden, soziale Interaktion, Spielen, Toilettengang und Pflege wurden die Werte der Betreuer ausgewertet. In beiden Gruppen Verbesserungen, die Interventions-Gruppe sei etwas besser gewesen. Hinsichtlich der QRS-F- Scores zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen der Kontroll- und Interventionsgruppe. Kontrollierte randomisierte Studien sind erforderlich.	Hinsichtlich der Frage, ob die betroffenen Kinder von einer Petö-orientierten Behandlung mehr profitieren können als von einer „konventionellen“ Behandlung, konnten keine überzeugenden Daten gefunden werden, so dass die Durchführung einer kontrollierten randomisierten Studie auch von den Studienautoren gefordert wurde. Den Nutzen einer Petö-orientierten Behandlung im Vergleich zu üblichen Behandlungsstrategien konnte diese Studie nicht nachweisen.

Autor / Jahr	Studientyp / Zahl / Indikation	Dauer	Anzahl / Verfahren – Petö	Anzahl / Verfahren – Vergleichsgruppe	Ergebnisparameter	Ergebnis der Autoren	Fazit der Auswertung
Hur 1995	Studie mit nicht-randomisierter Vergleichsgruppe (Teilpublikation der Studie von Bairstow 1993) n = 36 Zerebralparese	2 Jahre	n = 19 konduktive Erziehung (Birmingham)	n = 17 spezielles Erziehungsprogramm (Manchester)	Lesen, Schreiben und Rechnen in den beiden unterschiedlich geförderten Gruppen in Birmingham(CE) und Manchester (Standard) im Verlauf einer zweijährigen Studie mit standardisierten und validierten Psychologischen Testverfahren	Die akademischen Fertigkeiten unterscheiden sich in den beiden Gruppen nicht statistisch signifikant. Die akademischen Fertigkeiten in der CE Gruppe aus Birmingham und der Standard Gruppe aus Manchester waren nicht unterschiedlich, obwohl unterschiedliche Lerntechniken für Lesen und Schreiben eingesetzt worden waren und die Zahl der Stunden für motorische Übungen sich unterschieden.	Aus der Studie lässt sich nicht schließen, dass die konduktive Erziehung hinsichtlich der akademischen Fähigkeiten der anderen speziellen Erziehung gleichwertig ist, da das Studiendesign dieses nicht abgeprüft hat. Es wurde nur belegt, dass die spezielle Erziehung in Manchester nicht überlegen war. Zur Frage der Gleichwertigkeit der Ergebnisse hätte ein anderes Studiendesign gewählt werden müssen.

Autor / Jahr	Studientyp / Zahl / Indikation	Dauer	Anzahl / Verfahren – Petö	Anzahl / Verfahren – Vergleichsgruppe	Ergebnisparameter	Ergebnis der Autoren	Fazit der Auswertung
Hur 1997	Studie mit nicht-randomisierter Vergleichsgruppe (Teilpublikation der Studie von Bairstow 1993) n = 36 Zerebralparese	2 Jahre	n = 19 konduktive Erziehung (Birmingham)	n = 17 spezielles Erziehungsprogramm (Manchester)	Bewertung der motorischen Aktivitäten, des Spielens, der Freizeitaktivitäten und der Aktivitäten des täglichen Lebens.	Keine bedeutenden Unterschiede zwischen den beiden Gruppen, Wirksamkeit der Petö-Therapie nicht nachgewiesen, Petö-Therapie ist herkömmlichen Therapie-Methoden nicht überlegen. Verschlechterung in den Hüftbewegungen bei den Kindern des CE-Programms zu verzeichnen.	Die Studie sollte die Überlegenheit des CE-Programms hinsichtlich der motorischen Aktivitäten, des Spielens, der Freizeitaktivitäten und der Aktivitäten des täglichen Lebens belegen. Dies konnte nicht nachgewiesen werden. Aus der Studie lässt sich nicht schließen, dass die konduktive Erziehung der anderen speziellen Erziehung gleichwertig ist, da das Studiendesign dieses nicht abgeprüft hat.

Autor / Jahr	Studientyp / Zahl / Indikation	Dauer	Anzahl / Verfahren – Petö	Anzahl / Verfahren – Vergleichsgruppe	Ergebnisparameter	Ergebnis der Autoren	Fazit der Auswertung
Reddihough 1998	Studie mit 2 Armen: randomisierter (n = 34) und nicht-randomisierter Arm (n = 32). Alter 12 bis 36 Monate Zerebralparese	6 Monate	Randomisierter Arm: n = 17 Australian CE-based programs, deutlich weniger intensiv als die Original-ungarischen Programme (2,8 Std. / Kind / Woche) nicht randomisierter Arm n = 13	randomisierter Arm: n = 17 Physiotherapie, Methoden und Techniken des Kontroll-Programms nicht näher beschreiben (2,9 Std. / Kind / Woche) nicht randomisierter Arm n = 13	"Vulpe Assessment Battery" zur Messung von Entwicklungsvariablen, Gross Motor Function Measure (GMFM), Reynell Developmental Language Scale, Kurzform des "Questionnaire on Resources and Stress" "Parenting Stress Index" Zufriedenheit	<u>Randomisierte Zuordnung</u> : trotz allgemeiner Verbesserung in beiden Gruppen wenig statistisch signifikante Verbesserungen in der CE-Gruppe. In der <u>nicht-randomisierten Gruppe</u> deutliche Schrägverteilung der Ausgangswerte zwischen den Gruppen; Interaktions-Analyse zeigt größere Verbesserung in der Kontroll-Gruppe Fazit: Kein Hinweis, dass es zwischen den Australischen CE-Programmen und den konventionellen Physio-Programmen einen Unterschied in der Wirksamkeit gibt.	Limitationen der Studie: kleines heterogenes Kollektiv; relativ kurze Beobachtungsdauer (6 Monate); Studie nicht als Äquivalenzstudie angelegt, Schlussfolgerung bzgl. der Gleichwertigkeit nicht zulässig (erst recht nicht bei der wesentlich höheren Patientenzahl für eine Äquivalenzstudie); Vor dem Hintergrund der Schwierigkeiten, bei dieser Erkrankung und mit dieser Intervention randomisierte Studien durchzuführen, weist die Studie ein hohes methodisches Niveau auf.

Autor / Jahr	Studientyp / Zahl / Indikation	Dauer	Anzahl / Verfahren – Petö	Anzahl / Verfahren – Vergleichsgruppe	Ergebnisparameter	Ergebnis der Autoren	Fazit der Auswertung
Blank 2002	prospektiver Vorher-Nachher-Vergleich n = 61 Zerebralparese	21 Monate	n = 61 Intervention über 21 Monate: mehrere Interventionsblöcke über 21 Monate, Wechsel zwischen allgemeiner Förderungen und Intensivblöcken [Details siehe Langauswertung]	entfällt	<i>primäre Zielparameter:</i> Fähigkeit zur Lokomotion und Aufrichtung – Lokomotionsscore – Asymmetrieindex <i>Nebenzielparameter:</i> – Handmotorische Fähigkeiten – Kraft-Bewegungs-koordination [und andere siehe Langauswertung] <i>weitere Outcomevariable</i> – Aktivitäten des täglichen Lebens – und andere [siehe Langauswertung] Zielkriterien wurden 7x im Verlauf von 21 Monaten erhoben, psychologische	Hauptzielkriterien Fähigkeit zur Lokomotion und Aufrichtung: - funktionelle Gesamtscore keine Veränderungen zwischen Therapiephasen und Pausen, nach dem 3. Intensivblock gab es allerdings „deutliche“ Verbesserungen, - der pathophysiologische Score zeigte insgesamt keine Veränderungen - der Asymmetrie-Index zeigt insgesamt eine Verringerung der Asymmetrie [Nebenkriterien siehe Langauswertung] Die vorliegende Studie zeigt Vor- und Nachteile der Konduktiven Förderung. Ein „Allmachtsanspruch“ ist bei weitem nicht gerechtfertigt. Im Einzelfall müsse entschieden werden, ob, wie lange und in welcher Intensität Konduktive Förderung sinnvoll erscheint.	Nutzen einer dreimalig in 21 Monaten durchgeführten Konduktiven Förderung als Blocktherapie selbst bei einer besonders geeigneten selektionierten Gruppe ist nicht nachgewiesen. Ob gewisse „Teilerfolge“ von Nutzen sind, bleibt unklar, da die Veränderung auch durch andere Maßnahmen erzielt werden könnte und die Veränderung während der Therapiephasen auch anders als durch die konduktive Förderung möglich ist (Gruppeneffekt?). Es lassen sich keine Ansätze für den Einsatz der Konduktiven Förderung als „Blocktherapie“ im Sinne einer Rehabilitations-Maßnahme ableiten. Der Nutzen einer blockweise durchgeführten Konduktiven Therapie lässt sich letztendlich nur durch prospektive kontrollierte Studien nachweisen.

5.2.2 Systematische Übersichtsarbeiten

(auch z. B.: HTA-Berichte, Leitlinien):

Zusätzlich zur Primärstudienauswertung wurden auch systematische Übersichtsarbeiten und HTA-Berichte standardisiert ausgewertet und die Ergebnisse in den Beratungsprozess einbezogen.

Die Ergebnisse zu den Reviews und HTA Berichten

- ARIF (Aggressive research intelligence facility).
Cerebral Palsy – Conductive Education <http://www.bham.ac.uk/arif/conduct.htm>
(Durchführung der Recherche: Mai 1996, updated: 12/1996)
- Boyd RN, Morris ME, Graham HK.
Management of upper limb dysfunction in children with cerebral palsy.
European Journal of Neurology 2001; 8 (Suppl): 150-166
- Darrah J, Watkins B, Chen L, Bonin C.
Effects of conductive education intervention for children with a diagnosis of cerebral palsy: an AACPDm evidence report.
American Academy for cerebral palsy and developmental medicine (AACPDm)
Treatment outcomes committee review panel 2/2003
- Ludwig S, Leggett P, Harstall C.
Conductive education for children with cerebral palsy Alberta Heritage
Foundation for Medical Research, 2000. HTA 22:
http://www.ahfmr.ab.ca/hta/hta-publications/reports/cond_edu.pdf
- Norwegian Board of Health (2000).
A professional assessment of alternative training schemes such as the Doman
(Delacato) method and similar methods for children with brain injuries.
Chapter 2: Summary and main conclusions.
- Swedish Council on Technology Assessment in Health Care (SBU). Conductive
education – an educational program for children with cerebral palsy.
[Konduktiv pedagogik - ett pedagogiskt program för barn med Cerebral Pares]
<http://www.sbu.se/www/index.asp>

(siehe Anhang 11.9.2)

5.2.3 Stellungnahmen

Alle Stellungnahmen wurden den Arbeitsgruppenmitgliedern in Kopie zugeschickt sowie den Ausschussmitgliedern zur Sitzung des ehemaligen Arbeitsausschusses Heil- und Hilfsmittel am 28.05.2003 zur Verfügung gestellt. Sie waren neben den wissenschaftlichen Unterlagen Beratungsgrundlage für die Arbeitsgruppensitzungen.

Hinsichtlich der Fragen aus dem Fragenkatalog (siehe Kapitel 11.6):

20. Kann Ihres Erachtens die „Konduktive Förderung nach Petö“ wie die Maßnahmen der physikalische Therapie, der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie oder der Ergotherapie als Einzel-Heilmittel verordnet und durchgeführt werden oder handelt es sich um eine standardisierte Kombination - ähnlich der so formulierten Kombination im Bereich der Physikalischen Therapie?
21. Sollte die „Konduktive Förderung nach Petö in hierfür geeigneten selbständigen Therapeutenpraxen oder sollte sie in anderen Einrichtungen (z. B. sozialpädiatrische Zentren, Frühfördereinrichtungen, Rehabilitations-Einrichtungen) durchgeführt werden?
22. Werden andere Methoden hierdurch überflüssig und warum?

äußerten sich **befürwortend**:

5.2.3.1 Bundesverband der in Deutschland tätigen Konduktor/Innen e. V.

zu 20:

Die Konduktive Förderung ist eine eigenständige Methode, welche als Einzel-Heilmittel verordnet werden kann.

zu 21:

Die Konduktive Förderung kann sowohl in selbständigen Praxen, als in anderen Einrichtungen durchgeführt werden. Es sollen jedoch die Voraussetzungen der Gruppenförderung vorhanden sein. Weitere Voraussetzung der qualitativen Ausführung ist das entsprechend ausgebildete Fachpersonal, in selbständigen Praxen mit mehrjähriger Berufserfahrung, bzw. eine regelmäßige konduktive Fachsupervision.

zu 22:

Nein, die Konduktive Förderung ist eine Alternative zu den anderen Förderungsmethoden.

5.2.3.2 FortSchritt Nordhessen e. V.

[keine Beantwortung der Fragen]

„Wir würden uns außerordentlich freuen, wenn ihre Kommission zu dem Schluss kommen könnte, dass die Konduktive Förderung als Heilmittel anerkannt und damit von den Krankenkassen bezahlt würde, damit endlich diese erfolgreiche ganzheitliche Therapiemethode allen, denen sie helfen kann, zur Verfügung steht.“

5.2.3.3 Konduktiv Mehrfachtherapeutische und Psychologische Praxis

zu 20:

1. Konduktive Frühförderung oder (bei ausdrücklicher Indikation) Einzelförderung und Konduktive Elternschulgruppen:
→ Verordnung als Heilmittel (Leistungsträger KK)
2. Konduktive Kindergartengruppen:
→ Tagessatzvereinbarungen (Mischfinanzierung KK/Eingliederungshilfe)
3. Konduktive Schulgruppen:
→ Schulträger + Tagessatzvereinbarung über den Mehraufwand für KF (Mischfinanzierung KK-Eingliederungshilfe)
4. Konduktive Nachmittagsgruppen:
→ Verordnung als Heilmittel (Mischfinanzierung KK/Eingliederungshilfe) oder Vergütungsvereinbarungen mit den Leistungsträgern
5. Konduktive Blockförderung:
→ Reha oder Mischfinanzierung KK/Eingliederungshilfe

zu 21:

KF sollte aus ökonomischen Gründen möglichst in bestehenden Einrichtungen durchgeführt werden. Je größer die Einrichtung, umso leichter wird die Zusammenstellung kooperationsfähiger, konduktiver Tagesgruppen.

Je größer der Personalstab, umso mehr Vielfalt hinsichtlich des medizinisch-therapeutischen und pädagogischen Know-how ist möglich.

Umgekehrt formuliert: Je kleiner die Einrichtungen/freie Praxis, umso höher die fachlichen Ansprüche an die einzelnen Teammitglieder.

Große Konduktive Einrichtungen mit einem adäquaten Angebot für alle Altersgruppen, Behinderungsformen (möglichst mit Schulstatus) wird es nur an wenigen Standorten geben können.

Es bleibt demnach zu hoffen, dass sich viele engagierte KonduktorInnen finden, die bereit sind, ein selbständiges Angebot KF in freier Praxis zu organisieren und damit einen Beitrag zur flächendeckenden Versorgung zu leisten.

zu 22:

Insgesamt wird selbstverständlich keine andere Methode dadurch überflüssig, dass sich die KF der Menschen mit motorischen, sensorischen oder Mehrfachbehinderungen annimmt; es wird auch keine Berufsgruppe arbeitslos.

Die Leistungen von Physio-/ErgotherapeutInnen, LogopädInnen, PädagogInnen, PsychologInnen etc. werden größtenteils von nicht-behinderten Menschen mit isolierten Problemen in Anspruch genommen.

Ein ansonsten normal entwickeltes Kind mit Sprachschwierigkeiten braucht bspw. keine KF, sondern eine gute logopädische Betreuung; ein Mensch mit Haltungproblemen braucht eine gute physiotherapeutische Versorgung....

Außerdem stellt KF auch ein Arbeitsfeld für die genannten Berufsgruppen dar; persönliche Neigung und Weiterbildungsinteresse vorausgesetzt.

5.2.3.4 Marienstift Arnstadt (Orthopädische Klinik, Abt. Kinderorthopädie)

zu 20:

Die konduktive Förderung nach Petö könnte wie die Maßnahmen der physikalischen Therapie als Einzel-Heilmittel verordnet werden. Dann müsste es wie bei der

Physiotherapie auf neurophysiologischer Basis als Langzeitbehandlung verordnet werden.

zu 21:

In erster Linie sollte die konduktive Förderung in sogenannten spezialisierten Einrichtungen durchgeführt werden. Es ist jedoch sicherlich auch denkbar, dass Konduktoren in eigens aufgebauten Therapeutenpraxen oder in integrativ arbeitenden Kindergärten aktiv werden.

zu 22:

Wie schon oben erwähnt, werden die klassischen physiotherapeutischen Maßnahmen nicht überflüssig. Es ist jedoch zu hoffen, dass durch die ganzheitliche Förderung nach Petö die Gesamtentwicklung der Kinder positiver verläuft und somit das vorhandene Entwicklungspotential maximal genutzt wird. Dies kommt letztlich sowohl dem Kind bzw. späterem Erwachsenen in unserem sozialen Gefüge zu Gute als auch unserem Sozialsystem, da am Ende weniger abhängige behinderte Menschen bestehen werden.

5.2.3.5 Stiftung Pfennigparade

zu 20:

Es handelt sich um eine „standardisierte Kombination“ im Sinne einer neurophysiologischen Behandlung, die nach dem Heilmittelkatalog verordnet werden sollte.

Je nach Alter und Angebotsform beinhaltet die Arbeit zu einem höheren oder geringeren Anteil medizinisch-therapeutische Arbeit auf neurophysiologischer Basis wie bereits weiter oben beschrieben.

Sie kann aber auch in begründeten Fällen als Einzel-Heilmittel verschrieben werden.

zu 21:

Die KF muss unter fachärztlicher Verantwortung und Aufsicht stattfinden und kann unter dieser Bedingung in allen Einrichtungen und auch Praxen durchgeführt werden.

Da die Angebotsform die Gruppe ist, ist es notwendig, mehrere Kinder zusammenfassen zu können zu konduktiven homogenen Gruppen. Dies macht oft die Anbindung an ein Zentrum notwendig.

Es gibt jedoch bereits konduktive Gruppen in therapeutischen Praxen in Gebieten, wo keine entsprechenden Einrichtungen zur Verfügung stehen.

zu 22:

Andere therapeutische Methoden können bis zu 70 - 80 % überflüssig werden, wenn ein gut ausgebildetes konduktives Team zusammenarbeitet (= gleichwertiges therapeutisches und pädagogisches Fachpersonal). Auf Einzeltherapie kann z. B. bei postoperativer Nachbehandlung oder Logopädie (bei schwerer Schädigung im Mund- und Sprachbereich) nicht verzichtet werden. Ebenso können Maßnahmen wie Manuelle Therapie, Biofeedback, Hippotherapie etc. die konduktive Förderung zeitweise ergänzen oder unterstützen.

5.2.3.6 Univ.-Klinik für Kinder- und Jugendheilkunde Innsbruck (Ergänzung zur Stellungnahme Stiftung Pfennigparade)

zu 20:

Die Empfehlung einer ärztlichen Verordnung nach dem Heilmittelkatalog durch einen mit den Prinzipien der KF vertrauten Arzt möchte ich voll unterstützen.

zu 21:

Die Notwendigkeit von und das Verständnis für Kompromisse wird durch die mir vorliegende Stellungnahme (Pkt. 21 „...an Zentren oder in Praxen?“) aus meiner Sicht schön belegt.

zu 22:

-

5.2.3.7 Verein für Menschen mit Körperbehinderung Nürnberg

zu 20:

Die Konduktive Förderung ist eine eigenständige Methode, welche als Einzel-Heilmittel verordnet werden kann.

zu 21:

Die Konduktive Förderung kann sowohl in selbstständigen Therapeutenpraxen, als in anderen Einrichtungen durchgeführt werden. Voraussetzung der qualitativen Ausführung ist jedoch ein entsprechend ausgebildetes Fachpersonal, in selbstständigen Praxen mit mehrjähriger Berufserfahrung und eine regelmäßige konduktive Fachsupervision.

zu 22:

Nein. Die Konduktive Förderung ist eine Alternative zu den anderen Förderungsmethoden. Jedoch ist die Konduktive Förderung gerade für schwerbehinderte Kinder und Erwachsene (z. B. Schlaganfall, MS usw.) eine Therapiemethode, die durch die intensive Blockförderung die Möglichkeit bietet, enorme motorische Fortschritte zu erzielen.

Nicht befürwortend äußerten sich:

5.2.3.8 Bundesarbeitsgemeinschaft der Heilmittelverbände BHV

zu 20:

KFP beinhaltet Elemente der oben genannten Einzel-Heilmittel zzgl. einem nicht zu unterschätzenden Anteil (heil)pädagogischer Maßnahmen. Ob dies, sollte KFP eine verordnungsfähige Leistung nach § 92 SGB V werden, ein Einzel-Heilmittel wird, können wir zum heutigen Zeitpunkt nicht beantworten.

(vgl. Frage 21)

zu 21:

Ein Einsatz in therapeutischen Praxen ist schwer vorstellbar, da es sich bei KFP um ein Konzept handelt, bei dem die Interventionen über einen Achtstundentag hinweg angeboten werden und die Kontinuität der Gruppenförderung verlangt (HORSTMANN & OSKAMP, 2000, 63). Die herkömmliche Praxis ist darauf zur Zeit nicht eingestellt, hier wären Veränderungen notwendig.

zu 22.:

Durch die KFP werden andere Methoden, wie z. B. nach Bobath und Vojta oder orofaziale Therapie nach Castillo-Morales oder Ergotherapie nicht überflüssig. Das geht auch eindeutig aus dem Bericht hervor, siehe z. B. Seite 4-120 und 4-124, u. a. 16-232 bis 16-235.

In dem Bericht über das Modellprojekt wird auf das Problem der Blockförderung hingewiesen. Der Bericht lässt keinen Zweifel an der Bevorzugung einer kontinuierlichen Therapie (siehe Seite 4-124). Ob allerdings eine flächendeckende

Versorgung mit KFP möglich sein wird, so dass ein Kind mit ICP (chronische Erkrankung) diese intensive Förderung in seinem gewohnten Umfeld und kontinuierlich erfahren kann, ist äußerst fraglich. Der Anteil der ICP-Kinder in der BRD sinkt (die bessere Intensivmedizin bei der Geburt) und nicht alle Kinder mit ICP eignen sich für eine derartige Förderung. Von daher wird das Angebot nur in Ballungsgebieten möglich sein.

5.2.3.9 Evang. Krankenhaus Oberhausen (Zentrum für Kinderheilkunde)

zu 20:

Die konduktive Therapie nach Petö kann im Prinzip wie andere Maßnahmen als Einzelheilmittel verordnet werden, wobei allerdings entsprechende Voraussetzungen, wie der o. g. Entwicklungsstand bzw. die Gruppenfähigkeit oder ein Mindestalter von 2 - 3 Jahren berücksichtigt werden sollte.

zu 21:

Die konduktive Therapie nach Petö sollte beim derzeitigen Entwicklungs- und Verbreitungsstand in Deutschland zunächst sozialpädiatrischen Zentren und assoziierten bzw. supervidierten Frühfördereinrichtungen sowie im Einzelfall auch Reha-Einrichtungen vorbehalten sein, um die Qualität hinreichend zu sichern. Gemessen an der Inanspruchnahme und dem ambulanten Setting müssten in Deutschland ca. 20 Institutionen vorgehalten werden.

zu 22:

Bei Anwendung der konduktiven Therapie können nicht nur während der Zeit der Behandlung, sondern auch in der Folgezeit zusätzliche Heilmittel wie Krankengymnastik oder Ergotherapie eingespart werden. In Fällen in denen die konduktive Therapie sich nicht erwartungsgemäß als ausreichend erfolgreich erwiesen hat, kann jedoch oft noch das Potenzial einer verbesserten Motivation für die Wiederaufnahme konventioneller Verfahren geschöpft werden.

5.2.3.10 Institut Kinderneurologie Königstein

zu 20:

Konduktive Förderung ist eine ganzheitlich arbeitende medizinische Rehabilitationsmaßnahme, die, bezogen auf o. g. Krankheitsbilder, therapeutische Aspekte der Physiotherapie, Ergotherapie, Sprachtherapie und Psychotherapie zielorientiert zusammenführt.

zu 21:

Nur in ärztlich geleiteten Einrichtungen, die über o. g. Qualifikation und mehrjährige Erfahrungen in ambulanter medizinischer Rehabilitation verfügen.

zu 22:

Konduktive Förderung ist eine Ergänzung im medizinisch therapeutischen Reha-Angebot und macht einen Großteil stationärer medizinischer Reha-Maßnahmen überflüssig!

5.2.3.11 Kinderklinik Kohlhof

zu 20:

Bei der konduktiven Förderung nach Petö handelt es sich um eine ganzheitliche Behandlungs- und Fördermethode zur Verbesserung der Statomotorik, Handmotorik

Förderung der geistigen und sprachlichen Entwicklung sowie der sozialen Kommunikation.

zu 21:

Nach meinem Urteil kann die konduktive Förderung nach Petö sachgemäß durchgeführt werden in einer Praxis, wo kinderneurologisch weitergebildeter Kinderarzt und Konduktorin oder vergleichbare Therapeutinnen zusammenarbeiten, wie dieses bei Herrn Dr. med. Rochel in Königsstein der Fall ist. Sozialpädiatrische Zentren sind nach meinem Urteil geeignete Einrichtungen für diese Therapieform, ebenso bestimmte Rehabilitationseinrichtungen und Frühfördereinrichtungen, wenn sie neben den Konduktorinnen oder vergleichbaren Therapeutinnen auch einen kinderneurologisch versierten Kinderarzt oder Orthopäden mit im Team haben.

zu 22:

Andere, herkömmliche Behandlungsmethoden wie Krankengymnastik nach Voijta und Bobath oder Ergotherapie und Logopädie werden durch die konduktive Förderung nach Petö nicht überflüssig, sondern bei dem einen Kind sind diese Therapieformen günstiger, beim anderen Kind die konduktive Förderung nach Petö. Auch gibt es andere Kinder, wo sich mehrere Therapieformen wechselseitig je nach Entwicklungsstand und Befunderhebung ergänzen können. Dies muss von dem Kinderneurologen in Zusammenarbeit mit den Therapeuten und Eltern jeweils entsprechend einem Therapieplan erarbeitet werden. Eine wichtige Ergänzung zur konduktiven Therapie von Kindern mit infantiler Zerebralparese gehört die optimale Hilfsmittelversorgung, kinderorthopädische Betreuung, auch mit der Frage, ob und wann orthopädische korrigierende Operationen notwendig sind, um die Basis für die konservative Therapie zu verbessern. Auch die Behandlung mit Botulinum-Toxin gehört ergänzend in den Therapieplan bei infantiler Zerebralparese dazu. Es muss also jeweils ein umfassender Therapie- und Rehabilitationsplan aufgestellt werden.

5.2.3.12 Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e. V.

zu 20:

Konduktive Förderung stellt im Prinzip ein kombiniertes Heilmittel dar, welches Merkmale von logopädischen, physiotherapeutischen und ergotherapeutischen Maßnahmen etc. zu integrieren versucht.

Die Maßnahme wird in der Regel in einer eher homogenen Gruppe von Kindern mit Bewegungsstörungen, v. a. Infantiler Zerebralparese durchgeführt. Eine Integration mit edukativen Systemen (Kindergarten, Schule) erscheint gerade bei kontinuierlicher Förderung sinnvoll.

zu 21:

Aufgrund der Komplexität und der qualifizierten ärztlichen Betreuung sowie aufgrund der notwendigen Verlaufsuntersuchungen bzw. „Assessments“ zur Therapieverlaufskontrolle ist davon auszugehen, dass Konduktive Förderung nur in größeren, meist multiprofessionellen Zentren und weniger in Einzelpraxen oder gar in isoliert arbeitenden pädagogischen Einrichtungen therapeutisch sinnvoll durchführbar ist.

Für Blockförderungen (Intensivblöcke) kommen sozialpädiatrische und kinderneurologische Zentren und deren angegliederte Rehabilitationskliniken in Betracht. Für kontinuierliche Förderungen kommen hierfür Langzeitrehabilitationszentren und -einrichtungen mit entsprechend integrierten Sonderkindergarten- und Sonderschuleinrichtungen sowie evtl. mit Wohngruppen, die mit Sozialpädiatrischen Zentren assoziiert sind oder über entsprechendes medizinisches Fachpersonal verfügen, in Ausnahmefällen auch speziell qualifizierte Frühfördereinrichtungen (nur bis zum Alter von 6 Jahren), in Betracht.

zu 22:

Diese Frage ist derzeit nicht sicher zu beantworten. Eine längerfristige Perspektive besteht eventuell darin, dass umsetzungs- und aufgabenorientierte therapeutische Arbeit im Rahmen der Konduktiven Förderung stärker als bisher in den Alltag der Kinder im Kindergarten und in der Schule integriert und intensiviert zum Einsatz kommen könnte und damit sporadische, teilweise unkoordinierte oder redundante Einzelmaßnahmen am Kind eher reduziert werden könnten.

Ein weiterer eher formaler Vorteil könnte sein, dass durch die geschickte Nutzung der Gruppe mehr Kinder über eine längere Zeit fachmännisch geleitete Therapie und Rehabilitation durchlaufen als bisher.

Dabei muss versucht werden, die konduktive Förderung und Therapie an deutsche Verhältnisse anzupassen. Da konduktive Förderung - wie unter 10. dargestellt - durchaus Aspekte einer modernen wissenschaftlich begründeten Neurorehabilitation enthält - wird es als möglich und sinnvoll gesehen, dass moderne therapeutisch-rehabilitative Maßnahmen in dieses Konzept in den nächsten Jahren verstärkt ein- und ausgebaut werden. Inwieweit Vertreter eines „klassischen konduktiven Ansatzes“ (im übrigen wie die Vertreter der bereits anerkannten „klassischen krankengymnastischen Konzepte“) diese notwendige Weiterentwicklung mit nachvollziehen, muss hinterfragt werden. Insofern ist nochmals zu betonen, dass eine medizinische Supervision und eine möglichst objektive Verlaufskontrolle und Qualitätssicherung von hoher Bedeutung sein werden und mitentscheiden dürfte, ob das Konduktive Konzept als gezieltes therapeutisches Instrument oder eher als alternative sonderpädagogische Förderung zum Einsatz kommt.

5.2.3.13 Verein Ponte Kö e. V.

zu 20:

Konduktive Förderung kann für einen Patienten als Einzelheilmittel verordnet werden.

zu 21:

Diese Therapie kann niemals in selbständigen Therapeutenpraxen durchgeführt werden. Begründung: Literaturverzeichnis (3), Seite 65.

zu 22:

Nein. In einer Entwicklungsphase eines Kindes kann es aufgrund der Entwicklungsimbalance durchaus notwendig sein, forcierte Logopädie oder Ergotherapie oder Manualtherapie oder Botulinumtoxin-Therapie begleitend und entwicklungsfördernd anzuwenden.

5.2.3.14 Friedrich Schiller Universität Jena

zu 20:

Bei der konduktiven Förderung nach Petö handelt es sich nicht um eine Einzeltherapie, sondern um eine Komplextherapie und kann daher nicht als Einzel-Heilmittel verordnet und durchgeführt werden. Die standardisierte Kombination von Behandlungen ist nur qualitativ festgelegt, quantitativ wird in Abhängigkeit des Befundes der Anteil der einzelnen Schwerpunkte durch Zeitaufwand und Intensität dem individuellen Befund des Kindes angepasst. Es ist auch nicht sinnvoll einzelne Elemente der Petö-Therapie wegzulassen, um sie dadurch zu „optimieren“.

zu 21:

Zur Zeit findet die Petö-Therapie als Blocktherapie in einzelnen Zentren statt. Sinnvoll ist eine dezentrale Förderung zu indizieren, die personell und materiell im SPZ, in Frühförderungs- oder Kindergarteneinrichtungen, in Rehabilitationskliniken und

ambulanten Rehabilitationseinrichtungen, in Förderschulen und Förderschulorten möglich ist. Die dezentrale Koordination sowie Aus- und Weiterbildung von Ko-Therapeuten sollte in diesen Einrichtungen oder in entsprechenden selbständigen Therapeutenpraxen, die allerdings den in Punkt 19 genannten Qualitätskriterien entsprechen müssen, und in verpflichtender Zusammenarbeit mit Kinderarzt, Kinderneurologe und Kinderorthopäde erfolgen.

zu 22:

Je nach Befundentwicklung können andere Methoden reduziert werden, allerdings besteht auch die Möglichkeit, dass andere Methoden stärker additiv durchgeführt werden müssen. Vorstellbar ist, dass die Frequenz der neurophysiologischen Übungsbehandlung reduziert oder beispielsweise eine Antikontrakturbehandlung durch den Physiotherapeuten ausgesetzt werden kann.

5.3 Was bedeutet „Äquivalenz“ oder Gleichwertigkeit?

Wie bereits dargelegt, zeigte keine der ausgewerteten kontrollierten Studien (siehe Anhang 11.9.1) eine Überlegenheit der konduktiven Förderung nach Petö verglichen mit den „konventionellen“ Behandlungsformen (meist mit Elementen der Physiotherapie, Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie, Ergotherapie).

Es stellte sich bei den Beratungen im Unterausschuss die Frage, ob dies bedeuten könne, dass die konduktive Förderung nach Petö den Vergleichsbehandlungen gleichwertig oder „äquivalent“ sei.

Daher wird in den folgenden Erläuterungen die Frage geklärt

„Ist aus den ausgewerteten Studien der Rückschluss möglich, dass die konduktive Förderung nach Petö gegenüber der jeweiligen physiotherapeutischen Vergleichsintervention äquivalent ist?“

Die Interpretationsmöglichkeiten einer negativen Studie, d. h. einer Studie ohne signifikanten Nachweis der Überlegenheit der konduktiven Förderung nach Petö gegenüber der jeweiligen Vergleichsbehandlung werden am Beispiel einer Studie mit den Behandlungsoptionen A und B vorgestellt.

Bei einer solchen Studie gibt es 3 mögliche Ergebnisse:

- Nach Behandlung A haben die Studienpatienten eine bessere Bewegungsfähigkeit (z. B. Mobilität, Koordination) verglichen mit Behandlung B → **Behandlung A ist Behandlung B überlegen.**
- Durch Behandlung A haben die Studienpatienten eine schlechtere Bewegungsfähigkeit verglichen mit Behandlung B → **Behandlung A ist Behandlung B unterlegen.**
- Nach Behandlung der Patienten mit A oder B zeigt sich bezüglich der Bewegungsfähigkeit **kein Unterschied.**

Letztere Situation entspricht der Fragestellung und es müssen mehrere Konstellationen untersucht werden :

1. Behandlung A ist in Wirklichkeit **besser**. Aber die Studie konnte den Effekt nicht herausarbeiten, obwohl er tatsächlich existiert.
2. Behandlung A ist in Wirklichkeit **schlechter**. Aber die Studie konnte die Unterlegenheit nicht herausarbeiten, obwohl sie tatsächlich vorhanden ist.
3. **Keine** der beiden Therapieoptionen - weder Behandlung A noch Behandlung B - **ist** in Wirklichkeit **wirksam**.

Welche Gründe können bewirken, dass Behandlung A (in Wirklichkeit) überlegen oder unterlegen) ist, sich dieser tatsächlich vorhandene Effekt aber in der Studie nicht abbildet (s. o. Situation 1 und 2)?

Im folgenden sollen eine Reihe häufiger Einflussfaktoren diskutiert werden, ohne dass die Liste erschöpfend ist:

- Es wurden zu wenige Patienten in die Studie eingeschlossen. Dies hat zur Folge, dass die Power („*statistische Kraft*“) der Studie zu gering ist, um mit einer ausreichenden Sicherheit den Effekt auch herauszuarbeiten. (Per Konvention möchte man eine Sicherheit von 80 % haben, dass man einen Effekt, der wirklich existiert, in der Studie auch nachweisen kann). Keine der Studien zur konduktiven Förderung nach Petö hat dargelegt, dass sie über eine ausreichende Power verfügt, um einen potentiell vorhandenen Effekt mit einer Wahrscheinlichkeit von 80 % oder höher auch nachzuweisen.
- Ein anderer häufiger Grund ist das sogenannten „Hintergrundsrauschen“ einer Studie, das verhindern kann, dass sich ein existierendes „Signal“ (also der Effekt) heraushebt. Dies kann der Fall sein, wenn die Patienten zu unterschiedlich sind und / oder unterschiedlich auf die Intervention reagieren („Heterogenität“); wenn Behandlung und / oder Kontrollbehandlung zu ungenau festgelegt wurden und / oder nicht einheitlich durchgeführt wurden, wenn die Messinstrumente und / oder die Endpunkte nicht ausreichend empfindlich waren, um tatsächlich vorhandene Veränderungen festzuhalten. In allen bewerteten Studien zur konduktiven Förderung nach Petö trafen einer oder mehrerer dieser Faktoren zu.

Die dritte Situation überprüft die Frage, ob die Standardtherapie in Wirklichkeit überhaupt wirksam ist. Dabei sind in den vorliegenden Studien die eingesetzten Standardtherapien nicht oder nur unzureichend beschrieben und nicht reproduzierbar dargestellt, so dass keine Aussage über deren Wirksamkeit gemacht werden kann. Im Kontext der konduktiven Förderung nach Petö muss man zusätzlich neueren internationalen Diskussionen führender Experten Rechnung tragen, die auf der Grundlage zahlreicher Studien mit negativem Ergebnis das Konzept der traditionellen Physiotherapie (d. h. Förderung der normalen Funktion) bei Kindern mit infantiler Zerebralparese hinterfragen ¹. So kann die Möglichkeit, dass weder die zu bewertende noch die Standardtherapie „wirksam“ ist, auf der Grundlage der vorhandenen Daten nicht ausgeschlossen werden.

¹ Rosenbaum P. Cerebral palsy: what parents and doctors want to know. BMJ 2003; 326:970-4.

Welche Voraussetzungen müssen also für die Aussage gegeben sein, dass zwei Interventionen gleich wirksam sind? Die internationale Literatur kennt dafür 3 Kriterien².

1. Die Studien müssen mit einem hochwertigen Studiendesign durchgeführt worden sein.
2. Es muss eine ausreichende Menge an Patienten eingeschlossen sein, wobei als Faustregel gilt, dass ungefähr viermal so viele Patienten benötigt werden wie bei einer Überlegenheitsstudie.
3. Der Wirksamkeitsnachweis der Standardtherapie muss gegeben sein.

Bei der aufgeworfenen Frage zur Stellung der konduktiven Förderung nach Petö im Vergleich zu den „konventionellen“ Behandlungsformen trifft keine der 3 Voraussetzungen zu.

Damit ist eine Aussage über die Gleichwertigkeit der konduktiven Förderung nach Petö mit den konventionellen Behandlungsformen aus methodischen Gesichtspunkten nicht zulässig.

² Jones B, Jarvis P, Lewis JA, Ebbutt AF. Trials to assess equivalence: the importance of rigorous methods. *BMJ* 313: 36-39. 6-7-1996

6. Hintergrund und Grundlagen der Konduktiven Förderung nach Petö

Die konduktive Förderung von Kindern mit zerebralen Bewegungsstörungen wurde in Ungarn entwickelt und eingeführt. Dort existierten in der Zeit nach dem ersten Weltkrieg Schulen für Kinder mit unterschiedlichen Behinderungen: Hörschädigung, Sprachstörung, Sehbehinderung, mentale Retardierung und Körperbehinderung. Bedingung für den Besuch dieser Schulen war die Fähigkeit der Kinder, laufen zu können. Erst 1952 wurde ein spezielles Institut zur Förderung von motorisch gestörten Kindern eröffnet, das auf diese Bedingung verzichtete, und sich Nationales Institut zur motorischen Therapie nannte. Bildungspolitisch war die wichtigste Aufgabe die Kinder zum Laufen zu bringen, um sie in die regionalen Spezialschulen eingliedern zu können. 1963 wurde dieses Institut dem Bildungsministerium in Ungarn unterstellt und die Ausbildung zu Konduktoren etabliert, womit auch die besondere Arbeit, die in diesem Institut geleistet wird, offiziell anerkannt worden ist.

Initiiert wurde die Einrichtung dieses Instituts von Andras Petö, einem ungarischen Arzt, der in Wien studiert hatte, dort auch 2 Jahrzehnte praktizierte, und zwar sowohl in ambulanter Tätigkeit, als auch in klinischer Tätigkeit. Er nahm eine Professur für spezielle Erziehung bzw. Pädagogik an und eröffnete 1952 das erwähnte Institut. Er beschäftigte sich sehr mit Psychotherapie, lernte Freud kennen, Jacobsen, auch Moreno, jeweils Gründer von eigenen psychotherapeutischen Behandlungsverfahren. Eine zusammenhängende Darstellung seiner Lehre bzw. der theoretischen Vorstellungen zur Wirksamkeit hat Petö nicht verfasst.

Grundlagen der konduktiven Erziehung nach PETÖ

Das wichtigste Ziel der konduktiven Förderung ist es, die "Orthofunktion" zu erreichen, darunter ist die selbstständige Eingliederung in die Gesellschaft in den normalen Kindergarten oder die Regelschule zu verstehen (Hari 1968, zit. in Cottam und Sutton 1986, S. 41ff). Unter der Vorstellung, dass bei den bewegungsgestörten Kindern lediglich Lernhindernisse bestehen, die es zu überwinden oder zu kompensieren gilt, sollen die Kinder von der Dysfunktion zur Orthofunktion kommen.

Im Mittelpunkt steht die Förderung der eigenen Aktivität der Kinder, die selbst Wege finden sollen, Ziele, die ihnen vorgeschlagen werden, oder die sie selbst vorhaben, zu erreichen. Auf dem Weg zu diesem Ziel sollen sie selbst lernen, insbesondere ihre motorischen Fertigkeiten zu verbessern.

Dies beinhaltet einen möglichst individuellen Zugang zum Kind, da es darauf ankommt, die individuellen Entwicklungsschritte, die das Kind als nächstes erreichen kann, zu erkennen, es darin zu unterstützen und zu motivieren. Nicht die alters- oder intellektbezogenen Defizite sollen konstatiert, sondern die Entwicklungsmöglichkeit des Kindes im Auge behalten oder ins Auge gefasst werden.

Das Kind soll zu eigenständigen Tätigkeiten angeregt werden. Es kommt damit automatisch zum Prozess einer wechselseitigen Beeinflussung zwischen Kind und Umwelt. Emotionen, Wahrnehmung und Motivation sind damit verbundene Ereignisse. Die Bewegung gilt als wichtigstes Element für den Austauschprozess von Kind und Umwelt. Eine zielgerichtete und motivierte Handlung besteht aus sog. Operationen (Einzelbausteine des Bewegungsaktes), welche ihrerseits automatisiert sind und abhängig von der aktuellen Bedingung mehr oder weniger abgerufen werden können (Weber und Rochel, S. 304).

Bei einem zerebral geschädigten Kind verläuft der Austauschprozess mit der Umwelt, z. B. vermittelt durch eine Bezugsperson, nicht normal, sondern gestört. Der Aneignungsprozess selbst, der als Lernprozess über der Bewegung laufen soll, ist

daher eingeschränkt. Da die Handlungen auch emotional und sozial motiviert sind, verläuft auch die kindliche Entwicklung in diesen Bereichen nicht normal.

Ein weiteres Element ist die Förderung der Kommunikation. Dabei orientiert sich das Denksystem von Petö an den neuropsychologischen Vorstellungen der russischen Schule (Wygotski, Leontjew, Lurija u. a.). Angenommen wird, dass sich die Auseinandersetzung des Neugeborenen und des Säuglings mit der gegenständlichen Umwelt nur über die Vermittlung von Erwachsenen vollziehen kann. Im Umgang mit den Erwachsenen kommen auch die Übungsprozesse zustande.

Die Sprache wird als zentrales Element der psychomotorischen Entwicklung angesehen.

Die menschliche Tätigkeit ist in psychische und soziale Bedingungen auch über die Sprache eingebunden, da z. B. beim Spielen die eigene Sprache begleitend zur Handlung, aber auch die sprachliche Anregung, Ermutigung oder Kritik durch Erwachsene eine zentrale Rolle bei jedem motorischen Lernprozess spielen. Es wird angenommen, dass die sprachliche Entwicklung von der sozialen Sprache dann zur internalisierten verlaufe, welche wiederum mitverantwortlich für die Verhaltenssteuerung sei. Somit sei die sprachliche Entwicklung eng an Handlungsverfahren im Umgang mit der Umwelt und Erwachsenen gebunden.

Alle diese Überlegungen werden unter dem Begriff einer Tätigkeitstheorie zusammengefasst. Damit ist ein integratives, ganzheitliches System gemeint, das es den Menschen ermöglicht, seine Persönlichkeit zu entwickeln. Zitat: "Die Entwicklung der Persönlichkeit wird als harmonisches Ineinandergreifen von Erkenntnisprozessen und affektiven Prozessen verstanden, wobei der Bewegung als Tätigkeit eine zentrale Bedeutung zukommt" (zit. aus Weber und Rochel, S. 302). Eine Störung von Organisation und Programmierung des Bewegungsablaufes führt automatisch auch zu einer gestörten Persönlichkeitsentwicklung. Das wesentliche Merkmal der Tätigkeitstheorie wird nach Cottam und Sutton in dem kurzen Satz zusammengefasst: "The brain cannot be influenced from the periphery but only by fulfilling a task".

Praxis der konduktiven Förderung

Die praktische Durchführung aller Vorstellungen wird dem/der Konduktor-/in übertragen. Ihm/Ihr muss es gelingen, sehr unterschiedliche Aufgaben oder Kompetenzen zu übernehmen, die in der Regel z. B. von Krankengymnasten, Ergotherapeuten, Logopäden, Pädagogen sowie Psychologen übernommen werden. Damit wird nicht nur theoretisch, sondern auch personell ein Zusammenwirken der unterschiedlichen Teilsysteme bei der kindlichen Entwicklung umgesetzt. Die Integration aller Förderansätze erfolgt also in einer Person. Von ungarischen Autoren und Ausbildern am „Petö-Institut“ in Budapest wird immer wieder betont, dass die Aufgabe der Konduktorin vorrangig als eine pädagogische Aufgabe anzusehen ist. Im englischen Sprachraum wird daher von der "conductive education" und im deutschen Sprachraum von der "konduktiven Förderung" gesprochen.

Das „Petö-Institut“ wurde dem Bildungsministerium unterstellt (M. Hari et al. 1992; E. M. Balogh u. M. Hari 1993).

Bei der praktischen Umsetzung sind wesentlich:

- a) Die Förderung erfolgt in Gruppen von Kindern mit gleichem oder ähnlichem Störungsbild. Dadurch wird ein Lernen am Modell nicht nur über eine Konduktorin, sondern auch innerhalb der Gruppe von Kind zu Kind ermöglicht. Die Imitation anderer Kinder unterstützt die Lernvorgänge. Darüber hinaus wird ein gruppenspezifischer Prozess angeregt, der für die Motivation der Kinder von großer Bedeutung ist.

- b) Die Kinder werden verbal aufgefordert tätig zu werden, z. B. eine Körperhaltung einzunehmen, oder sich fortzubewegen. Die Sprache ist auch ein Vermittler für Lob und Anerkennung bzw. Kritik, welche möglichst wenig angebracht wird. Kritik, Mimik und Sprache zusammen sorgen also für eine positive Atmosphäre zur Förderung der eigenen Aktivität. Hierzu gehört auch das sog. rhythmische Intendieren, bei dem innerhalb der Gruppe durch die Sprache Bewegung aktiviert wird.
- c) Lernerfolge sollen vor allem durch operante oder instrumentelle Konditionierung erreicht werden, wie sie in der klassischen Lerntheorie vertreten werden. Der Einsatz von verstärkten Reizen, ständiges Wiederholen der gleichen Aufgaben, sind dabei wichtige Elemente.
- d) Die Umgebungsbedingungen sind so zu gestalten, dass es möglichst wenig Ablenkung von den Zielen der Förderung gibt, und die Hilfsmittel und -materialien sind so beschaffen, dass sie relativ schlicht und funktionsbezogen sind: Holzpritschen, Holzleitern zu Aufrichtung, Unterschenkel-Fußorthesen, Holzhindernisse und -stufen, Geländer zum Festhalten, Dreipunktstützen u. a. m.
- e) Es werden genaue Tagesabläufe und Tätigkeitsprogramme für jedes Kind erstellt (eingeteilt in adäquate Untereinheiten), die aber in die Gruppenaktivität eingebunden sind.
- f) Die Unterstützung der eigenen Möglichkeiten erfolgt nicht nur durch Hilfsmittel, sondern auch durch die Konduktorin im Sinne einer Fazilitation, wobei die Bewegungsabläufe direkt und gezielt unterstützt werden können. Sie fungiert aber im wesentlichen als Katalysator. Sie stellt Aufgaben, gibt aber keine Lösungen vor (Balogh et al. 1993).

Intensität der Förderung

Die Förderung erfolgt in der Regel als ein Interventionsprogramm über mehrere Stunden pro Tag und an mehreren Tagen in der Woche entweder integriert in einem Kindergartensetting oder schulischen Gruppensetting während des ganzen Jahres oder als mehrwöchiger Intensivkurs. Es werden auch Modelle angeboten, bei denen die Kinder einmal in der Woche halbtags gefördert werden und bei denen der Schwerpunkt bei der Elternanleitung liegt, mit dem Ziel die Förderung täglich im häuslichen Umfeld durchzuführen. Dabei werden wesentliche Elemente des Konzeptes aufgegeben wie z. B. die umfassende, integrierte Förderung mehrerer Bereiche (Motorik, Sprache, Kommunikation) durch mehrjährig ausgebildete Konduktorinnen und die Gruppendynamik. - Ein Förderprogramm, bei dem nur einmal pro Woche für zwei Stunden Kind bzw. Eltern behandelt bzw. angeleitet wurden, wurde von Reddihough et al. (1998) in Australien evaluiert. - In Deutschland wird die Konduktive Förderung meist als eine ergänzende Intervention angesehen, die zusätzlich zu der üblichen Behandlung und Förderung durchgeführt werden soll oder kann, im Gegensatz zu der ursprünglichen Konzeption.

MERKMALE DER KONDUKTIVEN FÖRDERUNG NACH PETÖ

- Förderung der eigenen Aktivität, wobei die individuell effektivsten Entwicklungsschritte erkannt und in den Behandlungsplan aufgenommen werden;

- Anregung der Kommunikation mit den nächsten Bezugspersonen und der Umwelt, ein Grundbedürfnis aller Kinder (nach Wygotski und Luria);
- Handlungsbegleitende Einbindung der Sprache, die auch für die Verhaltenssteuerung entscheidend ist;
- Arbeit in der Gruppe zur Verbesserung der Motivation;
- Diagnostik, Planung und Behandlung selbst liegen in der Hand der Konduktorin;
- Die Lernerfolge werden verstärkt durch Konditionierung dabei wirkt die Konduktorin als Katalysator. Einsatz von einfachen und funktionsorientierten Hilfsmitteln.
- „Komplexbehandlung“, die mehrere Stunden am Tag möglichst über Wochen oder Monate erfolgen muss und pädagogische bzw. heilpädagogische als auch funktionell therapeutische orientierte Aspekte umfasst.

Verbreitung

Die konduktive Förderung nach Petö hat in Deutschland in den letzten 10 Jahren eine zunehmende Verbreitung gefunden. Sie wird angeboten von Einrichtungen, die von gemeinnützigen eingetragenen Vereinen (z. B. zur Förderung der Ideen von Petö) getragen werden, oder von Frühförderzentren, Rehakliniken sowie Sozialpädiatrischen Zentren. Die Frequenz und Intensität der Förderangebote variieren sehr (von 1x pro Woche 1-2 Stunden bis zur Einbindung in mehrwöchige stationäre Behandlungen). Die Kostenträger sind Eltern selbst, z. T. Krankenkassen und Sozialämter (Mischfinanzierung).

Indikationen und Kontraindikationen der Konduktiven Förderung nach Petö

Entsprechend dem offiziellen Auftrag der ungarischen Behörden wurde die konduktive Förderung vor allem für Kinder mit zerebralen Bewegungsstörungen infolge frühkindlicher Hirnschäden entwickelt (infantile Zerebralpareesen). Inzwischen wird sie auch eingesetzt bei der Rehabilitation von erworbenen zerebralen Bewegungsstörungen (z. B. nach Schädelhirntraumata), und außerdem wird sie bei Paraplegien (z. B. nach RM-Schädigung), M. Parkinson, Multipler Sklerose und Spina bifida propagiert. Es soll nur die Indikation bei den infantilen Zerebralpareesen detailliert dargestellt werden, da nur hierzu Evaluationsstudien vorliegen, die wissenschaftlichen Mindestansprüchen genügen.

Die infantilen Zerebralpareesen

Die infantilen Zerebralpareesen (ICP) oder cerebral palsy (CP) haben eine Prävalenzrate von ca. 2 / 1000 Lebendgeborene (Stanley et al. 2000). Die Inzidenzrate steht in reziproker Beziehung zur Schwangerschaftsdauer bzw. dem Geburtsgewicht, so dass zusammen mit dem Anstieg der Überlebensrate von unreifen Neugeborenen ab einer Schwangerschaftsdauer von unter 32 Wochen auch die Zahl der ICP-Kinder zugenommen hat. Über die Klassifikation und Ätiologie der infantilen Zerebralpareesen wird seit langem diskutiert; es handelt sich nicht um ein einheitliches Krankheitsbild (Niemann und Krägeloh-Mann 2002). Nicht nur die Motorik betroffen, sondern es finden sich in verschiedenen Organsystemen und Bereichen Funktionsstörungen oder Beeinträchtigungen, wie eine von Kennes et al. (2002) durchgeführte Untersuchung des Gesundheitszustandes von Kindern erneut zeigen konnte. Betroffen sind:

- Muskelskelettsystem: Körperhaltung und Kopfkontrolle (Aufrichtung), Zielmotorik der Hände, Fortbewegung, Mundmotorik (Sprechen sowie Beißen, Kauen und Schlucken), Gelenkmobilität (Kontrakturen), Gelenkfehlstellungen (z. B. Hüftluxation) und Skoliose;

- Die Ernährung: Mundmotorik/ Dysphagie, Nahrungstransport/ Verdauung;
- Kommunikation und Sinnesorgane: Sprache, Sehen, Hören;
- Kognition: Teilleistungsstörungen, Lernbehinderung oder geistige Behinderung.

Daher sind nicht nur therapeutische Maßnahmen zur Verbesserung der motorischen Funktionen erforderlich, sondern die Behandlung muss „ganzheitlich“ ausgerichtet werden.

Bei der klassischen Form der ICP ist der Muskeltonus erhöht (Muskelspastik) bei intendierten Bewegungsabläufen und bei raschen, passiven Bewegungen. Die Antigravitätsmuskeln sind am meisten betroffen. Die Muskelkraft ist vermindert, der Bewegungsablauf abnorm: zu langsam, unkoordiniert, zielungenau und schablonenhaft. Die Hirnschädigung kann auch vorwiegend als Ataxie (evtl. kombiniert mit spastischer Symptomatik) oder Dystonie und Chorea (evtl. mit spastischer Symptomatik) in Erscheinung treten. Sie kann alle Extremitäten (Tetraparese), nur drei (Triparese), die unteren (Diparese) oder nur eine Körperseite (Hemiparese) betreffen.

WESENTLICHE THERAPIEZIELE

- Verbesserung der körperlichen Mobilität, insbesondere der Aufrichtung und des Laufens
- Verbesserung der manuellen Fertigkeiten
- Verbesserung der Mundmotorik (Mundschluss, Kauen und Schlucken)
- Verbesserung der Kommunikation insbesondere der verbalen Kommunikation
- Förderung der kognitiven Fähigkeiten
- Förderung des eigenständigen Handelns, der Selbstständigkeit, des Selbstbewusstseins und der Motivation
- Verbesserung der psychischen Befindlichkeit und Lebensqualität
- Integration in Familie, Schule und Gesellschaft

Indikation zur Förderung

Die Indikation zur Konduktiven Förderung orientiert sich an unterschiedlichen Aspekten: Lebensalter, Schweregrad der Erkrankung und Mitarbeit bzw. Motivation vom Patienten und Angehörigen und muss auch die Intensität der Fördermaßnahmen berücksichtigen.

Alter:

Die Konduktive Förderung wurde für Kinder im Kindergarten- und Vorschulalter entwickelt. Sie wird aber inzwischen auch propagiert für jüngere Kinder, wobei wesentliche Elemente des Konzeptes nicht oder nur bedingt genutzt werden (Balogh 1993). Inzwischen wird die Indikation für Erwachsene ebenfalls vorgeschlagen; hierzu wurden bis heute keine Evaluationsstudien durchgeführt.

Schweregrad der Symptomatik

Patienten mit erheblichen Einschränkungen der Seh- und Hörfähigkeit, mit Einschränkung der intellektuellen Fähigkeiten oder mit Verhaltensstörungen können den praktischen Anforderungen des Förderkonzeptes nur zum Teil entsprechen. Sie sind wurden daher bei den meisten Evaluationsstudien ausgeschlossen. Die Ergebnisse einer kontrollierten Studie bei schwermehrfachbehinderten Kindern von Cottam et al. (1985) unterstützt diese Einstellung. Auch aus der Studie von Blank et al.

(2002) ergibt sich der Eindruck, dass Kinder mit mittelgradig ausgeprägter Symptomatik am meisten von der konduktiven Förderung profitiert haben.

Mitarbeit und Motivation

Voraussetzung für die Förderung ist eine ausreichende Motivation und Mitarbeit der Patienten.

Dauer

Die Konduktive Förderung kann theoretisch bis in das Erwachsenenalter weitergeführt werden (Read et al. 1995). Berücksichtigt man den natürlichen Verlauf, so ist die größte Effektivität in den ersten Lebensjahren zu erwarten. Nach Crothers u. Paine (1959) und Beals (1966) entwickeln sich den betroffenen Kindern die motorischen Funktionen in den ersten Lebensjahren sehr langsam und erreichen ein Plateau im Alter von 7 - 8 Jahren. Die zitierten Untersuchungen fanden zu einer Zeit statt, in der noch keine systematischen krankengymnastischen Therapieprogramme erfolgten. In jüngster Zeit hat eine kanadische Arbeitsgruppe Studien zur Prognose durchgeführt, und die Ergebnisse im Grunde bestätigt (Rosenbaum et al. 2002). Etwa 65 % der Kinder mit Tetraparese erreichen die Fähigkeit mit oder ohne Unterstützung laufen zu können. Die Behandlungsintensität kann im Schulalter reduziert werden. Die Ziele der Physiotherapie richten sich dann vorwiegend die Vermeidung von Kontrakturen, Gelenkfehlstellung, Skoliose und Förderung der Selbstständigkeit.

Dies schließt nicht aus, dass in Einzelfällen durch eine Verbesserung der biomechanischen Voraussetzungen auch noch nach dem 10. Lebensjahr eine Gehfähigkeit erreicht werden kann. Andererseits ist aus longitudinalen Studien bekannt, dass im Erwachsenenalter motorische Fähigkeiten, insbesondere auch das (freie) Laufen, verloren gehen können (Bottos und Gericke 2003). Daher bestehen Therapie- und Versorgungsbedarf auch bei erwachsenen Menschen zur Vermeidung von Folgeschäden (Anderson et al. 2001). Inwieweit die Konduktive Förderung hierbei sinnvoll ist, wurde bisher nicht wissenschaftlich untersucht.

Beziehung zu anderen Behandlungsverfahren

Die konduktive Förderung wird z. T. als Ersatz für und z. T. als Ergänzung zur Standardbehandlung in Deutschland bei Patienten mit zerebralen Bewegungsstörungen gesehen, in Abhängigkeit von der Frequenz und Intensität der konduktiven Förderung.

- Standardbehandlung bei zerebralen Bewegungsstörungen im Kindes- und Jugendalter
Die Standardbehandlung besteht aus der Kombination unterschiedlicher therapeutischer Verfahren, die von verschiedenen Berufsgruppen eingesetzt und den Angehörigen und Bezugspersonen vermittelt werden, so dass auch im Alltag soweit wie möglich angewendet werden können. Oft wird die Therapie schon vor Eintritt in den Kindergarten ergänzt durch pädagogische Förderangebote. Die Auswahl und Intensität der Maßnahmen erfolgt individuell in Abhängigkeit von Art und Ausmaß der Symptomatik, Motivation und Persönlichkeit des Kindes und in Zusammenarbeit mit den Angehörigen und Bezugspersonen bzw. den konkret gegebenen psychosozialen Umständen, in den die Patienten leben. Die wichtigsten Ziele sind das Erreichen der größtmöglichen Selbstständigkeit und bestmögliche Integration in Familie und Gesellschaft.
- Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage nach Vojta: Spezielle Bewegungsmuster werden reflektorisch ausgelöst und sollen im ZNS gespeichert werden; sie sollen als Grundlage für die Generierung von aktiven Bewegungsabläufen zur Verfügung gestellt werden. Wichtigstes Ziel ist es die

neurophysiologischen Grundlagen für einen möglichst normalen Bewegungsablauf insbesondere bei der Aufrichtung und Fortbewegung zu schaffen.

- Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage nach Bobath: Anregung von praktisch wichtigen Bewegungen und Handlungen im täglichen Leben oder um bestimmte Entwicklungsschritte in Übungsstunden zu erzielen. Die jeweiligen Therapieziele orientieren sich einerseits an den Entwicklungsschritten der normalen motorischen Entwicklung und andererseits an konkreten Aufgabenstellungen die zu konkreten Fortschritten in der Selbstständigkeit des Kindes führen.
- Ergotherapie:
Zusätzlich zur Physiotherapie erfolgt auch Ergotherapie mit, deren wichtigstes Ziel ebenfalls die größtmögliche Selbstständigkeit ist. Bei alltagsrelevanten Aufgabenstellungen wird vor allem die Hand- und Zielmotorik, Auge-Hand sowie Hand-Hand Koordination geübt. Ebenso wie der „Bobath-Therapie“ werden das motorische Lernprozesse durch ständiges Wiederholen der Handlungsabläufe erreicht; beide Therapien ergänzen sich.
- Logopädische Behandlung:
Bei erheblichen Störungen der mundmotorischen Funktionen und damit verbundenen Störungen der Nahrungsaufnahme kann Logopädie bereits in den ersten Lebensmonaten hilfreich sein, wobei unterschiedliche Techniken eingesetzt werden. Bei Entwicklungsstörungen der Sprache werden durch logopädische Behandlung einerseits die Voraussetzungen zur aktiven Sprache durch mundmotorische Übungsprogramme verbessert und andererseits die Voraussetzungen zur Kommunikationsfähigkeit gefördert. Später sind evtl. kompensatorische Möglichkeiten zur Kommunikation wie z. B. Gebärdensprache oder unterstützte Kommunikation einzusetzen.

Zusätzliche Behandlungsverfahren:

Manualtherapie oder Chirotherapie und Injektion von Botulinumtoxin gehören zur Standardbehandlung ebenso wie die Anpassung von Orthesen und Hilfsmitteln sowie ggf. orthopädische Operationen.

Psychosoziale Begleitung

Die Behandlung schließt eine kontinuierliche die psychische Beratung sowie soziale Beratung und Hilfestellung ein.

Behandlungsintensität

In der Regel erhalten die Kinder 1x - 2x / Woche Physiotherapie, 1x / Woche Ergotherapie und ggf. 1x / Woche Logopädie. Die Behandlung wird weitergeführt auch bei Eingliederung in Sonderkindergarten oder Integration in einen Regelkiga. Nach der Einschulung wird die Frequenz der Therapien in der Regel reduziert. Regelmäßige Intensivtherapiewochen werden zusätzlich z. T. wahrgenommen, die meist von den Eltern mitfinanziert werden.

Literatur

- Anderson C, Mattson E (2001) Adults with cerebral palsy: a survey describing problems, needs, and resources, with special emphasis on locomotion. Dev Med Child Neurol 43:76-82
- Balogh EM, Hari M. (1993) Konduktive Erziehung nach Petö. In: Lischka A, Bernert G (Hrsg) Aktuelle Neuropädiatrie 1992. Wehr; Ciba-Geigy
- Balogh EM (1993) The conductive education of cerebral palsy in early age. Excerpta Medica Congress Services 1033: 241ff

- Beals R K (1966) Spastic paraplegia and diplegia. *J Bone Joint Surg* 48-A:827- 846
- Bottos M, Gericke C (2003) Ambulatory capacity in cerebral palsy: prognostic criteria and consequences for intervention. *Dev Med Child Neurol* 45:786-790
- Cottam P, Mc Cartney E, Cullen C (1985) The effectiveness of conductive education principles with profoundly retarded multiply handicapped children. *British Journal of Disorders of Communication* 20:45-60
- Cottam PJ, Sutton A. *Conductive Education. A system for overcoming motor disorders.* London/Sidney; Croom Helm 1986
- Crothers B, Paine RS (1959) *The Natural History of Cerebral Palsy.* Cambridge Mass., Harvard/ In: Ross G, Mitchell MD (1958) *Classics in Dev Med* No. 2. Mac Keith Press distributed by Blackwell Oxford
- Hari M, Horvath J, Kozma J, Kökuti M. *Das Petö System (Prinzipien und Praxis der konduktiven Erziehung).* Budapest; Internationales Petö Institut 1992
- Kennes J, Rosenbaum P, Walter S, Russell D, Raina P, Bartlett D, Galuppi B (2002) Health status of school-aged children with cerebral palsy: information from a population-based sample. *Dev Med Child Neurol* 44:240-247
- Niemann G, Krägeloh-Mann I (2002) Zur Diskussion um die sogenannten Zerebralparesen. *Monatsschr Kinderheilkd* 150:197-1401
- Palisano R, Rosenbaum P, Walter S, Russell D, Wood E, Galuppi B (1997) Development and reliability of a system to classify gross motor function in children with cerebral palsy. *Dev Med Child Neurol* 39:214-223
- Read J, Sutton A (1995) Conductive education for adults with motor disorders. *British Journal of Therapy and Rehabilitation* 2:675-678
- Reddihough DS, King J, Coleman G, Catanese T (1998) Efficacy of programmes based on Conductive Education for young children with cerebral palsy. *Dev Med Child Neurol* 40:763-770
- Rosenbaum PL, Walter SD, Hanna SE, Palisano RJ, Russell DJ, Raina P, Wood E, Bartlett DJ, Galuppi BE (2002) Prognosis for gross motor function in cerebral palsy. *JAMA* 288:1357-1363
- Russel DJ, Rosenbaum PL, Cadman DT, Gowland C, Hardy S, Jarvis S (1989) Gross motor function measure: a means to evaluate the effect of physical therapy. *Dev Med Child Neurol* 31: 341-352
- Stanley F, Blair E, Alberman E (2000) *Cerebral Palsies: Epidemiology and Causal Pathways.* Clinics in Developmental Medicine No. 151, pp 22. Mac Keith Press, distributed by Cambridge Univ. Press
- Weber K.S., Rochel M. *Konduktive Förderung für cerebral geschädigte Kinder.* Bonn; Forschungsbericht des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung Nr. 224, Sozialforschung 1992 Weber K.S. (1998-1999) *Konduktive Förderung und Rehabilitation.* Schriftenreihe Band 1 - 4

7. In den Stellungnahmen genannte Indikationen

Nach Ankündigung des Beratungsthemas gingen beim Bundesausschuss die in Kapitel 4.5 aufgeführten und in Kapitel 11.7 ff dokumentierten Stellungnahmen ein. Dabei bezogen sich die Stellungnahmen auf nachfolgende Erkrankungen bzw. Indikationen:

Bundesarbeitsgemeinschaft der Heilmittelverbände	infantile Zerebralparese (ICP): spastische Hemiparesen, armbetont, beinbetont, tribetont, seitenbetont sowie um Mischformen von Hemiparesen und Diparesen und schließlich spastische Tetraparesen
Bundesverband der in Deutschland tätigen KonduktorInnen e. V	Zerebralparesen (unabhängig von der Ursache und Stadium), wie spastische Tetraparese, Hypotonie, Ataxie, Athetose, Hemiplegie, Paraplegie, Spina Bifida sowie bei der Parkinson-Syndrom und Multiple Sklerose mit erhöhten oder hypotonen Muskeltonus im ganzen Körper, halbseitig oder in den oberen, bzw. in den unteren Extremitäten betont; eingeschränkten Fortbewegung in allen Formen; eingeschränkten Bewegungsmöglichkeiten der oberen Extremitäten und unterentwickelten Feinmotorik; vorhandenen pathologischen Reflexen und Reaktionen; erhöhtem Risiko von sekundären orthopädischen Deformitäten des Skelettes und der Muskulatur; Zerebellare Koordinationsstörungen; Schwierigkeiten beim Essen und Trinken (Schlucken, Kauen, Saugen); Schwierigkeiten der Ausdrucksfähigkeit und der Sprache; Teilfunktionsstörungen des Nervensystems, wie Aphasie; Apraxie usw.; bzw. Störungen des abstrakten Denkens; Wahrnehmungsstörungen im Körperschema, Orientierung, Perzeption; Kognitiven Fähigkeitsstörungen und Gedächtnisstörungen allgemeinen Konzentrationsstörungen und speziellen Lernunfähigkeiten wie Dyslexie, Dyscalculie; mangelhafter Eigenaktivität und Motivation; und primärer oder sekundärer geistigen Retardation. Eine Indikation zur Konduktiven Förderung ist begründet, wenn einige von den oben genannten Symptomen vorhanden sind. Die Kontakt und Lernfähigkeit ist jedoch Hauptkriterium zur erfolgreichen Förderung. Ausschlusskriterien: Schwere Beeinträchtigungen der physischen Belastbarkeit durch Entwicklungsanomalien von Herz und Kreislauf oder extremer Krampfaktivität Schwerste Sinnesbeeinträchtigungen (Gehörlosigkeit oder Blindheit) Genetische Erkrankungen mit überwiegend geistiger Behinderung Orthopädische Probleme, die eine körperliche Belastung verbieten
Evang. Krankenhaus Oberhausen; Zentrum für Kinderheilkunde	Zerebralparesen vom Typ Tetraspastik, spastische Diplegie, Hemiplegie, Athetose und Ataxie
FortSchrift Nordhessen e.V.	keine Angaben
Institut Kinderneurologie Königstein	Infantile Zerebralparese Tetraparese Hemiparese Diparese Athetose Choreoathetose Ataxie.
Kinderklinik Kohlhof	Patienten im Alter von 2-17 Jahre, schwerpunktmäßig zwischen 2,5 und 12 Jahren mit infantiler Zerebralparese
Konduktiv Mehrfachtherapeutische und Psychologische Praxis	Konduktive Förderung kann grundsätzlich erfolgreich bei Menschen aller Altersgruppen mit motorischen, sensorischen oder Mehrfachbehinderungen angewandt werden. Die Indikation im Einzelfall ergibt sich nicht nur aus dem Bestehen einer Behinderung, sondern auch aus den Ressourcen auf Seiten des

	<p>Betroffenen und seiner Familie bzw. auf Seiten des Anbieters KF. Da bekanntlich <u>jede</u> insbesondere früh erworbene Bewegungsbeeinträchtigung oder sensorische Integrationsstörung ein die Entwicklung der Gesamtpersönlichkeit beeinflussendes, mehr oder weniger ausgeprägtes Lernhindernis darstellt, kann es bei unserer Klientel höchst selten <u>Einzeldiagnosen</u> geben.</p> <p>Ohne nicht Genanntes ausschließen zu wollen, haben wir es in der KF gewöhnlich mit folgenden ärztlichen Leitdiagnosen zu tun:</p> <p>Frühkindlicher Hirnschaden, Sensomotorische Entwicklungsstörung, Infantile Zerebralparese (Tetraparese, Di- oder Hemiplegie), Hyper- oder Dyskinetische Bewegungsstörungen, Ataxie, Athetose, Muskelhypotonie, Spina bifida, Zustand nach Schädel-Hirntrauma u. a. erworbene Hirnfunktionsstörungen (bspw. nach Ertrinkungsunfall, Intoxikation, Tumor, Gefäßverschluss etc.) Zustand nach Enzephalitis mit Residualsyndrom, Multiple Sklerose, Parkinson.</p> <p>Als ärztliche Diagnosen für häufige Begleit- oder Folgeerkrankungen/-beeinträchtigungen sind - ebenfalls ohne nicht Genanntes ausschließen zu wollen - zu nennen:</p> <p>Allgemeine Entwicklungsverzögerung, Mentale Retardierung, Sensomotorische Integrationsstörung (bei anderer Leitdiagnose). Zumeist mit Aufmerksamkeits-/Konzentrationsstörungen, häufig auch Kontaktstörungen, Sprachstörungen und Beeinträchtigungen der Mundmotorik, Sinnesbeeinträchtigungen (insbesondere der Sehfähigkeit bei der Mehrzahl der Frühgeborenen), Epilepsie, Orthopädische Diagnosen wie bereits bestehende Hüftdysplasien oder muskuläre, Gelenk- oder Hautkontrakturen usw.</p>
Marienstift Arnstadt	<p>Kinder mit infantiler Zerebralparese, auch Kinder mit Chromosomenschädigungen und hieraus resultierenden psychointellektuellen und motorischen Störungen Kinder mit cerebrally bedingten Bewegungsstörungen, z. B. nach Enzephalitis, Schädel-Hirn-Trauma, Aneurysmablutung etc.</p>
Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e. V.	<p>Hauptzielgruppe der Konduktiven Förderung sind Kinder und Jugendliche im Alter von ca. 3 bis 18 Jahren mit den verschiedenen Formen der Infantilen Zerebralparese (ICP) Seltener Kinder mit anderen zentralen Bewegungsstörungen im Rahmen von postnatalen Schädigungen des Zentralnervensystems.</p>
Verein Ponte Kö e. V.	<p>konduktive Förderung ist für Kinder und Erwachsene mit cerebralen Bewegungsstörungen, wie Enthemmung der Funktion Ausfall der Funktion Dysregulation der Funktion, d. h. für Kinder und Erwachsene mit Mehrfachbehinderung, wie Spastik (Tetraplegie, Diplegie, Hemiplegie), Athetose und Ataxie anwendbar</p>
Friedrich Schiller Universität Jena	<p>Indikationsspektrum kindliche und jugendliche Patienten mit infantiler Zerebralparese mit Hemi- und Tetraspastik sowie Diparese, die sitz-, gehalten und frei steh- sowie gehalten und frei gehfähig sind. Es bestehen komplexe Defizite der Motorik, Koordination, Intelligenz, des sozialen Verhaltens, der Sprache und weitere Nebenerkrankungen.</p>
Stiftung Pfennigparade	<p>Konduktive Förderung ist erfolgreich anwendbar bei folgenden Syndromen (keine Altersbegrenzung), wenn eine geistige Mitarbeit</p>

	<p>(schließt also geistige Behinderung nicht aus) möglich ist: infantile Zerebralparese (spast. Hemi-, Di-, Tetraparese/-plegie, dyskinetische Bewegungsstörungen, Ataxie) ICP mit Mehrfachbehinderung Zst. p. Schädel-Hirn-Trauma und anderen erworbenen Hirnfunktionsstörungen (nach Ertrinkungsunfall, Intoxikation, Tumor, Gefäßverschluss, u. a.) Zst. p. Enzephalitis bzw. Meningitis mit Residualsyndrom Muskelhypotonie-Syndrom neurophysiologische Wahrnehmungs- und Entwicklungsstörungen Spina bifida- Syndrom neurologische Erkrankungen bei Erwachsenen mit MS, Parkinson, Hemiplegie nach Schlaganfall allgemeine Entwicklungsretardierung. Ausschlusskriterien: KF ist nur in begründeten Einzelfällen und/oder nach zeitlich begrenzter Teilnahme geeignet für Patienten mit: hochgradiger oder kompletter Seh- und/oder Hörstörung therapieresistenten Anfallsleiden progredienter Enzephalopathie progredienten neuromuskulären Erkrankungen Syndromerkrankungen, die eine geistige Beteiligung ausschließen</p>
<p>Verein für Menschen mit Körperbehinderung Nürnberg</p>	<p>Zerebralparesen (unabhängig von der Ursache und Stadium) wie spastische Tetraparese, Hypotonie, Ataxie, Athetose, Hemiplegie, Paraplegie, Spina Bifida sowie das Parkinson-Syndrom und Multiple Sklerose mit erhöhtem oder hypotonem Muskeltonus im ganzen Körper, halbseitig oder in den oberen bzw. in den unteren Extremitäten betont; eingeschränkter Fortbewegung in allen Formen; eingeschränkten Bewegungsmöglichkeiten der oberen Extremitäten und unterentwickelten Feinmotorik; vorhandenen pathologischen Reflexen und Reaktionen; erhöhtem Risiko von sekundären orthopädischen Deformitäten des Skelettes und der Muskulatur; zerebellaren Koordinationsstörungen; Schwierigkeiten beim Essen und Trinken (Schlucken, Kauen, Saugen); Schwierigkeiten der Ausdrucksfähigkeit und der Sprache; Teilfunktionsstörungen des Nervensystems wie Aphasie, Apraxie usw. bzw. Störungen des abstrakten Denkens; Wahrnehmungsstörungen im Körperschema, Orientierung, Perzeption; Kognitiven Fähigkeitsstörungen und Gedächtnisstörungen; allgemeinen Konzentrationsstörungen und speziellen Lernunfähigkeiten wie Dyslexie, Dyscalculie; mangelhafter Eigenaktivität und Motivation und primärer oder sekundärer geistigen Retardation. Eine Indikation zur Konduktiven Förderung ist begründet, wenn einige von den oben genannten Symptomen vorhanden sind. Der Kontakt und die Lernfähigkeit sind jedoch Hauptkriterium zur erfolgreichen Förderung. Ausschlusskriterien: Schwere Beeinträchtigungen der physischen Belastbarkeit durch Entwicklungsanomalien von Herz und Kreislauf oder extremer Krampfaktivität Schwerste Sinnesbeeinträchtigungen (Gehörlosigkeit oder Blindheit) Genetische Erkrankungen mit überwiegend geistiger Behinderung Orthopädische Probleme, die eine körperliche Belastung verbieten</p>
<p>Zentrum für Frühbehandlung und Frühförderung</p>	<p>a) Diagnosen KT / KF ist erfolgreich anwendbar bei folgenden Syndromen: Infantile Zerebralparese (Hemi-, Tetraparese, dyskinetische Bewegungsstörung) Spina bifida-Syndrom</p>

	<p>Z. n. Schädel-Hirn-Trauma u. a. erworbene Hirnfunktionsstörungen (Ertrinkungsunfall, Intoxikation, Tumor, Gefäßverschluss u. a.) Z. n. Enzephalitis mit Residualsyndrom Muskelhypotonie-Syndrom Ataxie-Syndrom <u>b) Ausschlusskriterien</u> KT / KF ist nur in begründeten Einzelfällen und / oder nach zeitlich begrenzter Teilnahme geeignet für Patienten mit höhergradiger Seh- und/oder Hörstörung, eingeschränkter Kommunikationsmöglichkeit bei geistiger Behinderung oder autistischer Störung, therapieresistentem Anfallsleiden progredienter Enzephalopathie neuromuskulärer Erkrankung.</p>
--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

8. Bewertung und Diskussion der wissenschaftlichen Unterlagen und Stellungnahmen

Bei den Beratungen im zuständigen Unterausschuss "Heil- und Hilfsmittel" wurden folgende Dokumente berücksichtigt:

- a) die Literatur, die in den Stellungnahmen benannt worden war
- b) die Literatur, die durch die systematische Recherche der Stabsstelle Medizin und das Informationsmanagement der Arbeitsgemeinschaft Koordinierungsausschuss identifiziert worden war.

In der Sitzung der vorbereitenden Arbeitsgruppe wurde am 14.05.03 festgelegt, die Bewertung auf der Grundlage

- randomisierter kontrollierter Studien,
- Studien mit Kontrollgruppen
- klinischer Studien

durchzuführen. Studien aus dem deutschen Sprachraum wurden wegen der besonderen Bedeutung des Versorgungskontextes auch dann berücksichtigt, wenn sie die oben genannten Minimal Kriterien nicht erfüllten.

Beim Screening der Literaturrecherche wurden zunächst 165 Dokumente als Hintergrundinformation eingeschlossen und 16 Dokumente für die Studienauswertung und Datenextraktion vorgesehen. Zusätzlich zur Primärstudienauswertung wurden auch 6 systematische Übersichtsarbeiten und HTA-Berichte identifiziert und standardisiert ausgewertet.

Bei mehrfachen Publikationen derselben Studie wurde die neueste Veröffentlichung oder die mit der ausführlichsten Datendarstellung ausgewertet. Nach Überprüfung der Originalpublikationen konnte nur bei wenigen Studien eine ausführliche Auswertung durchgeführt werden (siehe Kapitel 11.9.1.2). Bei anderen Publikationen wurde eine Kurzauswertung vorgenommen (siehe Kapitel 11.9.1.3). Die kommentierte Literaturliste findet sich in Kapitel 11.2.

Dem Münchner Modellprojekt (Blank und Voss 2002), einem der größten Projekte zur Erforschung der konduktiven Förderung nach Petö in Deutschland, wurde eine Sonderstellung eingeräumt, da 1996 die Beratungen des Bundesausschusses zur konduktiven Förderung unterbrochen worden waren, um die Ergebnisse dieser vom VdAK unterstützten Studie abzuwarten.

Folgende Studien, die anhand der standardisierten Auswertungsbögen bewertet wurden, sind zur Sitzung des Unterausschusses „Heil- und Hilfsmittel“ am 28. April 2004 verschickt worden:

Auswertung der Studien mit der formal besten Evidenz	
1	Cottam P, Mc Cartney E, Cullen C. The effectiveness of conductive education principles with profoundly retarded multiply handicapped children. British Journal of Disorders of Communication 1985; 20: 45-60.
2	Weber KS, Rochel M. Konduktive Förderung für cerebral geschädigte Kinder. Medizinische Rehabilitation zerebralgeschädigter Kinder im Alter von 3 bis 7 Jahren durch Konduktive Förderung. Komplexes und interdisziplinäres Zusammenführen von Entwicklungs-, Lern- und Erziehungsprozessen. Forschungsbericht. Bonn: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung. 1992

3	Bairstow P. Evaluation of conductive education: The selection process. Educational & Child Psychology 1992; 9 (1): 57-63
4	Bairstow P, Cochrane R, Hur J. Evaluation of conductive education for children with cerebral palsy. Final report (Part I + II). London: HMSO. 1993
5	Catanese AA, Coleman GJ, King JA, Reddiough DS. Evaluation of an early childhood program based on principles of conductive education: the Yooralla project. Journal of Paediatrics and Child Health 1995; 31 (5): 418-22
6	Coleman GJ, King JA, Reddiough DS. A pilot evaluation of conductive education-based intervention for children with cerebral palsy: The Tongala project. Journal of Paediatrics and Child Health 1995; 31 (5): 412-7
7	Hur J, Cochrane R. Academic performance of children with cerebral palsy: A comparative study of conductive education and British special education programmes. British Journal of Developmental Disabilities 1995; 41 (80, Pt 1): 33-41
8	Rochel M. Kontrollierte Erfahrungen mit der Konduktiven Förderung im Projekt Taunusklinik aus medizinischer Sicht. Frühförderung interdisziplinär 1996; 15 (2): 67-72
9	Hur J. Skills for independence for children with cerebral palsy: A comparative longitudinal study. International Journal of Disability, Development & Education 1997; 44 (3): 263-74
10	Reddiough DS, King J, Coleman G, Catanese T. Efficacy of programmes based on Conductive Education for young children with cerebral palsy. Developmental Medicine and Child Neurology 1998; 40 (11): 763-70
11	Blank R, von Voss H. Konduktive Förderung nach Petö - Evaluation einer alltags- und aufgabenorientierten Therapie bei Kindern mit Zerebralpareesen im Kindergarten- und Vorschulalter. Aachen: Shaker. 2002
Weitere Auswertungen	
1	Tatlow A. Konduktive Bewegungspädagogik (Petö-System) für zerebralparetische Kinder. Krankengymnastik 1990; 42 (9): 1001-12
2	Weber KS. Erfahrungen mit Konduktiver Frühförderung im Forschungs- und Entwicklungsprojekt seit 1990 aus pädagogischer Sicht. Frühförderung interdisziplinär 1996; 15 (2): 59-66
3	Maurer U. Ursachen der Zerebralparese und klassische Behandlungsmöglichkeiten. Wiener Medizinische Wochenschrift 2002; 152 (1-2): 14-8
4	Bein-Wierzbinski W, Weichert W. Konduktive Förderung. Eine Untersuchung zum Erwerb grob- und feinmotorischer Fertigkeiten bei zerebralparetischen Kindern. Zeitschrift für Heilpädagogik 2002; 53 (1): 18-25
5	Siebes RC, Wijnroks L, Vermeer A. Qualitative analysis of therapeutic motor intervention programmes for children with cerebral palsy: an update. Developmental Medicine and Child Neurology 2002; 44 (9): 593-603
Auswertungen der Übersichtsarbeiten / Informationssynthesen	
1	Aggressive Research Intelligence Facility (ARIF). Cerebral palsy. Conductive education. Birmingham: ARIF. 1996
2	Alberta Heritage Foundation for Medical Research (AHFMR). Conductive education for children with cerebral palsy. Edmonton: AHFMR. 2000

3	The Norwegian Board of Health. A professional assessment of alternative training schemes such as the Doman method and similar methods for children with brain injuries. Oslo: Norwegian Board of Health. 2000
4	The Swedish Council on Technology Assessment in Health Care (SBU). Conductive education an educational program for children with cerebral palsy. Stockholm: SBU Alert. 2000
5	Boyd RN, Morris ME, Graham HK. Management of upper limb dysfunction in children with cerebral palsy: a systematic review. European Journal of Neurology 2001; 8 (Suppl 5): 150-66
6	AACPDM Treatment Outcomes Committee Review Panel. Effects of conductive education intervention for children with a diagnosis of cerebral palsy: An AACPDM evidence report. Edmonton: AACPDM. 2003

Die Ausführliche Auswertung der einzelnen Studien mittels Datenextraktionsbogen ist im Anhang unter 11.9 aufgeführt.

9. Zusammenfassende Bewertung

1. Methode

Die Konduktive Förderung nach Petö ist ein multimodaler Interventionsansatz mit Elementen der

- Pädagogik,
- Physikalischen Therapie,
- Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie,
- Ergotherapie und
- sozialer Anleitung.

Sie dient der Behandlung von Personen mit cerebralen Bewegungsstörungen, insbesondere der infantilen Zerebralparese. Im Ursprungsland Ungarn wird die Konduktive Förderung durch staatlich anerkannte KonduktorInnen durchgeführt.

Die Förderung erfolgt in der Regel als ein Interventionsprogramm über mehrere Stunden pro Tag und an mehreren Tagen in der Woche entweder integriert in einem Kindergartensetting oder schulischen Gruppensetting während des ganzen Jahres oder als mehrwöchiger Intensivkurs.

2. Nutzen

Aus den wissenschaftlichen Unterlagen ergeben sich zwar Hinweise auf positive Wirkungen der konduktiven Förderung nach Petö hinsichtlich medizinisch relevanter Parameter bei Kindern mit einer infantilen Zerebralparese.

Aus den bisher publizierten kontrollierten Studien sind jedoch keine Aussagen zum Nutzen oder einem zusätzlichen Nutzen der konduktiven Förderung nach Petö im Vergleich zu anderen bereits angewandten Heilmitteln aus dem Bereich der physikalischen Therapie, der Ergotherapie und der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie möglich.

Damit gilt der therapeutische Nutzen der konduktiven Förderung nach Petö im Sinne von § 138 SGB V (neue Heilmittel) als nicht belegt.

Die Intervention Konduktive Förderung nach Petö hat, unabhängig davon, in welcher Form (Art und Umfang) sie erfolgte, in den Studien für die Indikation Infantile Zerebralparese (Tetraparese-, Di- oder Hemiplegie) keine Überlegenheit gegenüber den jeweiligen Vergleichsinterventionen gezeigt.

Für die anderen in Stellungnahmen genannten Indikationen (u. a. frühkindlicher Hirnschaden, sensomotorische Entwicklungsstörung, hyper- oder dyskinetische Bewegungsstörungen, Ataxie, Athetose, Muskelhypotonie, Spina bifida, Zustand nach Schädel-Hirntrauma und andere erworbene Hirnfunktionsstörungen, Zustand nach Enzephalitis mit Residualsyndrom, Multiple Sklerose, Morbus Parkinson, allgemeine Entwicklungsretardierung) fanden sich keine aussagefähigen Studien zum Nachweis des therapeutischen Nutzens.

3. Notwendigkeit

Die infantile Zerebralparese und andere vergleichbare Schädigungen bedürfen einer multidimensionalen und multiprofessionell durchgeführten Therapie unter kompetenter ärztlicher, psychologischer und pädagogischer Anleitung. Patienten mit einer infantilen Zerebralparese bzw. vergleichbaren Störungen benötigen in Abhängigkeit von körperlichen, geistigen und seelischen Störungen der Körperfunktion oder -struktur und

Störungen der Aktivitäten entsprechend dem Alter und dem Entwicklungsstatus der Person ein differenziertes, dem jeweiligen Stand der körperlichen, geistigen und seelischen Entwicklung angepasstes Versorgungs- und Behandlungsangebot.

Die Steuerung der Versorgung (pädagogische, medizinische, soziale Interventionen) muss in kompetenter Hand liegen (z. B. Pädiater, Neuro-Pädiater, auch bei der ärztlichen Leitung in Sozialpädiatrischen Zentren oder Interdisziplinären Frühförderstellen), um den betroffenen Personen einen bestmöglichen Umgang mit den vorhandenen Behinderungen und eine weitgehende Integration in die Gesellschaft zu ermöglichen. Notwendige medizinische und nicht-medizinische Interventionen müssen, um Überforderungen, weiteren Störungen der Körperfunktion oder -struktur, Fehlentwicklungen und Störungen der Aktivitäten vorzubeugen, aufeinander abgestimmt sein.

4. Wirtschaftlichkeit

Systematische wissenschaftliche Untersuchungen zur Kosteneffektivität einer Konduktiven Förderung nach Petö im Vergleich zu anderen Interventionen liegen nicht in ausreichender Qualität vor.

5. Berufsbild der Konduktorin / des Konduktors

In Deutschland gibt es für den Beruf der Konduktorin / des Konduktors keine staatlich anerkannte Berufsausbildung. Ausbildungen werden von mehreren Organisationen bzw. Institution angeboten, die unterschiedliche Zertifikate ausstellen.

6. Beschlussempfehlung

Unter Berücksichtigung der derzeit gemäß der Heilmittel-Richtlinien verordnungsfähigen Heilmittel kann die Aufnahme der Konduktiven Förderung nach Petö in den Katalog verordnungsfähiger Heilmittel nicht empfohlen werden.

Der Unterausschuss Heil- und Hilfsmittel empfiehlt dem Gemeinsamen Bundesausschuss, die Anlage der Heilmittel-Richtlinien „a) Maßnahmen, deren therapeutischer Nutzen nach Maßgabe der BUB-Richtlinie nicht nachgewiesen ist“ zu erweitern um

12. Konduktive Förderung nach Petö.

Die Ziffern unter b) und c) sollten neu nummeriert werden:

b) Indikationen, bei denen der Einsatz von Maßnahmen, deren therapeutischer Nutzen nachgewiesen ist, nicht anerkannt ist

1. Entwicklungsbedingte Sprechunflüssigkeit im Kindesalter
2. Stimmtherapie bei nicht krankhaftem Verlauf des Stimmbruchs
3. Alle psychotherapeutischen Behandlungsformen, die die Regelungsgegenstand der Psychotherapie-Richtlinien sind

4. Störungen wie Lese- und Rechtschreibschwäche, sonstige isolierte Lernstörungen

c) Maßnahmen, die der persönlichen Lebensführung zuzuordnen sind

1. Massage des ganzen Körpers (Ganz- bzw. Vollmassagen)
2. Massage mittels Gerät/Unterwassermassage mittels automatischer Düsen
3. Teil- und Wannenbäder, soweit sie nicht nach den Vorgaben des Heilmittelkataloges verordnungsfähig sind
4. Sauna, römisch-irische und russisch-römische Bäder
5. Schwimmen und Baden, auch in Thermal- und Warmwasserbädern
6. Maßnahmen, die der Veränderung der Körperform (z. B. Bodybuilding) oder dem Fitness-Training dienen
7. Maßnahmen, die ausschließlich der Anreizung, Verstärkung und Befriedigung des Sexualtriebes dienen sollen

10. Gesetzlich vorgeschriebene Anhörungsverfahren

10.1 Anhörungsverfahren nach § 92 Abs. 6 Satz 2 zur Änderung der Heilmittel-Richtlinien

Vor der Entscheidung des Bundesausschusses über die Richtlinien zur Verordnung von Heilmitteln nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 ist den in § 125 Abs. 1 Satz 1 genannten Organisationen der Leistungserbringer Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen.

Nach Abschluss der Prüfung des Nutzens der konduktiven Förderung nach Petö in der Sitzung des Unterausschusses Heil- und Hilfsmittel am 2. Juni 2004, empfiehlt der Unterausschuss dem Gemeinsamen Bundesausschuss:

I. Die Anlage der Heilmittel-Richtlinien „a) Maßnahmen, deren therapeutischer Nutzen nach Maßgabe der BUB-Richtlinie nicht nachgewiesen ist“ wird wie folgt erweitert:

„12. Konduktive Förderung nach Petö“

II. Die bisherigen Nummern 12 bis 15 des Abschnitts „b) Indikationen, bei denen der Einsatz von Maßnahmen, deren therapeutischer Nutzen nachgewiesen ist, nicht anerkannt ist“ werden ersetzt durch die Nummern 1 bis 4.

III. Die bisherigen Nummern 16 bis 22 des Abschnitts „c) Maßnahmen, die der persönlichen Lebensführung zuzuordnen sind“ werden ersetzt durch die Nummern 1 bis 7.

In der Sitzung am 20. Juli 2004 hat der G-BA die Einleitung des Anhörungsverfahrens nach § 92 Abs. 6 Satz 2 zur Änderung der Anlage der Heilmittel-Richtlinien beschlossen. Der o. a. Entwurf zur Änderung der Anlage der Heilmittel-Richtlinien wird zur Anhörung nach § 92 Abs. 6 Satz 2 SGB V freigegeben.

Stellungnahmen

Mit Schreiben vom 28. Juli erhielten die Anhörungsberechtigten nach § 92 Abs. 6 Satz 2 SGB V sowie die Bundesärztekammer nach § 91 Abs. 8a SGB V Gelegenheit zur Stellungnahme bis zum 30. August 2004.

Fristgerecht eingegangene Stellungnahmen:

- Bundesarbeitsgemeinschaft der Heilmittelverbände e. V. (BHV). Sie äußert sich befürwortend zu vorgeschlagenen Ergänzung der Anlage der Heilmittel-Richtlinien.
- Deutscher Bundesverband der Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen (siehe Anlage 11.10.3.2)
- Stellungnahme der Bundesärztekammer nach § 91 8a SGB V (siehe Anlage 11.10.3.1)

10.2 Anhörungsverfahren nach § 91 Abs. 8a SGB V zur Änderung der Heilmittel-Richtlinien

Mit Schreiben vom 28. Juli 2004 erhielt die Bundesärztekammer nach § 91 Abs. 8a SGB V Gelegenheit zur Stellungnahme bis zum 30. August 2004. (siehe Anlage 11.11)

In Ihrer Stellungnahme teilt die Bundesärztekammer mit, dass ohne Kenntnis, welche Evidenz der Gemeinsame Bundesausschuss bei seiner Beurteilung des therapeutischen Nutzen zu Grunde gelegt hat, eine substantiierte Stellungnahme nicht möglich sei.

10.3 Auswertung des Anhörungsverfahrens

Unter Berücksichtigung der Stellungnahmen der BHV, der DBS und der Bundesärztekammer ergibt sich für den Gemeinsamen Bundesausschuss keine Notwendigkeit, die vorgeschlagene Änderung der Heilmittel-Richtlinien zu ändern.

11. Anhang

11.1 Literaturrecherche

I. indikationsoffene Recherche

a) Berücksichtigte Datenbanken

The Cochrane Library	unbegrenzt
HSTAT	unbegrenzt
Trip Database	unbegrenzt
AWMF	unbegrenzt
MEDLINE	1966 - 2003
Oldmedline	1960 - 2003
EMBASE	1974 - 2003
AMED	1985- 2003
Science Citation Index	1974 - 2003
Social Science Citation Index	1973 - 2003
SOMED	1978 - 2003
Gerolit	1979 - 2003
Psyndex	1981 - 2003
PsycInfo	1967 - 2003
CCMed	Unbegrenzt
Kluwer-Verlagsdatenbank	1997 - 2003
Springer-Verlagsdatenbanken	1997 - 2003
Thieme-Verlagsdatenbank	2001 - 2003
LocatorPlus	unbegrenzt
Karlsruher Virtueller Katalog	unbegrenzt

b) Berücksichtigte Institutionen

- Aquinas College. Woodhouse Library
- Association Francaise pour l'Education Conductive (AFPEC)
- Blue Cross Blue Shield Association
- Foundation for Conductive Education
- General Accounting Office (GAO)
- Inter-American Conductive Education Association
- Internationales Pető Institut. Pető András Institut für Konduktive Förderung der Bewegungsversehrten & Hochschule für Konduktorenausbildung

- Medicare
- National Association for Conductive Education (NACE)
- National Institute of Conductive Education (NICE)
- National Institutes of Health (NIH)
- Ontario March of Dimes Conductive Education Programs
- The Foundation for Conductive Education

c) Suchstrategien

The Cochrane Library

Datenbank: The Cochrane Library (einschl. NHS CRD-Datenbanken)

Recherchezeitraum: unbegrenzt

Datum der Recherche: Juni 2003

Suchschritt	Suchtext	Anzahl der gefundenen Dokumente
#1	peto	1.128
#2	((conductiv* next educat*) or (conductiv* next pedagog*) or (conductiv* next learn*))	9
#3	(#1 and (not ((peto next odd*) or (peto next ratio*))))	867
#4	(#3 and (not ((hear* next impair*) or (hear* next loss*))))	860
#5	(#4 and (educati* or conductiv* or learn*))	165
#6	(#5 or #2)	172
#7	(#6 and (not cardiolog*))	160
#8	(#7 and (not antibiotic*))	137
#9	(#8 and (not hypertens*))	115
#10	(#9 and (not smoking))	87
#11	(#10 and (not depressi*))	49

In der Cochrane Library wurden also insgesamt 49 Dokumente mit potentieller Relevanz für das Beratungsthema identifiziert.

DIMDI-Recherche (Superbase)

Datenbanken: MEDLINE, Oldmedline, EMBASE, AMED, Gerolit, SOMED, Psyndex, PsycInfo, Science Citation Index, Social Science Citation Index, Thieme-Verlagsdatenbank, Springer-Verlagsdatenbanken, Kluwer-Verlagsdatenbank

Recherchezeitraum: s. o.

Datum der Recherche: Mai 2003

Suchschritt	Suchtext	Anzahl der gefundenen Dokumente
1	CT DOWN "CONDUCTIVE EDUCATION"	38
2	(CONDUCT* EDUCAT* OR conductiv* rehabilitat*)	594
3	CONDUCT* learn*	45
4	CT DOWN "EDUCATION, SPECIAL"	179.932
5	Conductive	24.355
6	S=4 AND S=5	100
7	S=6 OR S=1 OR S=2 OR S=3	674
8	Peto OR petö	871
9	CT="SONDERPAEDAGOGIK"	575
10	conductive OR konduktiv*	24.365
11	S=9 AND S=10	0
12	((konduktive foerderung OR konduktive erziehung) OR konduktive paedagogik)	17
13	pedagog* OR learn* OR educat* OR rehabilitat*	1.947.539
14	S=13 AND S=8	81
15	S=14 OR S=12 OR S=11 OR S=7	721
16	hear* loss OR hear* impair*	78.368
17	peto odd* OR peto ratio*	194
18	S=16 OR S=17	78.562
19	S=15 NOT S=18	551
20	check duplicates: unique in s=19	336

Mittels DIMDI-Superbase-Recherche wurden also insgesamt 336 Dokumente identifiziert. Per Vorabscreening konnten hierunter 162 Dokumente mit potentieller Relevanz für das Beratungsthema identifiziert werden.

Alle übrigen Datenbanken und die Webpages der berücksichtigten Institutionen wurden mittels Freitextmodus und den Suchbegriffen "peto", "conduct* educat*", „conduct* pedagog*" und „conduct* learn*" – teilweise in ausführlicher, teilweise in trunkierter Schreibweise - durchsucht.

11.2 Kommentierte Literaturliste

1. Behandlungsmethoden der Physiotherapie cerebraler Bewegungsstörungen. Behinderte Kind 1980; 17 (1): 50-3
Kommentar: Hintergrundinformation
2. Conductive education: respect and suspect? British Journal of Therapy and Rehabilitation 1999; 6 (7): 318ff
Kommentar: Hintergrundinformation
3. Conference report: Choice the Foundation for Conductive Education's conference focused on the use of complementary and alternative approaches to the education of children with special educational needs. Special Children (Birmingham) 2002; 149: 12-4
Kommentar: Hintergrundinformation
4. AACPD Treatment Outcomes Committee Review Panel. Effects of conductive education intervention for children with a diagnosis of cerebral palsy: An AACPD evidence report. Edmonton: AACPD. 2003
Kommentar: HTA-Bericht, s. Auswertungen Leitlinien, HTA-Berichte und systematische Übersichtsarbeiten
5. Adams RC, Snyder P. Treatments for cerebral palsy: Making choices of intervention from an expanding menu of options. Infants and Young Children 1998; 10 (4): 1-22
Kommentar: Hintergrundinformation
6. Aggressive Research Intelligence Facility (ARIF). Cerebral palsy. Conductive education. Birmingham: ARIF. 1996
Kommentar: HTA-Bericht, s. Auswertungen Leitlinien, HTA-Berichte und systematische Übersichtsarbeiten
7. Alberta Heritage Foundation for Medical Research (AHFMR). Conductive education for children with cerebral palsy. Edmonton: AHFMR. 2000
Kommentar: HTA-Bericht, s. Auswertungen Leitlinien, HTA-Berichte und systematische Übersichtsarbeiten
8. Althaus U. On conductive movement education according to Peto. Krankengymnastik 1990; 42 (12): 1395
Kommentar: Hintergrundinformation
9. Annunciato AF. Die Auswirkung der Therapie auf die Plastizität des Nervensystems: Theorie und Forschung (Vortrag). Jubiläumstagung der Vereinigung der Bobath-Therapeuten Deutschlands e. V., München. 2002
Kommentar: Literatur aus Stellungnahmen

10. Annunziato NF. Die Bedeutung der neurotrophen Faktoren in der Regeneration des Nervensystems. In: Viebrock H; Brandl U (Eds). Neurophysiologie cerebraler Bewegungsstörungen und Bobath-Therapie (Kongressband 1996). Bremen: Vereinigung der Bobath-Therapeuten Deutschlands. 1997, S.27-37
Kommentar: Literatur aus Stellungnahmen
11. Anon. Petö im Dialog. Erstes internationales Symposium (Zeitungsartikel). FortSchrift Newsletter Oktober - Dezember 1996, S.12
Kommentar: Literatur aus Stellungnahmen
12. Association of Paediatric Chartered Physiotherapists (APCP). The relationship of conductive education and physiotherapy. Physiotherapy Practice 1988; 4 (4): 218-9
Kommentar: Hintergrundinformation
13. Bairstow P, Cochrane R, Hur J. Evaluation of conductive education for children with cerebral palsy. Final report (Part I). London: HMSO. 1993
Kommentar: Primärstudie
14. Bairstow P, Cochrane R, Hur J. Evaluation of conductive education for children with cerebral palsy. Final report (Part II). London: HMSO. 1993
Kommentar: Primärstudie, s. Einzelauswertungen
15. Bairstow P, Cochrane R. Is conductive education transplantable? British Journal of Special Education 1993; 20 (3): 84-8
Kommentar: Hintergrundinformation
16. Bairstow P. Evaluation of conductive education: The selection process. Educational & Child Psychology 1992; 9 (1): 57-63
Kommentar: Primärstudie, s. weitere Auswertungen
17. Bairstow P, Cochrane R, Rusk I. Selection of children with cerebral palsy for conductive education and the characteristics of children judged suitable and unsuitable. Developmental Medicine and Child Neurology 1991; 33 (11): 984-92
Kommentar: Vergleichsstudie
18. Balogh EM. Conductive education (IV). British Medical Journal 1989; 299 (6713): 1461-2
Kommentar: Hintergrundinformation

19. Balogh EM. The conductive education of cerebral palsy in early age. Excerpta Medica Inter-national Congress Series 1993; 1033: 241ff
Kommentar: Hintergrundinformation
20. Bandyopadhyay S, Beynon J, Hallam S, Corne JO, Mahony MS. Conductive education-based physiotherapy in Parkinson's disease. British Journal of Therapy and Rehabilitation 2002; 9 (5): 176-9
Kommentar: Hintergrundinformation
21. Bax M. Conductive education. Developmental Medicine and Child Neurology 1991; 33 (11): 941-2
Kommentar: Grundlagenliteratur, Expertenmeinung
22. Bax M. Conductive education assessed. Developmental Medicine and Child Neurology 1993; 35 (8): 659-60
Kommentar: Hintergrundinformation, Grundlagenliteratur, Expertenmeinung
23. Beach RC. Conductive education for motor disorders: new hope or false hope? Archives of Disease in Childhood 1988; 63 (2): 211-3
Kommentar: Grundlagenliteratur, Expertenmeinung
24. Beckmann-Hopp G. Die Behandlung der orofacialen Muskulatur (Saug-, Trink-, Schluck- und Esshilfen). In: Leyendecker C; Horstmann T. Große Pläne für kleine Leute. Grundlagen, Konzepte und Praxis der Frühförderung. München: Reinhardt. 2000, S.46-8
Kommentar: Hintergrundinformation
25. Bein-Wierzbinski W, Weichert W. Konduktive Förderung. Eine Untersuchung zum Erwerb grob- und feinmotorischer Fertigkeiten bei zerebralparetischen Kindern. Zeitschrift für Heilpädagogik 2002; 53 (1): 18-25
Kommentar: Hintergrundinformation, s. weitere Auswertungen
26. Berger E. Menschliche Bewegung und Bewegungstherapie. Behindertenpädagogik 1987; 26 (4): 389-94
Kommentar: Hintergrundinformation
27. Blank R, von Voss H. Konduktive Förderung nach Petö - Evaluation einer alltags- und aufgabenorientierten Therapie bei Kindern mit Zerebralpareesen im Kindergarten- und Vorschulalter. Aachen: Shaker. 2002
Kommentar: Literatur aus Stellungnahmen, s. Einzelauswertungen
28. Bochner S, Center Y, Chapparo C, Donnelly M. Implementing conductive education in Australia: A question of program transplantation. Educational Psychology 1996; 16 (2 Special Issue): 181-92
Kommentar: Hintergrundinformation

29. Bochner S, Center Y, Chapparo C, Donnelly M. How effective are programs based on conductive education? A report of two studies. *Journal of Intellectual and Developmental Disability* 1999; 24 (3): 227-42
Kommentar:, Informationssynthese?
30. Bode H, Storck M. Evaluation von Therapieverfahren. *Kinderärztliche Praxis* 1997 4: 215-9
Kommentar: Literatur aus Stellungnahmen
31. Bower E, McLellan DL, Arney. A randomised controlled trial of different intensities of physiotherapy and different goal-setting procedures in 44 children with cerebral palsy. *Dev Med Child Neurol* 1996; 38 (3): 226-37
Kommentar: Hintergrundinformation
32. Bower E, Michell. Randomized controlled trial of physiotherapy in 56 children with cerebral palsy followed for 18 months. *Dev Med Child Neurol* 2001; 43 (1): 4-15
Kommentar: Hintergrundinformation
33. Boyd RN, Morris ME, Graham HK. Management of upper limb dysfunction in children with cerebral palsy: a systematic review. *European Journal of Neurology* 2001; 8 (Suppl 5): 150-66
Kommentar: Primärstudie, s. Auswertungen Leitlinien, HTA-Berichte und systematische Übersichtsarbeiten
34. Brown M, Mikula-Toth A. *Adult conductive education. A practical guide.* Cheltenham: Thornes. 1997
Kommentar: Hintergrundinformation
35. Brown H, Pemberton H, Salts K, Zimmerman R, Zsargo L. Conductive education in the UK: present and future challenges. *British Journal of Therapy and Rehabilitation* 1998; 5 (6): 330ff
Kommentar: Hintergrundinformation
36. Brown H. Conductive education and children with cerebral palsy. *British Journal of Therapy and Rehabilitation* 1999; 6 (12): 580-4
Kommentar: Hintergrundinformation
37. Bundesverband der in Deutschland tätigen Konduktor/Innen e. V. *Berufsbild des/der Konduktor/In.* Nürnberg: Bundesverband der in Deutschland tätigen Konduktor/Innen e. V. 2003
Kommentar: Literatur aus Stellungnahmen

38. Calderon-Gonzalez R, Tijerina-Cantu E, Maldonado-Rodriguez C. "Educacion conducida" en la rehabilitacion integral del paciente con paralisis cerebral [Conductive education in integral rehabilitation of patients with cerebral palsy]. *Bol Med Hosp Infant Mex* 1989; 46 (4): 265-71
Kommentar: Hintergrundinformation

39. Catanese AA, Coleman GJ, King JA, Reddihough DS. Evaluation of an early childhood program based on principles of conductive education: the Yooralla project. *Journal of paediatrics and child health* 1995; 31 (5): 418-22
Kommentar: Primärstudie, s. Einzelauswertungen

40. Chapparo C, Center Y, Donnelly M, Bochner S. Implementing Conductive Education in Australia: a question of program transplantation. *Educational Psychology* 1996; 16 (2): 181ff
Kommentar: Hintergrundinformation

41. Clarke M. Conductive education for adult hemiplegia (Rezension). *Journal of Advanced Nursing* 1984; 9 (3): 326-7
Kommentar: Hintergrundinformation

42. Coleman GJ, King JA, Reddihough DS. A pilot evaluation of conductive education-based intervention for children with cerebral palsy: The Tongala project. *Journal of Paediatrics and Child Health* 1995; 31 (5): 412-7
Kommentar: Primärstudie, s. Einzelauswertungen

43. Coles C, Zsargo L. Conductive education: Towards an educational model. *British Journal of Special Education* 1998; 25 (2): 70-4
Kommentar: Hintergrundinformation

44. Cooper D. "A special kind of magic": Changes in family dynamics arising from parent participation in a conductive education program for children with cerebral palsy. *Community Health Studies* 1986; 10 (3): 294-306
Kommentar: Hintergrundinformation

45. Cottam P, McCartney E, Cullen C. The effectiveness of conductive education principles with profoundly retarded multiply handicapped children. *The British Journal of Disorders of Communication* 1985; 20 (1): 45-60
Kommentar: Hintergrundinformation, s. Einzelauswertungen

46. Cotton E. Improvement in motor function with the use of conductive education. *Developmental Medicine and Child Neurology* 1974; 16 (5): 637-43
Kommentar: Hintergrundinformation

47. Cotton E, Lonati G, V. Conductive education (Peto). *Gaslini* 1978; 10 (1): 33-5
Kommentar: Hintergrundinformation

48. Cotton E, Parnwell M. Conductive education with special reference to severe athetoids in a non-residential centre. *Journal of Mental Subnormality* 1968; 14 (1): 50-6
Kommentar: Hintergrundinformation
49. Cotton E, Parnwell M. From Hungary: the Petö method. *Special Education* 1967; 56 (4): 7-11
Kommentar: Hintergrundinformation
50. Cotton E, Surtees O, Raymond P. Conductive education federation (1). *Physiotherapy* 1994; 80 (8): 564
Kommentar: Hintergrundinformation
51. Danielczyk M. Konduktive Förderung bei Erwachsenen. Konzept nach András Petö. München: Pflaum. 2003
Kommentar: Hintergrundinformation
52. De Groot L. Education conductive [Conductive education]. *Motricite Cerebrale Readaptation Neurologie du Développement* 1989; 10 (49): 161-8
Kommentar: Hintergrundinformation
53. De Groot L. The Peto method. A method of bringing up and training children with cerebral palsy. *Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie* 1974; 84 (9): 285-7
Kommentar: Hintergrundinformation
54. Deutsche Gesellschaft für Neurologie. Spastik. AWMF online.2002 (<http://www.uni-duesseldorf.de/WWW/AWMF/II/neur-078.htm>)
Kommentar: Leitlinie
55. Deutsche Gesellschaft für Neuropädiatrie. Konduktive Förderung nach Petö. Stellungnahme der Gesellschaft für Neuropädiatrie. In: Boltshauser E; Schmitt B, Steinlin A (Eds). *Aktuelle Neuropädiatrie*. Nürnberg: Novartis Pharma Verlag. 1997, S.475-84
Kommentar: Literatur aus Stellungnahmen
56. Dunk AA. Conductive education for motor disorders. *Archives of Disease in Childhood* 1988; 63 (6): 680-1
Kommentar: Hintergrundinformation
57. Earley A. Conductive education (III). *British Medical Journal* 1989; 299 (6713): 1461
Kommentar: Hintergrundinformation

58. Enders A. Das Castillo Morales Konzept in der Frühförderung. In: Leyendecker C; Horstmann T. Große Pläne für kleine Leute. Grundlagen, Konzepte und Praxis der Frühförderung. München: Reinhardt. 2000, S.39-45
Kommentar: Hintergrundinformation
59. Endres M, Nyáry I, Bánhidi M, Deák G. Stroke rehabilitation: a method and evaluation. Inter-national Journal of Rehabilitation Research 1990; 13 (3): 225-36
Kommentar: Hintergrundinformation
60. Feldkamp M. Bewegungspädagogik nach Peto: Neue oder alte Wege in der Behandlung der Zerebralparese? Krankengymnastik 1990; 42 (3): 286-8
Kommentar: Hintergrundinformation
61. Felts J, Felts J. Perspective - conductive education. One familys view. Infants and Young Children 1995; 8 (1): R 8-R 10
Kommentar: Hintergrundinformation
62. Fink A. Praxis der Konduktiven Förderung nach A. Petö. München: Reinhardt. 1998
Kommentar: Literatur aus Stellungnahmen
63. Flehmig I. Normale Entwicklung des Säuglings und ihre Abweichungen. Früherkennung und Frühbehandlung. Stuttgart: Thieme. 1996
Kommentar: Literatur aus Stellungnahmen
64. Gallai M, Katona F, Balogh E, Schultheisz J, Deveny A, Borbely S. Early intervention in Budapest. Infants and Young Children 2000; 12: 71-9
Kommentar: Hintergrundinformation
65. Gati I, Laszlo J. Conductive education (I). British Medical Journal 1989; 299 (6713): 1461
Kommentar: Hintergrundinformation
66. Goefsky S, Haug G. Michael G. - ein Beispiel Konduktiver Pädagogik. Frühförderung inter-disziplinär 1989; 8 (2): 64-9
Kommentar: Hintergrundinformation
67. Goldstein M. Perspective - conductive education. An overview. Infants and Young Children 1995; 8 (1): R 6-R 7
Kommentar: Hintergrundinformation

68. Günter SO, Strassmeier W. Zur Konduktiven Förderung. Eine kritische Darstellung der ungarischen "Behandlungsmethode" für Kinder mit cerebralen Bewegungsstörungen. Frühförderung interdisziplinär 1996; 15 (2): 49-58
Kommentar: Literatur aus Stellungnahmen
69. Haberfellner H, Velickovic M, Neville B (Eds). Bobath-NDT, Vojta und Petoe (CE) - a personal view. Amsterdam: Elsevier. 2003 (im Druck)
Kommentar: Literatur aus Stellungnahmen
70. Haberfellner H. Therapiemöglichkeiten für das behinderte Kind. Pädiatrie und Pädologie 1988; 23 (2): 149-60
Kommentar: Hintergrundinformation
71. Hacks M (Eds). Das behinderte Kind frühzeitig fördern. Hamburg: Wissenschaftsverlag Wellingsbüttel. 2000
Kommentar: Literatur aus Stellungnahmen
72. Hári M, Kozma I, Horváth J, Kökúti M. Das Petö-System. Prinzipien und Praxis der konduktiven Erziehung. Budapest: Internationales Petö Institut. 1992
Kommentar: Hintergrundinformation
73. Haug G. "Konduktive Pädagogik" und Frühförderung. Frühförderung interdisziplinär 1988; 7 (4): 150-6
Kommentar: Hintergrundinformation
74. Hill AE. Conductive education for physically handicapped children: parental expectations and experience. The Ulster Medical Journal 1990; 59 (1): 41-5
Kommentar: Hintergrundinformation
75. Horstmann T, Oskamp U. Konduktive Förderung von cerebralbewegungsgestörten Kindern im Vorschulalter unter den Bedingungen eines Frühförderungszentrums. In: Leyendecker C; Horstmann T. Große Pläne für kleine Leute. Grundlagen, Konzepte und Praxis der Frühförderung. München: Reinhardt. 2000, S.49-64
Kommentar: Literatur aus Stellungnahmen
76. Horstmann T, Oskamp U, Scholz H, Soltani S. Konduktive Förderung von cerebralbewegungsgestörten Kindern im Vorschulalter. Aachen: Wissenschaftsverlag Mainz. 2001
Kommentar: Literatur aus Stellungnahmen
77. House of Lords. Science and Technology Subcommittee I - Complementary and Alternative Medicine. Evidence submitted by Andrew Sutton on behalf of the Foundation for Conductive Education. London: House of Lords. 1999
Kommentar: Hintergrundinformation

78. Hövel Jad. Etwas schief ins Leben gekommen - die Methode des Ungarn Andreas Petö hilft behinderten Kindern. *Die Neue Sonderschule* 2002; 47 (4): 299 - 301
Kommentar: Hintergrundinformation
79. Hunter M. Conductive education and "alternative" therapies. *Developmental Medicine and Child Neurology* 1993; 35 (11): 1027-8
Kommentar: Hintergrundinformation
80. Hur J, Cochrane R. Maternal stress and level of satisfaction with treatment for children undergoing conductive education. *International Journal of Special Education* 1995; 10 (2): 54-64
Kommentar: Hintergrundinformation
81. Hur J, Cochrane R. Academic performance of children with cerebral palsy: A comparative study of conductive education and British special education programmes. *British Journal of Developmental Disabilities* 1995; 41 (80, Pt 1): 33-41
Kommentar: Primärstudie, s. Einzelauswertungen
82. Hur JJ. Review of research on therapeutic interventions for children with cerebral palsy. *Acta Neurologica Scandinavica* 1995; 91 (6): 423-32
Kommentar: Hintergrundinformation
83. Hur J. Skills for independence for children with cerebral palsy: A comparative longitudinal study. *International Journal of Disability, Development & Education* 1997; 44 (3): 263-74
Kommentar: Primärstudie, s. Einzelauswertungen
84. Jagusch-Espei A. Petö - eine Methode für Ergotherapeutinnen? *Ergotherapie & Rehabilitation* 1998; 37 (3): 195-8
Kommentar: Hintergrundinformation
85. Jernqvist L. Conductive education: An educational system for children with neurological disorders. *European Journal of Special Needs Education* 1986; 1 (1): 3-12
Kommentar: Hintergrundinformation
86. Jones PR. Psychology for physically disabled people. *Educational & Child Psychology* 1992; 9 (1): 6-16
Kommentar: Hintergrundinformation

87. Jung-Kappeler B. Conductive Education oder das Petoe-System. Praxis der Psychomotorik 1988; 13 (1): 4-8
Kommentar: Hintergrundinformation
88. Kalbe U. Cerebral-Parese im Kindesalter: kurzer Leitfaden für ärztlich, therapeutisch, pädagogisch und sozialberatend Tätige. Stuttgart: Fischer. 1993
Kommentar: Literatur aus Stellungnahmen
89. Kaufmann E, Wankerl E. Sensorische Integration, emotionale Prozesse und das Konzept der Emotionalen Aufmerksamkeit. In: Leyendecker C; Horstmann T (Eds). Große Pläne für kleine Leute. Grundlagen, Konzepte und Praxis der Frühförderung. München: Reinhardt. 2000, S 298-303
Kommentar: Hintergrundinformation
90. Keil H. (Mehrfach-)therapeutischer Methodenvergleich: Bobath - Voijta - Petö. Universitätslehrgang zur Akademischen Mehrfachtherapie KonduktorIn 2000-2002. Wien: Universität 2000
Kommentar: Literatur aus Stellungnahmen
91. Keil H. Studium und Weiterbildung für die Praxis konduktiver Förderung und Rehabilitation in Europa: Erfahrungen - Probleme - Lösungsversuche. Dortmund: Verlag Modernes Lernen. 1998
Kommentar: Literatur aus Stellungnahmen
92. Ketelaar M. Functionele fysiotherapie bij kinderen met cerebrale parese: een effectstudie [Functional physical therapy in cerebral palsy children: an effectstudy]. Nederlands Tijdschrift Fysiotherapie 2000; 110 (Special edition): 27-36
Kommentar: konduktive Förderung nach Petö nicht untersucht
93. Ketelaar M. Effects of a functional therapy program on motor abilities of children with cerebral palsy. Physical Therapy 2001; 81 (9): 1534-45
Kommentar: konduktive Förderung nach Petö nicht untersucht
94. Khari M. Metod konduktivnoi pedagogiki i ego rol' v sotsial'noi adaptatsii bol'nykh detskim tserebral'nym paralichom [Technic of conductive pedagogy and its role in the social adaptation of children with cerebral palsy]. Zh Nevropatol Psikhiatr Im S S Korsakova 1982; 82 (10): 67-70
Kommentar: Hintergrundinformation
95. Klemm-Röbig B. Konduktive Förderwochen nach Petö - ein Erfahrungsbericht. Die Neue Sonderschule 1998; 43 (4): 297-300
Kommentar: Literatur aus Stellungnahmen

96. Knipschild I. Sensorische Integrationstherapie (SI) als Behandlungsansatz bei Kindern im Vorschulalter mit Reizregulationsproblemen. In: Leyendecker C; Horstmann T (Eds). Große Pläne für kleine Leute. Grundlagen, Konzepte und Praxis der Frühförderung. München: Reinhardt. 2000, S 294-7
Kommentar: Hintergrundinformation
97. Kottler S. Conductive education: An alternative to conventional therapy. Dophhh Journal 1976; 3 (1): 12-7
Kommentar: Hintergrundinformation
98. Kozma I, Balogh E. A brief introduction to conductive education and its application at an early age. Infants and Young Children 1995; 8 (1): 68-74
Kommentar: Hintergrundinformation
99. Kozma I. The basic principles and present practice of conductive education. European Journal of Special Needs Education 1995; 10 (2): 111ff
Kommentar: Hintergrundinformation
100. Krageloh-Mann I, Hagberg G, Meisner C, Schelp B, Haas G, Eeg-Olofsson KE, Selbmann HK, Hagberg B, Michaelis R. Bilateral spastic cerebral palsy - a comparative study between southwest Germany and western Sweden. II: Epidemiology. Dev Med Child Neurol 1994; 36 (6): 473-83
Kommentar: Literatur aus Stellungnahmen
101. Krumbholz K. Konduktive Förderung: Stellungnahme zu den Beiträgen im Heft 2/1996. Frühförderung interdisziplinär 1996; 15 (4): 175-8
Kommentar: Hintergrundinformation
102. Kühnke A, Weber KS. Konduktive Frühförderung international: Entwicklungen in unterschiedlichen Ländern - ein Vergleich. Dortmund: Verlag modernes lernen. 2001
Kommentar: Literatur aus Stellungnahmen
103. Lambert M. Children's perceptions of conductive education. Learning Resources Journal 1994; 10 (2): 39ff
Kommentar: Hintergrundinformation
104. Lie KG, Holmes M. Parental perceptions of a short conductive education program. International Journal of Rehabilitation Research 1996; 19 (4): 307-11
Kommentar: Hintergrundinformation
105. Lind L. "The pieces fall into place": the views of three Swedish habilitation teams on conductive education and support of disabled children. Int J Rehabil Res 2003; 1: 11-20
Kommentar: Hintergrundinformation

106. Lind L. Conductive education - An alternative method for supporting children with cerebral palsy. Eurorehab 1998; (3-4): 13-20
Kommentar: Hintergrundinformation
107. Lind L. Parents' views of the efficacy of conductive education in Sweden. European Journal of Special Needs Education 2000; 15 (1): 42-54
Kommentar: Hintergrundinformation
108. Lindstrand P, Brodin J, Lind L. Parental expectations from three different perspectives: what are they based on? International Journal of Rehabilitation Research 2002; 25 (4): 261-9
Kommentar: Hintergrundinformation
109. Llewellyn A, Owens M, Hogan K. Conductive education: The case for further research. Early Development & Parenting 1997; 6 (2): 89-91
Kommentar: Hintergrundinformation
110. Lonton AP, Russell A. Conductive education - magic or myth? Z Kinderchir 1989; 44 (Suppl 1): 21-3
Kommentar: Hintergrundinformation
111. Lorbeer E, et al. Petö in der Igel-Gruppe. Konduktive Förderung im Kindergarten-Alltag. Zusammen. Behinderte und nicht behinderte Menschen 1997; 17 (4): 34-8
Kommentar: Hintergrundinformation
112. Luebbig A, Schwarzbach B, Zager A. Umsetzung von Prinzipien der konduktiven Förderung nach Petö in Schwedt/Oder. Krankengymnastik 1998; 50 (3): 494-8
Kommentar: Hintergrundinformation
113. MacKay G. Some problems with the translation: conductive pedagogy in the context of comparative education. European Journal of Special Needs Education 1995; 10 (2): 162ff
Kommentar: Hintergrundinformation
114. MacKay G, McCool S, Cheseldine S, McCartney E. Research section: Goal attainment scaling: A technique for evaluating conductive education . British Journal Special Education 1993; 20 (4): 143ff
Kommentar: Hintergrundinformation
115. Maurer U. Ursachen der Zerebralparese und klassische Behandlungsmöglichkeiten. Wiener Medizinische Wochenschrift 2002; 152 (1-

2): 14-8

Kommentar: Primärstudie, s. weitere Auswertungen

116. McGee AM, Sutton A. Conductive education and developmental psychology. *Educational Psychology* 1989; 9 (4): 339-45

Kommentar: Hintergrundinformation

117. McKinlay M. Conductive education. *British Medical Journal* 1990; 300 (6716): 49

Kommentar: Hintergrundinformation

118. McKinlay M. Conductive education in Hungary and Britain. *Health Visitor* 1990; 63 (9): 298-300

Kommentar: Hintergrundinformation

119. Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e. V.(MDS). Stellungnahme zum Ergebnisbericht des Modellprojekts "Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit der konduktiven Förderung nach Petö bei Kindern mit Cerebralpareesen im Kindergarten- und Vorschulalter". Essen: MDS. 2002

Kommentar: Hintergrundinformation

120. Medveczky EL, Hari M, Balogh EM. A) The Role of Conductive Education in the Rehabilitation of Children with Meningomyelocele. B) Judgement of the Effectiveness of Conductive Education in Meningomyelocele Cases. *European Journal of Pediatric Surgery* 1993; 3 (6): S1, S. 37ff

Kommentar: Hintergrundinformation

121. Michaelis R. Interdisziplinäre Beiträge der Kinderneurologie zur Frühförderung. In: Leyendecker C; Horstmann T. Große Pläne für kleine Leute. Grundlagen, Konzepte und Praxis der Frühförderung. München: Reinhardt. 2000, S.24-30

Kommentar: Hintergrundinformation

122. Mlynczak-Pithan U. "Schwierigkeiten beim Schreibenlernen" - Graphomotorische Störungen aus ergotherapeutischer Sicht. In: Leyendecker C; Horstmann T (Eds). Große Pläne für kleine Leute. Grundlagen, Konzepte und Praxis der Frühförderung. München: Reinhardt. 2000, S 304-7

Kommentar: Hintergrundinformation

123. Müller I, Salem H. Konduktive Förderung - ein Behandlungskonzept für bewegungsgestörte Kinder. In: Leyendecker C; Horstmann T (Eds). Große Pläne für kleine Leute. Grundlagen, Konzepte und Praxis der Frühförderung. München: Reinhardt. 2000, S 280-4

Kommentar: Hintergrundinformation

124. Müller-Fehling N. Neue Hilfen für cerebral bewegungsgestörte Kinder? Die konduktive Förderung nach Andras Petö. Zusammen. Behinderte und nicht behinderte Menschen 1995; 15 (10): 32-5
Kommentar: Hintergrundinformation
125. Neuhäuser G. Konduktive Pädagogik und Förderung nach Petö im internationalen Vergleich. Frühförderung interdisziplinär 1996; 15 (2): 78-82
Kommentar: Literatur aus Stellungnahmen
126. O'Shea K. Erratum: Conductive education in conjunction with inclusive education: Teaming physical and occupational therapists and conductors (Pediatric Physical Therapy (Feb. 17, 2001)). Pediatric Physical Therapy 2001; 13 (1): 60
Kommentar: Hintergrundinformation
127. Oliver M. Conductive education: If it wasn't so sad it would be funny. In: Swain J; Finkelstein V et al. Disabling barriers - Enabling environments. London: Sage. 1993, S.163-8
Kommentar: Hintergrundinformation
128. Outpatient Service Trialists. (2002) Therapy-based rehabilitation services for stroke patients at home (Cochrane Review). The Cochrane Library, Issue 2, 2003. Oxford: Update Software.
Kommentar: Cochrane-Review, Hintergrundinformation
129. Parkes J, Donnelly M, Dolk H, Hill N. Use of physiotherapy and alternatives by children with cerebral palsy: a population study. Child 2002; 28 (6): 469-77
Kommentar: Hintergrundinformation
130. Pedersen AV. Conductive education - a critical appraisal. Advances in Physiotherapy 2000; 2 (2): 75-82
Kommentar: Hintergrundinformation
131. Penner H. Konduktive Therapie/Förderung an der Kinderklinik Kohlhof. Zwischenbericht September 2001. Neunkirchen: Kinderklinik Kohlhof. Sozialpädiatrisches Zentrum. 2001
Kommentar: Literatur aus Stellungnahmen
132. Pennington L, Goldbart J, Marshall J. (2001) Speech and language therapy to improve the communication skills of children with cerebral palsy (Protocol for a Cochrane Review). The Cochrane Library, Issue 2, 2003. Oxford: Update Software
Kommentar: Cochrane-Protokoll, Hintergrundinformation

133. Pilgrim E, Humphreys GW. Rehabilitation of a case of ideomotor apraxia. In: Riddoch MJ; Humphreys GW (Eds). Cognitive neuropsychology and cognitive rehabilitation. Hove: Erlbaum. 1994, S.271-85
Kommentar: Hintergrundinformation
134. Pinneberger Arbeitskreis. Diagnoseblatt und Thesenpapier zu Qualitätskriterien der Konduktiven Förderung. 2000 (Quelle nicht identifizierbar)
Kommentar: Literatur aus Stellungnahmen
135. Pothmann R. Praktische Erfahrung der Umsetzung der konduktiven Förderung nach Petö am Sozialpädiatrischen Zentrum. In: Hacks M (Eds). Das behinderte Kind frühzeitig fördern. Hamburg: Wissenschaftsverlag Wellingsbüttel. 2000, S 19ff
Kommentar: Literatur aus Stellungnahmen
136. Priebes R, Warnke F. Basale Automatisierungsdefizite als Ursache von Entwicklungsverzögerungen und -störungen. In: Leyendecker C; Horstmann T (Eds). Große Pläne für kleine Leute. Grundlagen, Konzepte und Praxis der Frühförderung. München: Reinhardt. 2000, S 285-93
Kommentar: Hintergrundinformation
137. Read J. Transplanting conductive education: Practice, development & professional training in a crosseuropean initiative. International Journal of Early Childhood 1994; 26 (2): 34ff
Kommentar: Hintergrundinformation
138. Read J, Sutton A. Conductive education in adults with motor disorders: The conductive rehabilitation services provided for adults with motor disorders by the Foundation for Conductive Education. British Journal of Therapy and Rehabilitation 1995; 2 (12): 675ff
Kommentar: Hintergrundinformation
139. Reddihough D. Conductive education. Journal of Paediatrics and Child Health 1991; 27 (3): 141-2
Kommentar: Hintergrundinformation
140. Reddihough DS, King J, Coleman G, Catanese T. Efficacy of programmes based on Conductive Education for young children with cerebral palsy. Developmental medicine and child neurology 1998; 40 (11): 763-70
Kommentar: Primärstudie, s. Einzelauswertungen
141. Robinson RO, McCarthy GT, Little TM. Conductive education at the Petoe Institute, Budapest. BMJ 1989; 299 (6708): 1145-9
Kommentar: Hintergrundinformation

142. Rochel M. Konduktive Förderung nach Petö im Institut Kinderneurologie Königstein - neurologisch/medizinische Aspekte -. In: Hacks M (Eds). Das behinderte Kind frühzeitig fördern. Hamburg: Wissenschaftsverlag Wellingsbüttel. 2000, S.78-82
Kommentar: Literatur aus Stellungnahmen
143. Rochel M. Medizinische Verantwortung bei Konduktiver Förderung und Rehabilitation. Indikation - Diagnostik - Evaluation. Band 2. Dortmund: Verlag modernes lernen. 1999, S.21
Kommentar: Literatur aus Stellungnahmen
144. Rochel M. Kontrollierte Erfahrungen mit der Konduktiven Förderung im Projekt Taunusklinik aus medizinischer Sicht. Frühförderung interdisziplinär 1996; 15 (2): 67-72
Kommentar: Literatur aus Stellungnahmen, s. weitere Auswertungen
145. Rochel M, Neuhäuser G. Medizinischer Vergleich zwischen der Konduktiven Förderung und anderen, in Deutschland etablierten Frühförderkonzepten. Frühförderung interdisziplinär 1996; 15 (2): 73-7
Kommentar: Literatur aus Stellungnahmen
146. Ross E. Conductive education (II). British Medical Journal 1989; 299 (6713): 1461
Kommentar: Hintergrundinformation
147. Schlack HG. Handeln statt Behandeln. In: Leyendecker C; Horstmann T. Große Pläne für kleine Leute. Grundlagen, Konzepte und Praxis der Frühförderung. München: Reinhardt. 2000, S.31-8
Kommentar: Hintergrundinformation
148. Schmidt G, Oerter R. Konduktive Förderung in der Stiftung Pfennigparade, München. Zeitraum: Schuljahre 96/97 mit 99/00. Forschungsbericht. München: Universität. Institut für Pädagogische Psychologie und Empirische Pädagogik. 2001 (unveröffentlicht)
Kommentar: Literatur aus Stellungnahmen
149. Schmidt G, Oerter R. Konduktive Förderung in der Stiftung Pfennigparade, München. Zeitraum: Schuljahre 96/97 und 97/98. Forschungsbericht. München: Universität. Institut für Pädagogische Psychologie und Empirische Pädagogik. 1999 (unveröffentlicht)
Kommentar: Literatur aus Stellungnahmen
150. Schumann I, Clemens H. Theoretische Grundlagen des konduktiven Systems. Grundbegriffe, Bausteine, Prinzipien. Dortmund: Verlag Modernes Lernen. 1999
Kommentar: Literatur aus Stellungnahmen

151. Schwarzbach B. Kinder mit Cerebralparese - Stiefkinder der (Früh-) Förderung? Reaktion auf das Themenheft "Konduktive Förderung" (2/1996). Frühförderung interdisziplinär 1996; 15 (4): 172-5
Kommentar: Hintergrundinformation
152. Senst S. Erfahrungsbericht über einen Besuch im A.-Petö-Institut, Budapest. Krankengymnastik 1995; 47 (6): 850-2
Kommentar: Literatur aus Stellungnahmen
153. Shelhav C. Das Feldenkraiskonzept in der Frühförderung. In: Leyendecker C; Horstmann T (Eds). Große Pläne für kleine Leute. Grundlagen, Konzepte und Praxis der Frühförderung. München: Reinhardt. 2000, S 276-9
Kommentar: Hintergrundinformation
154. Siebes RC, Wijnroks L, Vermeer A. Qualitative analysis of therapeutic motor intervention programmes for children with cerebral palsy: an update. Developmental Medicine and Child Neurology 2002; 44 (N9): 593-603
Kommentar: Primärstudie; Behandlungsalternative, s. weitere Auswertungen
155. Sigafoos J, Elkins J, Kerr M. Shortterm conductive education: An evaluation study. British Journal Special Education 1993; 20 (4): 148-51
Kommentar: Hintergrundinformation
156. Singer W. Der Beobachter im Gehirn: Essays zur Hirnforschung. Frankfurt am Main: Suhrkamp. 2002, S. 47ff
Kommentar: Literatur aus Stellungnahmen
157. Smith AV. The Bristol adaptation of the Hungarian method of conductive education for the cerebralpalsied child. Progress in Physical Therapy 1970; 1 (3): 254-7
Kommentar: Hintergrundinformation
158. Sobkowiak CA. Conductive education. Archives of Disease in Childhood 1988; 63 (6): 681
Kommentar: Hintergrundinformation
159. Speck O. Wirkungen der Konduktiven Förderung unter pädagogischem Aspekt. Frühförderung interdisziplinär 1996; 15 (2): 83-8
Kommentar: Literatur aus Stellungnahmen
160. Spivack F. Conductive education perspectives. Infants and Young Children 1995; 8 (1): 75-85
Kommentar: Hintergrundinformation

161. Stössel JP. Geistig behinderte Kinder: Pädagogik statt Therapie. Bild der Wissenschaft 1989; 26 (8): 100-7
Kommentar: Hintergrundinformation
162. Stukat KG. Conductive education evaluated. European Journal of Special Needs Education 1995; 10 (2): 154ff
Kommentar: Hintergrundinformation
163. Sutton A. Alternative practice: Alternative perspectives. Educational & Child Psychology 2002; 19 (2): 107-16
Kommentar: Hintergrundinformation
164. Sutton A. Conductive education. Archives of Disease in Childhood 1988; 63 (2): 214-7
Kommentar: Hintergrundinformation
165. Sutton A. Conductive education in the Midlands, summer 1982 - Progress and problems in the importation of an educational method. Educational Studies 1984; 10 (2): 121-30
Kommentar: Hintergrundinformation
166. Sutton A. Conductive education: A challenge to integration? Educational & Child Psychology 1986; 3 (2): 5-12
Kommentar: Hintergrundinformation
167. Sutton A. Conductive education: A complex question for psychology. Educational & Child Psychology 1992; 9 (1): 49-56
Kommentar: Hintergrundinformation
168. Sutton A. Conductive education: hope for the motordisordered. Midwife, Health Visitor & Community Nurse 1987; 23 (3): 84-8
Kommentar: Hintergrundinformation
169. Sutton A. Evaluating conductive education. International Journal of Rehabilitation Research 1987; 10 (3): 349
Kommentar: Hintergrundinformation
170. Sutton A, Read J. Orchestrating new movements: How the Peto method reaches out to the motor disordered. Practice Nurse 1994; 8 (4): 213ff
Kommentar: Hintergrundinformation

171. Szolnoki J. Conductive education and the educational principles of the Peto system. B.C.Journal of Special Education 1994; 18 (1): 43-45
Kommentar: Hintergrundinformation
172. Szövö-Dostal K. Konduktive Förderung und Rehabilitation von A - Z : für Eltern, Angehörige und Praktiker. Dortmund: Verlag modernes lernen. 2001
Kommentar: Literatur aus Stellungnahmen
173. Tatlow A. Konduktive Bewegungspädagogik (Petö-System) für zerebralparetische Kinder. Krankengymnastik 1990; 42 (9): 1001-12
Kommentar: Primärstudie, s. weitere Auswertungen
174. The Norwegian Board of Health. A professional assessment of alternative training schemes such as the Doman method and similar methods for children with brain injuries. Oslo: Norwegian Board of Health. 2000
Kommentar: HTA-Bericht, s. Auswertungen Leitlinien, HTA-Berichte und systematische Übersichtsarbeiten
175. The Swedish Council on Technology Assessment in Health Care (SBU). Conductive education an educational program for children with cerebral palsy. Stockholm: SBU Alert. 2000
Kommentar: HTA-Bericht, s. Auswertungen Leitlinien, HTA-Berichte und systematische Übersichtsarbeiten
176. Tirosh E, Rabino S. Physiotherapy for children with cerebral palsy. Evidence for its efficacy. American Journal of Diseases of Children 1989; 143 (5) 552-5
Kommentar: Hintergrundinformation
177. Titchener J. A preliminary evaluation of conductive education. Physiotherapy 1983; 69 (9): 313-6
Kommentar: Hintergrundinformation
178. Voss von H. Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit der Konduktiven Förderung nach Petö bei Kindern mit Zerebralpareesen im Kindergarten- und Vorschulalter. Ein Modellprojekt im Auftrag des Verbandes der Angestelltenkrankenkassen e. V. und des Arbeitersatzkassenverbandes e. V. Ergebnisbericht. München: Universität. Institut für Soziale Pädiatrie und Jugendmedizin. 2001
Kommentar: Literatur aus Stellungnahmen
179. Wagner GA. Conductive education: Feasibility study on developing a national curriculum plan for those working in conductive education in New Zealand. Wellington: New Zealand Council for Educational Research. 1994
Kommentar: Hintergrundinformation

180. Weber KS. Einführung in das System konduktiver Förderung und Rehabilitation. Konzept, Praxis, Perspektive. Dortmund: Verlag Modernes Lernen. 1998
Kommentar: Literatur aus Stellungnahmen
181. Weber KS, Rochel M. Konduktive Förderung für cerebral geschädigte Kinder. Medizinische Rehabilitation zerebralgeschädigter Kinder im Alter von 3 bis 7 Jahren durch Konduktive Förderung. Komplexes und interdisziplinäres Zusammenführen von Entwicklungs-, Lern- und Erziehungsprozessen. Forschungsbericht. Bonn: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung. 1992
Kommentar: Literatur aus Stellungnahmen
182. Weber KS (Eds). Konduktive Förderung in Europa; Stand und Perspektiven. Dokumentation Europäisches Symposium vom 15 bis 17 Mai 1992 im Universitätsclub Bonn. Siegen: Universität. 1992
Kommentar: Literatur aus Stellungnahmen
183. Weber KS. Erfahrungen mit Konduktiver Frühförderung im Forschungs- und Entwicklungsprojekt seit 1990 aus pädagogischer Sicht. Frühförderung interdisziplinär 1996; 15 (2): 59-66
Kommentar: Literatur aus Stellungnahmen, s. weitere Auswertungen
184. Weber KS. Developments in conductive education in Germany. European Journal of Special Needs Education 1995; 10 (2): 149ff
Kommentar: Hintergrundinformation
185. West C, Bowen A, Hesketh A, Vail A. Interventions for motor apraxia following stroke (Protocol for a Cochrane Review). The Cochrane Library, Issue 2, 2003. Oxford: Update Software
Kommentar: Cochrane-Review, Hintergrundinformation
186. Wilson J. Conductive education and the national curriculum: An integrated approach. Support for Learning 2001; 16 (4): 168-73
Kommentar: eingeschlossen; Hintergrundinformation
187. Yule W. Conductive education. Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines 1992; 33 (3): 634-5
Kommentar: Hintergrundinformation

11.3 Übersicht über verschickte Literatur

	Auswertung der Studien mit der formal besten Evidenz
Beraten in der 3. Sitzung am 28. April 2004	Cottam P, Mc Cartney E, Cullen C (1985) British Journal of Disorders of Communication 20, 45-60. The effectiveness of conductive education principles with profoundly retarded multiply handicapped children
Beraten in der 3. Sitzung am 28. April 2004	Weber KS, Rochel M. Konduktive Förderung für cerebral geschädigte Kinder. Medizinische Rehabilitation zerebralgeschädigter Kinder im Alter von 3 bis 7 Jahren durch Konduktive Förderung. Komplexes und interdisziplinäres Zusammenführen von Entwicklungs-, Lern- und Erziehungsprozessen. Forschungsbericht. Bonn: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung.1992
Beraten in der 3. Sitzung am 28. April 2004	Bairstow P. Evaluation of conductive education: The selection process. Educational & Child Psychology 1992; 9 (1): 57-63
Beraten in der 3. Sitzung am 28. April 2004	Bairstow P, Cochrane R, Hur J. Evaluation of conductive education for children with cerebral palsy. Final report (Part I + II). London: HMSO.1993
Beraten in der 3. Sitzung am 28. April 2004	Catanese AA, Coleman GJ, King JA, Reddihough DS. Evaluation of an early childhood program based on principles of conductive education: the Yooralla project. Journal of paediatrics and child health 1995; 31 (5): 418-22
Beraten in der 3. Sitzung am 28. April 2004	Coleman GJ, King JA, Reddihough DS. A pilot evaluation of conductive education-based intervention for children with cerebral palsy: The Tongala project. Journal of paediatrics and child health 1995; 31 (5): 412-7
Beraten in der 3. Sitzung am 28. April 2004	Hur J, Cochrane R. Academic performance of children with cerebral palsy: A comparative study of conductive education and British special education programmes. British Journal of Developmental Disabilities 1995; 41 (80, Pt 1): 33-41
Beraten in der 3. Sitzung am 28. April 2004	Rochel M. Kontrollierte Erfahrungen mit der Konduktiven Förderung im Projekt Taunusklinik aus medizinischer Sicht. Frühförderung interdisziplinär 1996; 15 (2): 67-72
Beraten in der 3. Sitzung am 28. April 2004	Hur J. Skills for independence for children with cerebral palsy: A comparative longitudinal study. International Journal of Disability, Development & Education 1997; 44 (3): 263-274
Beraten in der 3. Sitzung am 28. April 2004	Reddihough DS, King J, Coleman G, Catanese T. Efficacy of programmes based on Conductive Education for young children with cerebral palsy. Developmental medicine and child neurology 1998; 40 (11): 763-70

Beraten in der 3. Sitzung am 28. April 2004	Blank R, von Voss H. Konduktive Förderung nach Petö - Evaluation einer alltags- und aufgabenorientierten Therapie bei Kindern mit Zerebralpareesen im Kindergarten- und Vorschulalter. Aachen: Shaker.2002
	Weitere Auswertungen
Beraten in der 3. Sitzung am 28. April 2004	Tatlow A. Konduktive Bewegungspädagogik (Petö-System) für zerebralparetische Kinder. Krankengymnastik 1990; 42 (9): 1001-1012
Beraten in der 3. Sitzung am 28. April 2004	Weber KS. Erfahrungen mit Konduktiver Frühförderung im Forschungs- und Entwicklungsprojekt seit 1990 aus pädagogischer Sicht. Frühförderung interdisziplinär 1996; 15 (2): 59-66
Beraten in der 3. Sitzung am 28. April 2004	Maurer U. Ursachen der Zerebralparese und klassische Behandlungsmöglichkeiten. Wiener Medizinische Wochenschrift 2002; 152 (1-2): 14-8
Beraten in der 3. Sitzung am 28. April 2004	Bein-Wierzbinski W, Weichert W. Konduktive Förderung. Eine Untersuchung zum Erwerb grob- und feinmotorischer Fertigkeiten bei zerebralparetischen Kindern. Zeitschrift für Heilpädagogik 2002; 53 (1): 18-25
Beraten in der 3. Sitzung am 28. April 2004	Siebes RC, Wijnroks L, Vermeer A. Qualitative analysis of therapeutic motor intervention programmes for children with cerebral palsy: an update. Developmental Medicine and Child Neurology 2002; 44 (N9): 593-603
	Auswertungen der Übersichtsarbeiten / Informationssynthesen
Beraten in der 3. Sitzung am 28. April 2004	Aggressive Research Intelligence Facility (ARIF). Cerebral palsy. Conductive education. Birmingham: ARIF.1996
Beraten in der 3. Sitzung am 28. April 2004	Alberta Heritage Foundation for Medical Research (AHFMR). Conductive education for children with cerebral palsy. Edmonton: AHFMR.2000
Beraten in der 3. Sitzung am 28. April 2004	The Norwegian Board of Health. A professional assessment of alternative training schemes such as the Doman method and similar methods for children with brain injuries. Oslo: Norwegian Board of Health.2000
Beraten in der 3. Sitzung am 28. April 2004	The Swedish Council on Technology Assessment in Health Care (SBU). Conductive education an educational program for children with cerebral palsy. Stockholm: SBU Alert.2000
Beraten in der 3. Sitzung am 28. April 2004	Boyd RN, Morris ME, Graham HK. Management of upper limb dysfunction in children with cerebral palsy: a systematic review. European Journal of Neurology 2001; 8 (Suppl 5): 150-166
Beraten in der 3. Sitzung am 28. April 2004	AACPDM Treatment Outcomes Committee Review Panel. Effects of conductive education intervention for children with a diagnosis of cerebral palsy: An AACPDM evidence report . Edmonton: AACPDM.2003

11.4 Veröffentlichung der Ankündigung des Beratungsthemas im Bundesanzeiger

Bekanntmachungen

Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung

**Bekanntmachung [1691 A]
des Bundesausschusses
der Ärzte und Krankenkassen
über ein Beratungsthema
zu Überprüfungen gemäß § 138
des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)**

Vom 14. November 2002

Der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen überprüft gemäß gesetzlichem Auftrag für die vertragsärztliche Versorgung der gesetzlich Krankenversicherten neue Heilmittel daraufhin, ob der therapeutische Nutzen nach gegenwärtigem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse als erfüllt angesehen werden kann. Das Ergebnis der Überprüfung entscheidet gemäß § 138 SGB V darüber, ob ein neues Heilmittel ambulant zu Lasten der GKV verordnet werden darf. Der vom Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen beauftragte Arbeitsausschuss veröffentlicht die neuen Beratungsthemen, die aktuell zur Überprüfung anstehen.

Entsprechend der Festsetzung des Arbeitsausschusses vom 14. November 2002 wird folgendes Thema indikationsbezogen beraten:

„Konduktive Förderung nach Petö“.

Mit dieser Veröffentlichung soll den maßgebenden Dachverbänden der Ärzte-Gesellschaften der jeweiligen Therapierichtungen sowie Sachverständigen der medizinischen Wissenschaft und Praxis Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben werden. Darüber hinaus sind auch Stellungnahmen von Spitzenverbänden der Selbsthilfe- und Patientenorganisationen sowie von der Spitzenorganisation der Heilmittelerbringer willkommen.

Stellungnahmen sind anhand eines Fragenkatalogs des Ausschusses innerhalb einer Frist von 6 Wochen nach dieser Veröffentlichung einzureichen. Den Fragenkatalog sowie weitere Erläuterungen erhalten Sie bei der

Geschäftsführung des Arbeitsausschusses „Heil- und Hilfsmittel“
des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen

Auf dem Seidenberg 3a
53721 Siegburg

Siegburg, den 14. November 2002

Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen

Der Vorsitzende

J u n g

11.5 Veröffentlichung der Ankündigung des Beratungsthemas im Deutschen Ärzteblatt

Bekanntmachung des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über ein Beratungsthema zu Überprüfungen gemäß § 138 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)

Vom 14. November 2002

Der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen überprüft gemäß gesetzlichem Auftrag für die vertragsärztliche Versorgung der gesetzlich Krankenversicherten neue Heilmittel daraufhin, ob der therapeutische Nutzen nach gegenwärtigem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse als erfüllt angesehen werden kann. Das Ergebnis der Überprüfung entscheidet gemäß § 138 SGB V darüber, ob ein neues Heilmittel ambulant zulasten der GKV verordnet werden darf. Der vom Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen beauftragte Arbeitsausschuss veröffentlicht die neuen Bera-

tungsthemen, die aktuell zur Überprüfung anstehen.

Entsprechend der Festsetzung des Arbeitsausschusses vom 14. November 2002 wird folgendes Thema indikationsbezogen beraten:

„Konduktive Förderung nach Petö“.

Mit dieser Veröffentlichung soll den maßgebenden Dachverbänden der Ärzte-Gesellschaften der jeweiligen Therapierichtungen sowie Sachverständigen der medizinischen Wissenschaft und Praxis Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben werden. Darüber hinaus sind

auch Stellungnahmen von Spitzenverbänden der Selbsthilfe- und Patientenorganisationen sowie von der Spitzenorganisation der Heilmittelerbringer willkommen.

Stellungnahmen sind anhand eines Fragenkatalogs des Ausschusses innerhalb einer Frist von 6 Wochen nach dieser Veröffentlichung einzureichen. Den Fragenkatalog sowie weitere Erläuterungen erhalten Sie bei der

Geschäftsführung des Arbeitsausschusses „Heil- und Hilfsmittel“ des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen, Auf dem Seidenberg 3a, 53721 Siegburg

Siegburg, den 14. November 2002

Bundesausschuss der Ärzte
und Krankenkassen

Der Vorsitzende

J u n g

11.6 Fragenkatalog

Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen

Arbeitsausschuss „Heil- und Hilfsmittel“

14.11.2002

Erläuterungen zur Beantwortung des beiliegenden Fragenkataloges zur Überprüfung der Konduktiven Förderung nach Petö

Der Bundesausschuss überprüft neue Heilmittel gemäß § 138 SGB V in Bezug auf ihren therapeutischen Nutzen. Zur Strukturierung der Stellungnahmen hat der Ausschuss den beigefügten Fragenkatalog verabschiedet, der deshalb Ihrer Beantwortung zugrunde zu legen ist.

Die „Konduktive Förderung nach Petö“ soll zur Behandlung von Kindern mit zerebralen Schädigungen, insbesondere zerebral bedingten Bewegungsstörungen, eingesetzt werden. Als wesentliche Ziele der Behandlung werden angegeben:

- Förderung der Motorik und Koordination,
- Förderung der Kommunikation,
- Förderung der sprachlichen Fähigkeiten.

Die Indikation zur Verordnung von Heilmitteln ergibt sich nicht aus einer Diagnose, sondern dann, wenn Schädigungen / Funktionsstörungen und/oder Fähigkeitsstörungen die Heilmittelanwendung notwendig machen. Da die Beratungen indikationsbezogen erfolgen, ist es erforderlich, dass Sie Ihre Stellungnahme für jede Indikation einzeln abgeben und diese jeweils konkret benennen, sodass für den Bundesausschuss ein eindeutiger Bezug Ihrer Aussage zur jeweiligen Indikation ersichtlich ist. Sollten Ihrer Meinung nach wichtige Aspekte in der Beurteilung der „Konduktiven Förderung nach Petö“ in diesen Fragen nicht berücksichtigt sein, bitten wir Sie diese zusätzlich zu erläutern.

Bitte begründen Sie Ihre Stellungnahme indem Sie Ihre Antworten auf unsere Fragen durch Angabe von Quellen (z. B. wiss. Literatur, Studien, Konsensusergebnisse, Leitlinien) belegen.

Bitte ergänzen Sie Ihre Stellungnahme obligat durch Literatur- und Anlagenverzeichnisse, in denen Sie diejenigen wissenschaftlichen Publikationen kennzeichnen, die für die Beurteilung der Methode maßgeblich sind.

Diese maßgebliche Literatur fügen Sie bitte - soweit möglich - in Kopie bei.

Fragenkatalog zur Konduktiven Förderung nach Petö

Fragen zum therapeutischen Nutzen

1. Auf welche Erkrankung bzw. Indikation (Diagnose + Leitsymptomatik) bezieht sich Ihre Stellungnahme?
2. Anhand welcher diagnostischer Verfahren und ggf. welchen nachprüfbaren Parametern wird die o. g. Indikation festgestellt?
3. Wie hoch ist die Prävalenz / Inzidenz der o. g. Erkrankung in Deutschland?
4. Wie ist der Spontanverlauf bei der o. g. Erkrankung?
5. Welche Methoden stehen zur Behandlung der o. g. Erkrankung grundsätzlich zur Verfügung?
6. Welche prioritären Ziele gelten für die Behandlung der o. g. Erkrankung / Indikation?
7. Welche dieser Ziele sind (ggf. teilweise) in welchem Stadium der Erkrankung und in welchem Lebensalter mit der o. g. Methode zu erreichen?
8. Wie ist die Wirksamkeit einer Behandlung mit der o. g. Methode im Vergleich zu anderen (etablierten) Behandlungs-Methoden und / oder im Vergleich zum Spontanverlauf?
9. Ist angesichts der von Ihnen ggf. unter Frage 5 aufgeführten Behandlungsalternativen die Behandlung mit der o. g. Methode erforderlich und wenn ja, warum?
10. Welche einzelnen Maßnahmen kommen zum Einsatz und wie lange dauern die einzelnen Therapieeinheiten?
11. Gibt es Unterschiede im Anteil pädagogischer Intervention in Abhängigkeit vom Entwicklungs- / Lebensalter bzw. vom Ausmaß der motorischen / geistigen Behinderung der betroffenen Kinder und wie hoch ist der jeweilige Anteil?
12. Wie lange sollte die Behandlung insgesamt durchgeführt werden und welche Kriterien sind hierfür maßgebend?
13. Mit welcher Diagnostik (z. B. Untersuchungstechniken, Apparaten, Gesundheitsskalen) werden die therapeutischen Ergebnisse (Zielgrößen) gemessen?
14. Ist die Behandlung mit der o. g. Methode alternativ oder additiv anzuwenden?
15. Kommt diese Methode nur als Einzeltherapie oder auch als Gruppentherapie zur Anwendung, worin bestehen entsprechende Zuordnungskriterien? Für den Fall, dass eine Gruppenbehandlung sinnvoll bzw. möglich ist, geben Sie bitte an, wie groß die Gruppen sein sollten, in denen eine bestmögliche Behandlung aus medizinischer Sicht realisiert werden kann.
16. Welche Risiken sind mit der Behandlung mittels der o. g. Methode verbunden?
17. Gibt es verschiedene Varianten / definierbare Einzelbestandteile der o. g. Methode, wie werden sie bezeichnet, worin bestehen die Unterschiede und welche sind als optimal anzusehen?
18. Welches Therapieschema / definierbare Einzelbestandteile muss / müssen in welchem Stadium der o. g. Erkrankung eingehalten werden und wie ist dieses belegt?
19. Welche Qualifikationen sind vom verordnenden Arzt und vom behandelnden Therapeuten zu fordern?

20. Kann Ihres Erachtens die „Konduktive Förderung nach Petö“ wie die Maßnahmen der physikalischen Therapie, der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie oder der Ergotherapie als Einzel-Heilmittel verordnet und durchgeführt werden oder handelt es sich um eine standardisierte Kombination - ähnlich der so formulierten Kombination im Bereich der Physikalischen Therapie?
21. Sollte die „Konduktive Förderung nach Petö“ in hierfür geeigneten selbständigen Therapeutenpraxen oder sollte sie in anderen Einrichtungen (z. B. sozialpädiatrische Zentren, Frühfördereinrichtungen, Rehabilitations-Einrichtungen) durchgeführt werden?
22. Werden andere Methoden hierdurch überflüssig und warum?

Ergänzende Fragen zur Wirtschaftlichkeit

23. Wie hoch sind die Kosten der Behandlung eines Patienten mit der o. g. Methode? (je Anwendung / je Therapiezyklus / je Kalenderjahr)
24. Wie sind die Kosten einer Behandlung mit der o. g. Methode im Vergleich zu etablierten Methoden?
25. Welche Kosten könnten durch den Einsatz der o. g. Methode vermieden werden?

Sonstiges

26. Gibt es zusätzliche Aspekte, die in den oben aufgeführten Fragen nicht berücksichtigt wurden?

**Bitte belegen Sie jede Antwort durch Angabe von Quellen
und legen Sie diese im Volltext bei
(z. B. Studien, wiss. Literatur)**

11.7 Liste der Stellungnahmen

Nr.	Institution/Name	Datum	übermittelt per	Dokumente	Art der Stellungnahme
1	Bundesarbeitsgemeinschaft der Heilmittelverbände e. V.	18.02.2003	Post und Telefax	Anschreiben Stellungnahme	Anhand des Fragenkataloges
2	Bundesverband der in Deutschland tätigen Konduktor/Innen e. V.	10.02.2003	Post	Anschreiben Stellungnahme mit Anlagen	Anhand des Fragenkataloges
3	Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie e. V.	24.03.2003	Post	Anschreiben Stellungnahme	Sonstige
4	Evang. Krankenhaus Oberhausen	17.02.2003	Post	Stellungnahme	Anhand des Fragenkataloges
5	FortSchritt Nordhessen e. V.	22.01.2003	Post	Anschreiben Stellungnahme	Sonstiges (Erfolgs- u. Erfahrungsberichte)
6	Institut Kinderneurologie Königsstein	03.02.2003	Post	Anschreiben Stellungnahme Anlagen	Anhand des Fragenkataloges
7	Kinderklinik Kohlhof	10.02.2003	Post	Anschreiben Stellungnahme Anlagen	Anhand des Fragenkataloges
8	Konduktiv Mehrfachtherapeutische und Psychologische Praxis	06.02.2003	Post Telefax	Anschreiben Stellungnahme Anlagen	Anhand des Fragenkataloges
9	Mariienstift	07.02.2003	Post	Stellungnahme Anlagen	Anhand des Fragenkataloges
10	Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e. V.	24.03.03	e-mail	Anschreiben Stellungnahmen	Anhand des Fragenkataloges
11	Verein Ponte Kö e. V.	06.03.03	Post	Anschreiben Stellungnahme	Anhand des Fragenkataloges
12	Friedrich Schiller-Universität Jena	05.03.2003	Post	Stellungnahme	Anhand des Fragenkataloges
13	Stiftung Pfennigparade	11.02.2003	Post Telefax	Anschreiben Stellungnahme Anlagen	Anhand des Fragenkataloges

Nr.	Institution/Name	Datum	übermittelt per	Dokumente	Art der Stellungnahme
14	Universität Kinder- und Jugendheilkunde (Ergänzung zur Stellungnahme Stiftung Pfennigparade)	18.02.03	Fax	Anschreiben Stellungnahme	Ergänzung zur Stellungnahme Stiftung Pfennigparade
15	Verein für Menschen mit Körperbehinderung e. V.	10.02.03	Post	Anschreiben Stellungnahme Prospekte	Anhand des Fragenkataloges
16	Zentrum für Frühbehandlung und Frühförderung gemeinnützige Betriebs GmbH (mit Anlage: Arbeitskreis 2 des Pinneberger Treffens der Konduktiven Einrichtungen in Deutschland)	27.01.03	Post	Anschreiben Stellungnahme	Sonstiges (Thesenpapier)
17	Sozialpädiatrisches Zentrum und Fachklinik für Sozialpädiatrie und Entwicklungsrehabilitation des Bezirks Oberbayern	Brief an den VdAK vom 5.6.2002, vom VdAK an den Bundesausschuss weitergeleitet am 17.6.2002	Post	Stellungnahme	Sonstiges (Abschlussbericht Modellversuch München)

11.8 Stellungnahmen

11.8.1 Bundesarbeitsgemeinschaft der Heilmittelverbände BHV

Antworten der BHV zum Fragenkatalog des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen, Arbeitsausschuss „Heil- und Hilfsmittel“ zur Konduktiven Förderung nach Petö

Fragen zum therapeutischen Nutzen
1. Auf welche Erkrankung bzw. Indikation (Diagnose + Leitsymptomatik) bezieht sich ihre Stellungnahme?
Unsere Stellungnahme bezieht sich auf die infantile Zerebralparese (ICP) bei Kindern im Alter vom 3. - 6. Lebensjahr mit Störungen von Bewegung und Haltung bedingt durch einen Defekt oder eine Läsion des unreifen Gehirns. Dabei geht es um spastische Hemiparesen, armbetont, beinbetont, tribetont, seitenbetont sowie um Mischformen von Hemiparese und Diparesen und schließlich spastische Tetraparesen.
2. Anhand welcher diagnostischen Verfahren und ggf. welchen nachprüfbaren Parametern wird die o. g. Indikation festgestellt?
Diagnosen werden durch den Arzt auf Grund von neurologischen Untersuchungen gestellt.
3. Wie hoch ist die Prävalenz / Inzidenz der o. g. Erkrankung in Deutschland?
Nach Krägeloh-Mann et al. (1994) jeweils pro Tausend Lebendgeburten: 0,94 im Jahre 1975, 1,41 im Jahre 1980 und 1,14 im Jahre 1986
4. Wie ist der Spontanverlauf bei der o. g. Erkrankung?
5. Welche Methoden stehen zur Behandlung der o. g. Erkrankung grundsätzlich zur Verfügung?
Krankengymnastische Behandlungen auf neurophysiologischer Grundlage nach Bobath und Vojta sowie Ergotherapie und Logopädie.
6. Welche prioritären Ziele gelten für die Behandlung der o. g. Erkrankung / Indikation?
Die Behandlungsziele, die im Bericht des Modellprojektes genannt sind, entsprechen den Therapiezielen, die auch bei den derzeit zur Verfügung stehenden Heilmitteln zur Behandlung von Kindern mit CP aufgeführt sind.
7. Welche dieser Ziele sind (ggf. teilweise) in welchem Stadium der Erkrankung und in welchem Lebensalter mit der o. g. Methode zu erreichen?
Die Beantwortung dieser Frage ist dem Bericht zu entnehmen. Wir können hierzu keine Aussagen machen, da wir die KFP nicht durchführen. Im logopädischen Bereich konnten bei den jüngeren Kindern (bis drei Jahre) signifikante Fortschritte in der Entwicklung der aktiven Sprache und des Sprachverständnisses mit der Münchener Funktionellen Entwicklungsdiagnostik gezeigt werden (HORSTMANN & OSKAMP, 2000, 58).
8. Wie ist die Wirksamkeit einer Behandlung mit der o. g. Methode im Vergleich zu anderen (etablierten) Behandlungsmethoden und/oder im Vergleich zum Spontanverlauf?

<p>Die Beantwortung dieser Frage ist im einzelnen dem Bericht zu entnehmen. VGL. AUCH SCHMIDT & OERTER, 1999 Entgegen den Erwartungen war die Verbesserung im Bereich der Lokomotion und Aufrichtung nicht sichtbar. Andere Funktionen verbesserten sich, allerdings sind derartige Erfolge auch durch die bisher üblichen Interventionen möglich. HORSTMANN & OSKAMP (2000) kommen in der Interpretation ihrer Ergebnisse zu dem Schluss, dass die KFP als Zusatzangebot, nicht aber als Ersatz für bisherige Therapieangebote etabliert werden sollte, weil es vor allem die alltagsrelevanten Fähigkeiten verbessert.</p>
<p>9. Ist angesichts der von Ihnen ggf. unter Frage 5 aufgeführten Behandlungsalternativen die Behandlung mit der o. g. Methode erforderlich und wenn ja, warum?</p>
<p>Kann aus unserer Sicht zur Zeit nicht beantwortet werden, da vergleichbare Studien für die unter 5 genannten Heilmittel nicht vorhanden sind, schon überhaupt keine vergleichenden Studien. VGL. HORSTMANN & OSKAMP (2000, 57). Ein statistischer Vergleich zwischen der Gruppe der konduktiv geförderten Kinder und der „klassisch“ geförderten Kinder wurde nicht vorgenommen, und die in der wissenschaftlichen Forschung geforderten Evaluationsstandards für Therapiestudien wurden bisher auch bei den anderen Therapieformen (z. B. Bobath und Vojta) kaum in vollem Umfang erreicht. D. h., eine fundierte Aussage über einen Wirksamkeitsvergleich kann derzeit nicht getroffen werden.</p>
<p>10. Welche einzelnen Maßnahmen kommen zum Einsatz und wie lange dauern die einzelnen Therapieeinheiten?</p>
<p>11. Gibt es Unterschiede im Anteil pädagogischer Intervention in Abhängigkeit vom Entwicklungs-/Lebensalter bzw. vom Ausmaß der motorischen / geistigen Behinderung der betroffenen Kinder und wie hoch ist der jeweilige Anteil?</p>
<p>12. Wie lange sollte die Behandlung insgesamt durchgeführt werden und welche Kriterien sind hierfür maßgebend?</p>
<p>13. Mit welcher Diagnostik (z. B. Untersuchungstechniken, Apparaten, Gesundheitsskalen) werden die therapeutischen Ergebnisse (Zielgrößen) gemessen?</p>
<p>Für die Heilmittel Physiotherapie, Logopädie und Ergotherapie kommen entsprechende Verfahren zur Befunderhebung zum Einsatz.</p>
<p>14. Ist die Behandlung mit der o. g. Methode alternativ oder additiv anzuwenden?</p>
<p>Sie ist additiv anzuwenden (VGL. HORSTMANN & OSKAMP, 2000, 63.). Der Ergebnisbericht des Münchener Modellprojektes kommt ebenfalls zu dieser Auffassung (vgl. 16-231, aber auch 16 - 234).</p>
<p>15. Kommt diese Methode nur als Einzeltherapie oder auch als Gruppentherapie zur Anwendung, worin bestehen entsprechende Zuordnungskriterien? Für den Fall, dass eine Gruppenbehandlung sinnvoll bzw. möglich ist, geben Sie bitte an, wie groß die Gruppen sein sollten, in denen eine bestmögliche Behandlung aus medizinischer Sicht realisiert werden kann.</p>
<p>Die KFP kommt weit überwiegend als Gruppentherapie zur Anwendung, wo 3 - 4 Konduktoren 8 - 10 Kinder behandeln. Hier liegt einer der Hauptunterschiede zu den bisher anerkannten Heilmitteln, die zwar zum Teil auch als Gruppentherapie angeboten werden, in der Regel aber, insbesondere bei Kindern mit ICP, als Einzelbehandlung zum Einsatz kommen.</p>
<p>16. Welche Risiken sind mit der Behandlung mittels der o. g. Methode verbunden?</p>
<p>Siehe hierzu unsere Ausführungen zu Punkt 26.</p>
<p>17. Gibt es verschiedene Varianten / definierbare Einzelbestandteile der o. g. Methode, wie werden sie bezeichnet, worin bestehen die Unterschiede und welche sind als optimal anzusehen?</p>

<p>Die KFP basiert auf einem aufgaben- und zielorientierten Lernkonzept, welches sich auf Üben und Lernen in biologischen, psychischen und sozialen Bereichen erstreckt. Alle Aufgaben werden von einer dafür ausgebildeten Person, der „Konduktorin“ konzipiert, durchgeführt und ausgewertet. Der Konduktor soll krankengymnastische, logopädische, ergotherapeutische und psychologische Elemente integrieren und dem Kind vermitteln, ohne jedoch selber in diesen Berufen ausgebildet zu sein. Der Grundprinzipien der KFP umfassen ein aufgaben- und alltagsorientiertes Lernen, wiederholendes Einüben von Funktionen in strukturierten Situationen und in Programmen, z. B. in sog. Stehprogrammen oder Laufprogrammen; sie ist gleichzeitig ein gruppenorientiertes Konzept mit Bestandteilen individueller Förderung. Die Gruppe soll dabei nicht homogen, sondern komplementär entsprechend der individuellen Förderbedürfnisse, Alter, etc. zusammengestellt sein. Schließlich umfasst die KFP eine vorbereitete Lernumgebung. Die wichtigsten Ziele der KFP sind die Verbesserung der Aufrichtung und Lokomotion, hier zeigt der Modellversuch allerdings sehr geringe Erfolge auf. Alltagsfunktionen und Selbständigkeit des Kindes verbessern sich, ebenso ist eine Verbesserung der Handfunktion sichtbar.</p>
<p>18. Welches Therapieschema / definierbare Einzelbestandteile muss / müssen in welchem Stadium der o. g. Erkrankung eingehalten werden und wie ist dieses belegt?</p>
<p>Auch hier verweisen wir auf das Modellprojekt des VdAK.</p>
<p>19. Welche Qualifikationen sind vom verordnenden Arzt und vom behandelnden Therapeuten zu fordern?</p>
<p>Zu den Qualifikationen des Arztes können wir keine Aussage machen. Die KFP wird von sog. Konduktoren durchgeführt, für die es in Deutschland seit kurzem eine Ausbildung gibt. Vgl. dazu die kritischen Bemerkungen von HORSTMANN & OSKAMP (2000) auf S. 52 f, aber auch die Schlussfolgerung, in der eine Weiterbildung gefordert wird (S. 63).</p>
<p>20. Kann Ihres Erachtens die „Konduktive Förderung Nach Petö“ wie die Maßnahmen der physikalischen Therapie, der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie oder der Ergotherapie als Einzel-Heilmittel verordnet und durchgeführt werden oder handelt es sich um eine standardisierte Kombination — ähnlich der so formulierten Kombination im Bereich der Physikalischen Therapie?</p>
<p>KFP beinhaltet Elemente der oben genannten Einzel-Heilmittel zzgl. einem nicht zu unterschätzenden Anteil (heil)pädagogischer Maßnahmen. Ob dies, sollte KFP eine verordnungsfähige Leistung nach § 92 SGB V werden, ein Einzel-Heilmittel wird, können wir zum heutigen Zeitpunkt nicht beantworten. (vgl. Frage 21)</p>
<p>21. Sollte die „Konduktive Förderung nach Petö“ in hierfür geeigneten selbständigen Therapeutenpraxen oder sollte sie in anderen Einrichtungen (z. B. sozialpädiatrischen Zentren, Frühfördereinrichtungen, Rehabilitations-Einrichtungen) durchgeführt werden? <input type="checkbox"/></p>
<p>Ein Einsatz in therapeutischen Praxen ist schwer vorstellbar, da es sich bei KFP um ein Konzept handelt, bei dem die Interventionen über einen Achtstundentag hinweg angeboten werden und die Kontinuität der Gruppenförderung verlangt (HORSTMANN & OSKAMP, 2000, 63). Die herkömmliche Praxis ist darauf zur Zeit nicht eingestellt, hier wären Veränderungen notwendig.</p>
<p>22. Werden andere Methoden hierdurch überflüssig und warum?</p>

<p>Durch die KFP werden andere Methoden, wie z. B. nach Bobath und Vojta oder orofaziale Therapie nach Castillo-Morales oder Ergotherapie nicht überflüssig. Das geht auch eindeutig aus dem Bericht hervor, siehe z. B. Seite 4-120 und 4-124, u. a. 16-232 bis 16-235.</p> <p>In dem Bericht über das Modellprojekt wird auf das Problem der Blockförderung hingewiesen. Der Bericht lässt keinen Zweifel an der Bevorzugung einer kontinuierlichen Therapie (siehe Seite 4-124). Ob allerdings eine flächendeckende Versorgung mit KFP möglich sein wird, so dass ein Kind mit ICP (chronische Erkrankung) diese intensive Förderung in seinem gewohnten Umfeld und kontinuierlich erfahren kann, ist äußerst fraglich. Der Anteil der ICP-Kinder in der BRD sinkt (die bessere Intensivmedizin bei der Geburt) und nicht alle Kinder mit ICP eignen sich für eine derartige Förderung. Von daher wird das Angebot nur in Ballungsgebieten möglich sein.</p>
<p>Ergänzende Fragen zur Wirtschaftlichkeit</p>
<p>23. Wie hoch sind die Kosten der Behandlung eines Patienten mit der o. g. Methode? (je Anwendung / je Therapiezyklus / je Kalenderjahr)</p>
<p>Auch hier verweisen wir auf das Modellprojekt des VdAK, in dessen Zusammenfassung auch die ökonomischen Aspekte behandelt wurden (siehe Seite 4-113).</p>
<p>24. Wie sind die Kosten einer Behandlung mit der o. g. Methode im Vergleich zu etablierten Methoden?</p>
<p>Siehe Modellprojekt des VdAK. Der Vergleich ist schwierig, da die herkömmlichen Therapie nie in einer derartigen Intensität zum Einsatz kommen.</p>
<p>25. Welche Kosten könnten durch den Einsatz der o. g. Methode vermieden werden?</p>
<p>Kann von uns nicht beantwortet werden.</p>
<p>Sonstiges</p>
<p>26. Gibt es zusätzliche Aspekte, die in den oben aufgeführten Fragen nicht berücksichtigt wurden?</p>
<p>Aus unserer Sicht geht aus dem Bericht hervor, dass der Hauptunterschied zu den unter 5 genannten Heilmitteln das Setting ist, in dem KFP stattfindet, nicht so sehr die Intervention im einzelnen.</p> <p>KFP wird ausschließlich in Gruppen und als ganztägige Förderung eingesetzt. Die Kinder und ihre Bezugsperson(en) leben während der KFP nicht in ihrem gewohnten sozialen Umfeld, sondern werden für eine gewisse Zeit aus ihrem häuslichen und sozialen Umfeld genommen und in diese KFP-Gruppe integriert. Dies steht im Gegensatz zu den ICF-Kriterien (International Classification of Functioning, Disability and Health) der WHO. Nach dieser bestimmten Zeit kommen sie wieder in ihre Umgebung zurück mit allen dann bestehenden Problemen der Wiedereingliederung. Siehe auch unseren Hinweis unter Frage 22.</p> <p>Bei der einzelnen Intervention haben wir zum Teil Bedenken, ob in einer Gruppe (mit zum Teil nicht medizinisch ausgebildeten Konduktoren) auf die unterschiedlichen Tonusverhältnisse jedes einzelnen Kindes eingegangen werden kann. Oft verschlechtern sich Krankheitsbilder sehr schnell (z. B. Gefahr der Skoliose, Hüftluxationen, Kontraktur) wenn keine gezielte Inhibition erfolgt und somit tonusbedingt pathologische Bewegungen oder Haltungen über einen längeren Zeitraum hin vom Kind durchgeführt werden. Hier können unter Umständen vier Wochen schon zuviel sei. Der Therapeut, der das Kind dann Zuhause weiterversorgt, muss erst wieder mühsam aufarbeiten, was in den zurückliegenden Wochen versäumt wurde.</p> <p>Derzeit ungeklärt ist die Qualifikation der KonduktorInnen und die Frage, wer berechtigt sein soll, ein potentiell Heilmittel KFP zu erbringen und abzurechnen.</p> <p>Wir möchten auch an dieser Stelle nochmals darauf hinweisen, dass die KFP in erster Linie ein pädagogisches und kein therapeutisches Konzept ist.</p>

Literatur:

Horstmann, T. & Oskamp, U. (2000). Konduktive Förderung von cerebralbewegungsgestörten Kindern im Vorschulalter unter den Bedingungen eines Frühförderzentrums. In: Leyendecker, O. & Horstmann, T. Große Pläne für kleine Leute. Grundlagen, Konzepte und Praxis der Frühförderung. München: Ernst Reinhardt, 49-64

Krägeloh-Mann, I., Hagberg, G., Meisner, O., Schelp, B., Haas, G., Edelbol-Eeg-Olofsson, K., Selbmann, H.K., Hagberg, B. & Michaelis, R. (1994). Bilateral spastic cerebral palsy, a comparative study between south-west Germany and Western Sweden. II: Epidemiology. In: Developmental Medicine and Child Neurology, 36, 473-483.

Schmidt, G. & Oerter, R. (1999). Konduktive Förderung in der Stiftung Pfennigparade, München. Zeitraum: Schuljahre 98/97 und 97/98. Forschungsbericht. Universität München, Institut für Pädagogische Psychologie und Empirische Pädagogik (unveröffentlicht).

Voss, H. von (2001). Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit der Konduktiven Förderung nach Petö bei Kindern mit Zerebralpareesen im Kindergarten- und Vorschulalter. Ein Modellprojekt im Auftrag des Verbandes der Angestelltenkrankenkassen e. V. und des Arbeiterersatzkassenverbandes e. V. Ergebnisbericht. München: Institut für Soziale Pädiatrie und Jugendmedizin der Ludwig-Maximilian-Universität München.

11.8.2 Bundesverband der in Deutschland tätigen Konduktor/Innen e. V.

Fragenkatalog zur Konduktiven Förderung nach Petö

Fragen zum therapeutischen Nutzen

1. Auf welche Erkrankung bzw. Indikation (Diagnose + Leitsymptomatik) bezieht sich Ihre Stellungnahme?

Zerebralpareesen (unabhängig von der Ursache und Stadium), wie spastische Tetraparese, Hypotonie, Ataxie, Athetose, Hemiplegie, Paraplegie, Spina Bifida sowie bei der Parkinson-Syndrom und Multiple Sklerose mit

- erhöhten oder hypotonen Muskeltonus im ganzen Körper, halbseitig oder in den oberen, bzw. in den unteren Extremitäten betont;
- eingeschränkter Fortbewegung in allen Formen;
- eingeschränkter Bewegungsmöglichkeiten der oberen Extremitäten und unterentwickelter Feinmotorik;
- vorhandenen pathologischen Reflexen und Reaktionen;
- erhöhtem Risiko von sekundären orthopädischen Deformitäten des Skelettes und der Muskulatur;
- Zerebellare Koordinationsstörungen
- Schwierigkeiten beim Essen und Trinken (Schlucken, Kauen, Saugen);
- Schwierigkeiten der Ausdrucksfähigkeit und der Sprache;
- Teilfunktionsstörungen des Nervensystems, wie Aphasie; Apraxie usw.; bzw. Störungen des abstrakten Denkens;
- Wahrnehmungsstörungen im Körperschema, Orientierung, Perzeption;

<ul style="list-style-type: none">· Kognitiven Fähigkeitsstörungen und Gedächtnisstörungen· allgemeinen Konzentrationsstörungen und speziellen Lernunfähigkeiten wie Dyslexie, Dyscalculie;· mangelhafter Eigenaktivität und Motivation; und· primärer oder sekundärer geistigen Retardation. <p>Eine Indikation zur Konduktiven Förderung ist begründet, wenn einige von den oben genannten Symptomen vorhanden sind. Die Kontakt und Lernfähigkeit ist jedoch Hauptkriterium zur erfolgreichen Förderung.</p> <p>Ausschlusskriterien:</p> <ul style="list-style-type: none">· Schwere Beeinträchtigungen der physischen Belastbarkeit durch Entwicklungsanomalien von Herz und Kreislauf oder extremer Krampfaktivität· Schwerste Sinnesbeeinträchtigungen (Gehörlosigkeit oder Blindheit)· Genetische Erkrankungen mit überwiegend geistige Behinderung· Orthopädische Probleme, die eine körperliche Belastung verbieten <p>Vergl.: Berufsbild der Konduktor (III/1) (Bundesverband der in Deutschland tätigen Konduktor/Innen e. V.)</p> <p>Vergl.: Diagnoseblatt und Thesenpapier zur Qualitätskriterien der Konduktiven Förderung (Pinneberger Arbeitskreis, 2000)</p>
<p>2. Anhand welcher diagnostischer Verfahren und ggf. welchen nachprüfbaren Parametern wird die o. g. Indikation festgestellt?</p>
<p>Durch neurologische, orthopädische fachärztliche Untersuchungen und anschließender konduktiver Untersuchung.</p> <p>Vergl: Michael Rochel: Medizinische Verantwortung bei Konduktiver Forderung und Rehabilitation, Band 2, Seite 21; Verlag modernes lernen, Dortmund</p>
<p>3. Wie hoch ist die Prävalenz / Inzidenz der o. g. Erkrankung in Deutschland?</p>
<p>Vergl.: Rainer Blank, Hubertus von Voss: Konduktive Forderung nach Petö - Evaluation einer alltags und aufgabenorientierten Therapie bei Kindern mit Zerebralpareesen im Kindergarten- und Vorschulalter-, Kapitel 1.1, Seite 2</p>
<p>4. Wie ist der Spontanverlauf bei der o. g. Erkrankung?</p>
<p>Da derzeit praktisch kein Betroffener ohne irgendeine Therapie, Förderung, Behandlung oder medizinische Versorgung bleibt und die Krankheitsbilder durch die sekundären Symptome und die Begleitsymptome vom Patient zu Patient sehr unterschiedlich sein können, ist die exakte Beschreibung des Spontanverlaufes kaum möglich.</p> <p>Je schwerer die klinischen Symptome und die assoziierten sensorischen, sprachlichen und intellektuellen Störungen sind, desto intensiver treten Verschlechterungen im Gesamtzustand durch Inaktivitätsatrophien, Kontrakturen, Koordinationsstörungen bis zum weitgehenden Funktionsverlust im Alltag ein.</p> <p>Die Deformitäten des Skelettes können zu Funktionsstörungen der inneren Organe, zu Schmerzzuständen, zur Verschlechterung des Kreislaufes und der Atmung führen.</p>
<p>5. Welche Methoden stehen zur Behandlung der o. g. Erkrankung grundsätzlich zur Verfügung?</p>

Krankengymnastik nach Bobath und Vojta, Physiotherapie, Ergotherapie, usw.

Vergl: Rainer Blank, Hubertus von Voss: Konduktive Förderung nach Petö - Evaluation einer alltags- und aufgabenorientierten Therapie bei Kindern mit Zerebralpareesen im Kindergarten- und Vorschulalter-, Kapitel 1.2.1, Seite 2-4

6. Welche prioritären Ziele gelten für die Behandlung der o. g. Erkrankung 1

Indikation?

- Lockerung der spastischen, bzw. Kräftigung der hypotonen Muskulatur;
- Kontrakturen und Deformitäten vorbeugen;
- Förderung der Bewegungskoordination, wie z. B. die Hand- Hand-, Hand-Fuß-, Augen- Hand- und Hand-Mund-Koordination;
- Verbesserung der Handfähigkeiten und der Feinmotorik;
- Förderung der selbständigen Fortbewegung;
- Förderung der Wahrnehmung;
- Förderung der Sprach- und Ausdrucksfähigkeit;
- Selbständiges Essen, Trinken, sich Waschen, An- und Ausziehen, Toilette zu benutzen;
- Aktivität und Selbständigkeit fördern;
- Integration;
- Eine möglichst selbständige Lebensführung zu erreichen;
- Lebensqualität zu verbessern.

7. Welche dieser Ziele sind (ggf. teilweise) in welchem Stadium der Erkrankung und in welchem Lebensalter mit der o. g. Methode zu erreichen?

Abhängig von Art und Schwere der Behinderung und davon, wie früh die Förderung angefangen wurde, können Kinder schon im Regelkindergarten/ Schule integriert werden.

Unter Berücksichtigung der Gesetzmäßigkeiten menschlicher Erfahrungsbildung muss Konduktive Förderung zu frühestmöglichem Zeitpunkt begonnen werden, um eine optimale Wirkung zu entfalten.

In jedem Lebensalter und unabhängig von der Schwere des Krankheitsbildes sind erfahrungsgemäß nachweisbare Effekte hinsichtlich der Erreichung und Erhaltung optimaler Bewegungsfähigkeit sowie der Kommunikationsfähigkeit und Aktivität zu erreichen.

Vergl.: Annette Fink: Erfolge der Konduktiven Förderung, Praxis der Konduktiven Förderung nach A. Petö, Kapitel 13, Seite 118-120, Ernst Reinhardt Verlag

8. Wie ist die Wirksamkeit einer Behandlung mit der o. g. Methode im Vergleich zu anderen (etablierten) Behandlungsmethoden und / oder im Vergleich zum Spontanverlauf?

Die Petö-Methode erzielt im Vergleich zu den anderen Methoden eine Annäherung an die altersgerechte geistige und motorische Entwicklung.

Die anderen Behandlungsmethoden betrachten in ihrem Therapiegrundsatz welche Fähigkeiten bei den Behinderten durch die Schädigungen des Zentralen Nervensystems fehlen, d. h. wozu der Betroffene nicht fähig ist.

Dagegen werden in der Konduktiven Förderung in allen Bereichen funktionelle Fertigkeiten entwickelt, die dem Kind/Erwachsenen altersentsprechend sind.

Es werden Positionen, wie Stehen, Sitzen, altersentsprechend und aktiv geübt, und verschiedene Formen der Fortbewegung, wie Robben, Krabbeln, Laufen erlernt und die Handfertigkeiten vielseitig gefördert. Dadurch wird die gesamte Muskulatur gekräftigt und frühzeitige Deformitäten und Kontrakturen des Bewegungsapparates vorgebeugt.

Bei kontinuierlicher und konsequenter Förderung kann im Vergleich zum Spontanverlauf oder zu anderen Behandlungsmethoden eine deutlich frühere Selbständigkeit in motorischen und lebenspraktischen Bereichen erreicht werden. Die Patienten brauchen im Vergleich zu Förderungen mit anderen Methoden grundsätzlich weniger Hilfsmittel.

Durch die Konduktive Förderung verinnerlicht der Patient eine aktive und selbständige Lebensweise. Dieses ermöglicht ein unabhängigeres Leben, wodurch auf teure Hilfsmittel und -geräte, bzw. auf extra Pflegepersonal verzichtet werden kann.

Die Petö-Methode ist alltagsorientiert und verbessert dadurch direkt die Lebensqualität der Betroffenen und dessen Familie.

Vergl.: Annette Fink: Petös Grundannahmen, Praxis der Konduktiven Förderung nach A. Petö, Kapitel 3.2., Seite 35, Ernst Reinhardt Verlag

Vergl.: Annette Fink: Erfolge der Konduktiven Förderung, Praxis der Konduktiven Förderung nach A. Petö, Kapitel 13, Seite 118-120, Ernst Reinhardt Verlag

Vergl.: Michael Rochel: Konduktive Förderung nach Petö im Institut Kinderneurologie Königstein - neurologisch/medizinische Aspekte-, Das behinderte Kind frühzeitig fördern, Seite 78-8 1, Wissenschaftsverlag Wellingsbüttel, Hamburg

Pilotprojekt in der Taunusklinik~> Königstein, Weber, Rochel, 1992, Forschungsbericht Nr. 224 von Bundesministerium für Arbeit und Soziales 1992

9. Ist angesichts der von Ihnen ggf. unter Frage 5 aufgeführten Behandlungsalternativen die Behandlung mit der o. g. Methode erforderlich und wenn ja, warum?

Die herkömmlichen Therapiemöglichkeiten greifen spezielle Problembereiche auf, wobei die Schädigungen des Nervensystems komplexe Behinderungen darstellen. Die motorischen, kognitiven, sensorischen, psychischen, sozialen Fähigkeiten sind gleichermaßen betroffen.

Die konduktive Sichtweise betrachtet den Behinderten als komplexes Wesen, und konzentriert sich auf die Entwicklung der Gesamtpersönlichkeit. Affektive, psychosoziale und interaktive, kognitive sowie motorische Kompetenzen und die Aneignung lebenspraktischer Fähigkeiten werden nicht isoliert gefördert, sondern in komplexen Programmen gleichermaßen berücksichtigt.

Die Förderung wird von einem dem Entwicklungsalter adäquaten motivierenden und aktivierenden Gruppenpädagogik getragen.

Die Betroffenen haben nur eine Bezugsperson die ihre Entwicklung langfristig begleitet und anhand der Beobachtungen die Förderung auf die individuellen Bedürfnisse optimal anpasst.

Das Petö Konzept geht gezielt auf lebenspraktische Bereiche ein, verbessert dadurch direkt die Lebensqualität der Betroffenen und deren Familie.

Die Konduktive Förderung bietet eine ganzheitliche Förderung aus der Palette der verschiedenen Therapiemöglichkeiten an. Jeder Patient sollte die Chance haben die für ihn bestgeeignete Fördermöglichkeit zu erhalten.

Die Wirksamkeit dieser Methode wird von Eltern, Betroffenen, Therapeuten und Ärzten in hohem Maße belegt und kann nicht durch die alleinige Behandlung herkömmlicher Therapiemethoden ersetzt werden. Die Belege berufen sich hier auf Beobachtungen, Therapieaufzeichnungen und Aussagen von Betroffenen. Der wissenschaftlich fundierte Effektivitätsnachweis fehlt genauso bei den neurophysiologischen Behandlungen nach Bobath und Vojta, die dennoch von den Krankenkassen finanziert werden.

Vergl.: Urteil des Bundesverwaltungsgerichtes vom 3 1.5.2002, 5 C 36.0 1 - OVG 4 L 4857/99, dem gemäß die Beurteilung des Effektes einer bestimmten Förderungsmaßnahme denjenigen Personen überlassen bleiben sollte, die den Betroffenen am besten kennen.

Vergl.: Michael Rochel: Konduktive Förderung nach Petö im Institut Kinderneurologie Königstein - neurologisch/medizinische Aspekte-, Das behinderte Kind frühzeitig fördern, Seite 78-8 1, Wissenschaftsverlag Wellingsbüttel, Hamburg

Vergl.: Rainer Blank, Hubertus von Voss: Konduktive Förderung nach Petö - Evaluation einer alltags- und aufgabenorientierten Therapie bei Kindern mit Zerebralpareesen im Kindergarten- und Vorschulalter, Kapitel 1.2.2, Seite 4-6

10. Welche einzelnen Maßnahmen kommen zum Einsatz und wie lange dauern die einzelnen Therapieeinheiten?

Der komplexe Tagesablauf besteht aus verschiedenen Aufgabeneinheiten mit anschließender lebenspraktischer Anwendung des Erlernten. Die Dauer der verschiedenen Einheiten ist je nach Art der Förderung unterschiedlich (Block-Förderung, kontinuierliche Fördergruppen, Ganz- oder Halbtagsförderung).

Die verschiedenen Einheiten in Fall einer Ganztagsförderung (6 Stunden) sind:

- Förderung der Platz- und Positionswechsel (ca. 45 Min.)
- Geh- und Stehprogramm (ca. 15 Min.)
- Individuelles Förderprogramm (ca. 60 Min.)
- Förderung der Grob- und Feinmotorik (ca. 30 Min.)
- Kognitivprogramm (ca. 30 Min.)

Zwischen den verschiedenen Einheiten wird ermöglicht das Erlernte in lebenspraktische Situationen umzusetzen, wie z. B.: individuelle Fortbewegung, Essen, Trinken, sich An/Ausziehen, Toilette benutzen u.s.w.

11. Gibt es Unterschiede im Anteil pädagogischer Intervention in Abhängigkeit vom Entwicklungs- / Lebensalter bzw. vom Ausmaß der motorischen / geistigen Behinderung der betroffenen Kinder und wie hoch ist der jeweilige Anteil?

Bei kontinuierlicher Förderung in der Frühförderung, im Kindergarten- und Vorschulalter ist das Verhältnis des therapeutischen zum pädagogischen Anteil ca. 50 % zu 50 %.

In der Frühförderung bei Säuglingen, im Schulalter, bei Erwachsenen, Jugendlichen, bzw. in Blockförderung ist das Verhältnis des therapeutischen zum pädagogischen Anteil ca. 70 % zu 30 %.

12. Wie lange sollte die Behandlung insgesamt durchgeführt werden und welche Kriterien sind hierfür maßgebend?

<p>Das Ziel der Konduktiven Förderung ist es eine höchstmögliche Selbständigkeit in allen Lebensbereichen zu erreichen, und dadurch die Integration/Wiederintegration in die Gesellschaft zu ermöglichen.</p> <p>Um dieses Ziel möglichst früh zu erreichen, ist erfahrungsgemäß eine intensive, kontinuierliche Förderung bis zur Integration erforderlich, anschließend nach Bedarf Begleitung oder Kontrolle.</p> <p>Die Konduktive Förderung sollte also so lange fortgesetzt werden bis das Erlernte automatisiert ist und/oder sich keine Erfolge mehr einstellen.</p> <p>Vergl.: Annette Fink: Erfolge der konduktiven Förderung, Praxis der Konduktiven Förderung nach Andras Petö, Kapitel 13., Seite 118-120, Ernst Reinhardt Verlag</p>
<p>13. Mit welcher Diagnostik (z. B. Untersuchungstechniken, Apparaten, Gesundheitsskalen) werden die therapeutischen Ergebnisse (Zielgrößen) gemessen?</p>
<p>Adäquate Messkriterien für die Erfolge der Konduktiven Förderung müssen erst noch entwickelt werden. Um den Verlauf der Förderung zu dokumentieren, können nicht Kriterien anderer Behandlungsmethoden übernommen werden wie z. B. die Lokomotionsstufen nach Vojta, da diese nicht auf die Aufrichtungskriterien der Konduktiven Förderung abgestimmt sind.</p> <p>Maßgebend ist die Lebensqualität der Betroffenen.</p> <p>Vergl.: Michael Rochel Medizinische Verantwortung bei Konduktiver Förderung und Rehabilitation, Verlag modernes lernen, Dortmund</p> <p>Vergl.: Rainer Blank, Hubertus von Voss: Konduktive Förderung nach Petö -Evaluation einer alltags und aufgabenorientierten Therapie bei Kindern mit Zerebralpareesen im Kindergarten- und Vorschulalter -</p>
<p>14. Ist die Behandlung mit der o. g. Methode alternativ oder additiv anzuwenden?</p>
<p>Wenn die Konduktive Förderung kontinuierlich (täglich, halb- oder ganztags) stattfindet, sollte sie grundsätzlich als eigenständige Methode alternativ angeboten werden. Im Fall einer Block-Förderung kann jedoch eine additive Anwendung begründet werden.</p>
<p>15. Kommt diese Methode nur als Einzeltherapie oder auch als Gruppentherapie zur Anwendung, worin bestehen entsprechende Zuordnungskriterien? Für den Fall, dass eine Gruppenbehandlung sinnvoll bzw. möglich ist, geben Sie bitte an, wie groß die Gruppen sein sollten, in denen eine bestmögliche Behandlung aus medizinischer Sicht realisiert werden kann.</p>
<p>Konduktive Förderung findet grundsätzlich in Gruppen statt. Dynamische Prozesse, wie gegenseitige Rückmeldung und Motivation, Vorbildfunktion, Unterstützung bei der sprachlichen, motorischen und kognitiven Entwicklung können so genutzt werden.</p> <p>Die Gruppengröße und die Zusammensetzung der Gruppe hängt von der Räumlichkeit, von dem Personal und von der Art und Schwere der Behinderung der Gruppenmitglieder ab. Im allgemeinen sind etwa 4-10 Kinder in einer Gruppe. Auf diese Kinderzahl kommen in der Block-Förderung 2 bis 4, in der kontinuierlichen Förderung 2 bis 3 Konduktor/Innen.</p> <p>Es können jedoch Situationen vorkommen, in denen die optimale Entwicklung der Behinderten am besten außerhalb der Gruppe, in der sog. Einzelförderung zu gewährleisten ist.</p> <p>Vergl.: Rainer Blank, Hubertus von Voss: Konduktive Förderung nach Petö -Evaluation einer alltags und aufgabenorientierten Therapie bei Kindern mit Zerebralpareesen im Kindergarten- und Vorschulalter-, Kapitel 1.3.2, Seite 7</p>
<p>16. Welche Risiken sind mit der Behandlung mittels der o. g. Methode verbunden?</p>

Bei einer kontinuierlichen und qualitativen Durchführung der Konduktiven Förderung mit regelmäßigen neurologischen und orthopädischer fachärztlichen Konsultationen bestehen keine, bzw. keine größere Risiken, als bei anderen Methoden.
17. Gibt es verschiedene Varianten / definierbare Einzelbestandteile der o. g. Methode, wie werden sie bezeichnet, worin bestehen die Unterschiede und welche sind als optimal anzusehen?
Der konduktive Tagesablauf ist aus speziellen Förderprogrammen aufgebaut. Siehe dazu Frage 10. Während des Förderprozesses müssen Ziele und Aufgaben ständig dem Können und der Entwicklung der Gruppe und deren einzelnen Mitglieder angepasst werden.
18. Welches Therapieschema / definierbare Einzelbestandteile muss / müssen in welchem Stadium der o. g. Erkrankung eingehalten werden und wie ist dieses belegt?
Vergl.: Rainer Blank, Hubertus von Voss: Konduktive Förderung nach Petö - Evaluation einer alltags- und aufgabenorientierten Therapie bei Kindern mit Zerebralpareesen im Kindergarten- und Vorschulalter, Kapitel 1.3, Seite 7-12
19. Welche Qualifikationen sind vom verordnenden Arzt und vom behandelnden Therapeuten zu fordern?
<ul style="list-style-type: none">· Ärzte mit Fachkenntnissen und Erfahrung im Neurologie und /oder Orthopädie.· Für die Konduktor/Innen ist eine qualitative Ausbildung, regelmäßige Weiterbildungen und konduktive Fachsupervision erforderlich. Vergl.: Berufsbild der Konduktor (II/3. und VII/1.), Bundesverband der in Deutschland tätigen Konduktor/Innen e. V.
20. Kann Ihres Erachtens die „Konduktive Förderung nach Petö“ wie die Maßnahmen der physikalische Therapie, der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie oder der Ergotherapie als Einzel-Heilmittel verordnet und durchgeführt werden oder handelt es sich um eine standardisierte Kombination - ähnlich der so formulierten Kombination im Bereich der Physikalischen Therapie?
Die Konduktive Förderung ist eine eigenständige Methode, welche als Einzel-Heilmittel verordnet werden kann.
21. Sollte die „Konduktive Förderung nach Petö“ in hierfür geeigneten selbständigen Therapeutenpraxen oder sollte sie in anderen Einrichtungen (z. B. sozialpädiatrische Zentren, Frühförderinstitutionen, Rehabilitations-Einrichtungen) durchgeführt werden?
Die Konduktive Förderung kann sowohl in selbständigen Praxen, als in anderen Einrichtungen durchgeführt werden. Es sollen jedoch die Voraussetzungen der Gruppenförderung vorhanden sein. Weitere Voraussetzung der qualitativen Ausführung ist das entsprechend ausgebildete Fachpersonal, in selbständigen Praxen mit mehrjähriger Berufserfahrung, bzw. eine regelmäßige konduktive Fachsupervision. Vergl. Frage 18. Vergl.: Berufsbild der Konduktor (V. und VII.), Bundesverband der in Deutschland tätigen Konduktor/Innen e. V.
22. Werden andere Methoden hierdurch überflüssig und warum?
Nein, die Konduktive Förderung ist eine Alternative zu den anderen Förderungsmethoden.
Ergänzende Fragen zur Wirtschaftlichkeit
23. Wie hoch sind die Kosten der Behandlung eines Patienten mit der o. g. Methode? (je Anwendung / Therapiezyklus / je Kalenderjahr)

24. Wie sind die Kosten einer Behandlung mit der o. g. Methode im Vergleich zu etablierten Methoden?

Die Konduktive Förderung ist langfristig erheblich günstiger. Hierzu ein Auszug aus der Studienreihe „Das behinderte Kind frühzeitig fördern“ (Wissenschaftsverlag Wellingsbüttel, Hamburg), von Michael Rochel: Konduktive Förderung nach Petö im Institut Kinderneurologie Königstein -neurologisch/medizinische Aspekte-, Gesundheits-Ökonomie, Seite 82.

Zitat:

„Zwei Beispiele zu den Kosten: Zu Beginn sind beide Gruppen von therapierten Kindern Pflegegruppe III. Nach fünfjähriger kontinuierlicher konduktiver Förderung (KF) ist ein derart therapiertes Kind in Pflegegruppe 1; das herkömmlich therapierte Kind (siehe Kontrollgruppe) bleibt ein Leben lang in Pflegegruppe III.

1. Projekt-Kind:

2 Jahre täglich KF

(durchschnittlich 200/Jahr a DM 175,-/Tag: DM 70.000,--

Nach 2 Jahren noch 1 x wöchentlich KF (50/Jahr) für 5 Jahre,

dann wird Orthofunktion angenommen: DM 43.750,--

2 Jahre Pflegestufe III

(DM 1.300,-/Monat) DM 31.200,--

5 Jahre Pflegestufe II (DM 800,-/Monat) DM 48.000,--

Dann bis zum 70. Lebensjahr

Pflegestufe I (DM 400,-/Monat) DM 288.000,--

Summe: DM 410.950,--

2. Herkömmlich therapiertes Kind:

Kontinuierlich durchschnittlich

2 x wöchentlich a DM 45,- (ca. 100/Jahr) DM 301.500,--

Pflegegruppe III bis zum 70. Lebensjahr

(DM 1.300,-/Monat) DM 1.045.200,--

Hilfsmittel (Rollstuhl, Pflegebett, Badehilfen etc.)

alle 2 Jahre durchschnittlich 20.000,— DM 670.000,--

Summe: DM 2.016.700,--

Unterschied: DM 1.605.750,--

Nicht gerechnet sind Preisänderungen, Gesetzänderungen und sog. intangible Kosten, Verlust an Lebensqualität Schmerz, Trauer, Scheidung der Eltern wegen des behinderten Kindes, finanzielle Mehrbelastungen im Haushalt und beim Autokauf sowie vermehrte Erkrankungen der Eltern und Geschwister, die auch prozentual bei Projektkindern im Laufe der ambulanten Intensivbehandlung und deren besseren Ergebnissen abnehmen.

25. Welche Kosten könnten durch den Einsatz der o. g. Methode vermieden werden?

Bei der Konduktiven Förderung werden grundsätzlich weniger Hilfsmittel gebraucht. Langfristig ist damit zu rechnen, dass ein Großteil der Patienten in niedrigeren

Pflegekategorien eingestuft wird, wenigere Hilfsmittel und Medikamente benötigt und zeitlich begrenzte Förderung braucht.

Vergl.: Frage 23

Vergl.: Michael Rochel: Gesundheits-Ökonomie, Konduktive Förderung nach Petö im Institut Kinderneurologie Königstein, -neurologisch/medizinische Aspekte-, Das behinderte Kind frühzeitig fördern, Seite 8 1/82, Wissenschaftsverlag Wellingsbüttel, Hamburg

Vergl.: Annette Fink: Erfolge der Konduktiven Förderung, Praxis der Konduktiven Förderung nach Andras Petö, Kapitel 13., Seite 118-120, Ernst Reinhardt Verlag

Sonstiges

26. Gibt es zusätzliche Aspekte, die in den oben aufgeführten Fragen nicht berücksichtigt wurden?

An dieser Stelle möchten wir noch einige wichtige Aspekte zum Beratungsthema äußern.

Punkt 1.:

Um eine optimale Wirkungsweise der Konduktiven Förderung und Verbesserung der Lebensqualität des Betroffenen zu erreichen ist eine maximale Zusammenarbeit mit den Eltern/Angehörigen, Pädagogen, Therapeuten, behandelnden Ärzten und anderen Bezugspersonen nötig, demnach sind regelmäßige Familien-, Kindergarten-, Schulbesuche und Konsultationen mit anderen Fachkräften erforderlich.

Vergl.: Berufsbild der Konduktor (I/2. und II/3.), Bundesverband der in Deutschland tätigen Konduktor/Innen e. V.

Punkt 2.:

Eine langfristig qualitative Konduktiven Förderung setzt qualitative Ausbildungen voraus.

Eine Qualitätssicherung durch konduktive Fachsupervision ist im gesamten Fachbereich erforderlich und ist bei Ausbildungen besonders wichtig.

Der Bundesverband der in Deutschland tätigen Konduktor/Innen bestrebt Zusammenarbeit mit den derzeit laufenden Aus- und Weiterbildungen, insbesondere im Bereich der praktischen Ausbildung. Um die Qualität der Konduktiven Förderung langfristig zu sichern wäre eine akademische Konduktor Ausbildung erforderlich. Wir würden deshalb eine zweistufige Ausbildung begrüßen, bestehend aus einer sehr praxisorientierten Grundausbildung und einem anschließenden Fachhochschul-/Hochschullehrgang mit akademischen Abschluss.

Diese Lösung würde in der Förderung Personalkosten sparen, zu hoher Qualität sorgen und gleichzeitig für leitende und verantwortliche Positionen akademische Konduktor-Fachkräfte mit mehrjähriger Berufserfahrung bieten.

Punkt 3.:

Das System der Konduktiven Förderung ist zur kontinuierlichen Förderung entwickelt worden. Studien, wie Weber, Rochel, 1992 sowie Voss, Blank, 2001, die die Konduktive Förderung als sogenannte Blockförderung nur in beschränkten Altersgruppen untersuchten, können dadurch die Wirksamkeit nur teilweise belegen. Die Blockförderung war/ist eine finanzielle/personelle Notlösung, die in bestimmten Situationen zwar sinnvoll ist, es wäre jedoch nicht richtig, wenn die Konduktive Förderung sich in Deutschland nur in diesen Form etablieren würde.

Berufsbild des / der Konduktor/In

Gefasst vom Bundesverband der in Deutschland tätigen Konduktor/Innen e. V.

Stand 25.01.2003

I. WAS IST DIE KONDUKTIVE FÖRDERUNG?

I/1. ZIEL DER KONDUKTIVEN FÖRDERUNG

I/2. DIE KONDUKTIVE SICHTWEISE

II. WIE WIRD PRAKTIZIERT?

II/1. DIE KONDUKTIVE GRUPPE

II/2. DAS KONDUKTIVE TEAM

II/3. AUFGABEN DES/DER KONDUKTOR/IN

III. FÜR WEN IST SIE DIE GEEIGNETE FÖRDERUNGSFORM?

III/1. ZIELGRUPPEN UND AUFNAHMEKRITERIEN

III/2. VON WELCHEN ALTER IST SIE ZU EMPFEHLEN?

IV. FORMEN DER KONDUKTIVEN FÖRDERUNG

IV/1. VORUNTERSUCHUNG UND BERATUNG

IV/2. KONDUKTIVE FRÜHFÖRDERUNG

- IM SÄUGLINGSALTER
- ELTERN-KIND-GRUPPEN
- KINDERGARTENGRUPPE / SCHULVORBEREITUNG

IV/3. SCHULGRUPPEN

IV/4. ERWACHSENENFÖRDERUNG

IV/5. BEGLEITUNG UND KONTROLLE

IV/6. ANDERE FORMEN DER FÖRDERUNG

- ELTERNSCHULE
- EINZELFÖRDERUNG

V. TÄTIGKEITSFELDER

VI. AUS- UND WEITERBILDUNGEN

VII. BEDINGUNGEN ZUR QUALITATIVEN AUSFÜHRUNG DER KONDUKTIVEN FÖRDERUNG

VII/1. FACHBERATUNG, SUPERVISION, WEITERBILDUNG

VII/2. ARBEITSZEIT

VII/3. RÄUMLICHKEITEN

VII/4. MOBILIAR UND GEGENSTÄNDE

I. WAS IST DIE KONDUKTIVE FÖRDERUNG?

Die Konduktive Förderung und Rehabilitation nach Prof. Andreas Petö ist ein ganzheitliches Fördersystem für zerebralparetische Kinder und Erwachsene.

Die Methode basiert auf Petös Erkenntnis, für Menschen mit sensorischen-, motorischen- und mehrfach- Behinderungen ein komplexes Lernhindernis darstellt. Durch optimale Lernbedingungen können jedoch selbst Betroffene mit schweren Hirnschädigungen funktionale Bewegungen erlernen.

I/1. ZIEL DER KONDUKTIVEN FÖRDERUNG

ist die Orthofunktion des Individuums. In der konduktiven Sinne heißt es: abhängig von Art und Schwere der Behinderung wird in einem weitgehend altersgerecht gestalteten Förderungsprozess maximale Unabhängigkeit von Personen sowie von Hilfsmitteln, eine möglichst frühe Integration in Regeleinrichtungen (Kindergarten, Schule), bzw. die Fähigkeit zu selbständiger Lebensführung angestrebt.

I/2. DIE KONDUKTIVE SICHTWEISE

betrachtet den Behinderten als komplexes Wesen, und konzentriert sich auf die Entwicklung der Gesamtpersönlichkeit. Affektive, psycho-soziale und interaktive, kognitive sowie motorische Kompetenzen und die Aneignung lebenspraktischer Fähigkeiten werden nicht isoliert gefördert, sondern in komplexen Programmen gleichermaßen berücksichtigt.

Es handelt sich um einen Lernprozess, dessen optimale Wirkungsweise eine kontinuierliche, ganztägige Förderung benötigt.

Je konsequenter das Erlernte im Alltag umgesetzt wird, umso leichter gelingt es dem Betroffenen, funktionale Bewegungs- und Verhaltensmuster zu internalisieren und zu automatisieren. Es ist deshalb integraler Bestandteil konduktiver Förderung und Rehabilitation, in angemessenen Zeitabständen die Bezugspersonen der Betroffenen durch Familien-, Kindergarten- oder Schulbesuche über die aktuellen Entwicklungsziele zu informieren und deren Umsetzung mit Rat und Tat zu unterstützen.

Ebenso wichtig ist die Kooperation mit Therapeuten und Ärzten der Betroffenen.

II. WIE WIRD PRAKTIZIERT?

II/1. DIE KONDUKTIVE GRUPPE

Zur Entwicklung der Gesamtpersönlichkeit gehört etwa ab dem 3. Lebensjahr auch das Spiel, die Auseinandersetzung mit und die Orientierung an etwa Gleichaltrigen. Konduktive Förderung findet deshalb grundsätzlich in der Gruppe statt. Dynamische Prozesse, wie gegenseitige Rückmeldung und Motivation, Vorbildfunktion,

Unterstützung bei der sprachlichen, motorischen und kognitiven Entwicklung können so genutzt werden.

Die Gruppe bietet zahlreiche Möglichkeiten der gegenseitigen Motivation, ermöglicht das Nachahmen, die Beobachtung der Anderen und die Weitergabe der Erfahrungen. Durch spielerisch gestaltete Programme werden die Kinder zur Aktivität und Selbständigkeit motiviert und auf die Integration vorbereitet.

Die Gruppengröße und die Zusammensetzung der Gruppe hängt von der Räumlichkeit, von dem Personal und von der Behinderung der Kinder ab. Während des Förderprozesses müssen Ziele und Aufgaben ständig dem Können und der Entwicklung der Gruppe und deren einzelner Mitglieder angepasst werden.

II/2. DAS KONDUKTIVE TEAM

Die speziell ausgebildete Fachperson zur Durchführung der Konduktiven Förderung und Rehabilitation ist der/die Konduktor/in.

Der/die Konduktor/innen arbeiten im Team. Sie gestalten das Förderprogramm nach den Bedürfnissen der gesamten Gruppe, wobei die individuellen Ziele der einzelnen Gruppenmitglieder gleichermaßen berücksichtigt werden.

Die Leitung des Teams übernimmt der/die verantwortliche Konduktor/in.

Die Größe des Teams hängt von der Angebotsform, von der Art und Schwere der Behinderung und von der Zahl der Gruppenmitglieder ab.

Elementare Voraussetzung konduktiver Teamarbeit ist eine von respektvoller, positiver und kompetentorientierter Sichtweise getragene innere Haltung den Betroffenen, ihren Eltern/Angehörigen und den Kollegen gegenüber.

II/3 . AUFGABEN DES/DER KONDUKTOR/IN

Der/die Konduktor/in

- führt die Voruntersuchungen durch und organisiert nach deren Ergebnissen die konduktiven Gruppen.
- entwirft nach Berücksichtigung die individuellen Kompetenzen der Gruppenmitglieder, langfristige Gruppenziele und daraus konkrete Wochen- und Tagespläne für die Gruppe
- gestaltet, organisiert und führt den Zielen entsprechende konduktive Förderprogramme mit grob- und feinmotorischen sowie altersgerechten kognitiven Schwerpunkten durch.
- berücksichtigt bei der Gestaltung der kognitiven Förderprogramme die, für die Gruppe hinsichtlich Alter und Fähigkeiten entsprechenden, Kindergarten- oder Vorschulprogramme.
- erarbeitet und nach ihren Beobachtungen regelmäßig aktualisiert die langfristigen und die naheliegenden individuellen Förderziele der einzelnen Gruppenmitglieder, und zu diesen Zielen führenden individuellen Aufgaben.
- passt in der Durchführung die Programme bzw. die einzelnen Aufgaben kontinuierlich der Entwicklung des Einzelnen und der Gruppe als Ganzem an.

- fördert die Formen des Platz- und Positionswechsels, Grob- und Feinmotorische Handbewegungen, lebenspraktische Tätigkeiten (sich an- und ausziehen, sich waschen, essen, trinken, die Toilette benutzen usw.).
- fördert die Ausdrucksfähigkeit und die Sprache.
- benutzt in ihrer Arbeit kreativ verschiedene Mittel zur spielerischen Gestaltung der Programme, um die Aufmerksamkeit der Gruppenmitglieder zu erwecken und sie zu einem Höchstmaß an Eigenaktivität zu motivieren, bzw. ihre geistigen Fähigkeiten altersentsprechend zu fördern.
- führt die Behinderten dahin, die erlernten motorischen Funktionen in den Alltagstätigkeiten anzuwenden.
- dokumentiert regelmäßig die motorische, psychische, kognitive und lebenspraktische Entwicklung der Behinderten und ergänzt die schriftliche Dokumentation (nach Absprache mit den Eltern/Angehörigen) mit Photo- und Videoaufnahmen.
- hält intensive Kontakte zu den Eltern/Angehörigen, Pädagogen, Therapeuten, Ärzten und anderen Bezugspersonen durch Elternsprechstunden und Elternabende, Haus-, Schul- oder Kindergartenbesuche und Besprechungen.
- evtl. leitet Praktikanten in der Praxis der Konduktiven Förderung ein

FÜR WEN IST DIE KONDUKTIVE FÖRDERUNG GEEIGNET?

III/1. ZIELGRUPPEN UND AUFNAHMEKRITERIEN

Zielgruppen der Konduktiven Förderung:

- Infantile Zerebralparese (Hemi-, Tetraparese, dyskinetische Bewegungsstörungen)
- Spina Bifida
- Zustände nach Schädel-Hirntrauma u. a. erworbene Hirnfunktionsstörungen (nach Unfall, Intoxikation, Tumor, Gefäßverschluss u. a.)
- Zustände nach Enzephalitis mit Residualsyndrom
- Muskelhypotonie
- Ataxie
- Multiple Sklerose
- Parkinson

Die Eignung eines Kindes/Erwachsenen für Konduktive Förderung hängt weiterhin von dessen Kontakt- und Lernfähigkeit ab. Schwere Beeinträchtigungen der physischen Belastbarkeit durch Entwicklungsanomalien von Herz und Kreislauf oder extremer Krampfaktivität sowie schwerste Sinnesbeeinträchtigungen (Gehörlosigkeit oder Blindheit) sind (fach-)ärztlich auszuschließen, ebenso das Vorliegen einer genetisch bedingten Bewegungsstörung mit progredientem Verlauf. Der orthopädische Befund und ggf. die Notwendigkeit operativer Maßnahmen ist abzuklären. Es können jedoch in Einzelfällen und/oder nach zeitlich begrenzter Teilnahme individuelle Entscheidungen getroffen werden.

Nach erfolgter Voruntersuchung werden von der/ den Konduktor/innen Ziele und individuelle Aufgaben erarbeitet und die geeignete Förderungsform, bzw. die Gruppeneinteilung besprochen.

Für die Gruppeneinteilung werden neben der Diagnose, das Alter des Kindes, das Tempo und das Programm der Gruppe entscheidend sein. Je nach Förderungsform wird eine Probezeit festgelegt.

III/ 2. FÜR WELCHE ALTERSGRUPPEN IST SIE ZU EMPFEHLEN?

Konduktive Förderung und Rehabilitation kann prinzipiell in jedem Lebensalter begonnen und in geeigneter Form - weitere Fortschritte vorausgesetzt - bis über das Jugendlichenalter hinaus fortgesetzt werden.

Aufgrund der Plastizität des frühkindlichen Gehirns ermöglicht ein Förderungsbeginn bei CP-Kindern im Säuglingsalter optimale Erfolge. Der Ausprägung pathologischer Bewegungsmuster und sekundärer Folgen der Hirnschädigung im kognitiven und psycho-sozialen Bereich kann so vorgebeugt und eine frühe Integration in Regelkindergarten, -schule oder Arbeitsleben erreicht werden. Letzteres gilt auch für Personen mit Hirnfunktionsstörungen im späteren Lebensalter, hier sollte die Förderung möglichst unmittelbar nach Auftreten der Schädigung beginnen.

IV. FORMEN DER KONDUKTIVEN FÖRDERUNG

IV/1. VORUNTERSUCHUNG UND BERATUNG

Eine Voruntersuchung ist Voraussetzung für die weitere Förderung. Sie findet während des ersten Termins nach der Anmeldung statt. Es wird die medizinische und therapeutische Vorgeschichte der Betroffenen aufgenommen und sein Entwicklungsstand beobachtet. Es werden Ratschläge gegeben, Fragen beantwortet und die Möglichkeiten der Förderung geschildert. Die am besten geeignete Form der Förderung wird besprochen und eventuell die ersten Ziele ins Auge gefasst. Dauer ist in der Regel ca. 1-1,5 Stunde.

VII/2. KONDUKTIVE FRÜHFÖRDERUNG

· IM SÄUGLINGSALTER

Bei auffälligen oder Risiko-Neugeborenen verschafft sich die Konduktorin durch Untersuchung und Beobachtung zunächst einen Gesamteindruck des Säuglings, insbesondere von dessen Körperhaltung, spontanen Bewegungen, Haltung/Aktivität der Hände und Füße, Muskeltonus, Reagibilität.

Es ist ihre Aufgabe, den Eltern praktische Hinweise zu geben und dabei geeignete Methoden zu vermitteln, ihr Kind zu tragen, zu wickeln (Vermeidung von Hüftluxation), die Kopf- und Rumpfkontrolle zu fördern, spielerisch die Aufmerksamkeit ihres Babys für die Umgebung zu wecken, für die optimale Entwicklung geeignetes Spielzeug

einzusetzen usw. Aufgabe der Konduktorin ist es die Aufmerksamkeit der Eltern auf Entwicklungsmöglichkeiten und —fortschritte zu lenken und den Aufbau eines guten Mutter/Vater-Kind-Kontaktes zu unterstützen.

Die Häufigkeit der Termine ist vom Entwicklungstempo des Kindes abhängig. Je nach Bedarf werden Termine vereinbart (2x wöchentlich bis 1x monatlich; 0,45 bis 1,5 Stunden).

· ELTERN-KIND-GRUPPE

In dieser Gruppe werden Kinder von dem 1. bis ca. 3-4. Lebensjahr gefördert, wobei die Eltern in der Förderung aktiv teilnehmen. Die Mütter, bzw. Väter haben die Möglichkeit über ihre Probleme mit anderen Betroffenen zu reden und ihre Erfahrungen auszutauschen. Sie lernen den Umgang mit ihrem behinderten Kleinkind, bzw. wie sie die kleinste Eigenaktivität des Kindes aufgreifen und es mit möglichst wenig Hilfe zu einer gewünschten Tätigkeit führen können.

Es werden Positionen wie Sitzen, Stehen geübt, Formen der Fortbewegung, Platz- und Positionswechsel, wie robben, rollen, krabbeln, sich drehen, sich aufsetzen und aufstehen erlernt. Die Kinder lernen ihren Körper kennen und ihre Extremitäten von einander getrennt, bewusst zu bewegen. Sie lernen gezielt greifen, halten und loslassen. Die Augen-Hand-, und Augen-Fuß-Koordination wird gefördert und ein positiver Eltern-Kind-Kontakt aufgebaut.

Die Betreuungsperson in der Eltern-Kind-Gruppe ist, von der Konduktor/in angeleitet, die Mutter, bzw. der Vater.

Die Förderung dauert je nach Bedarf und Fähigkeiten der Kinder 2-3 Stunden. (Bei kontinuierlichen Förderung 2-4 mal pro Woche)

· KLEINKINDGRUPPE

Diese Gruppenform ist für Kinder ab ca. 2,5 Jahren geeignet. Hier steht die Trennung von den Eltern und die Vorbereitung auf den Kindergarten im Vordergrund.

Die Kinder sollen sich an Gruppensituationen gewöhnen und spielen lernen. Es wird die allgemeine Selbständigkeit gefördert, wie z. B. Topftraining und trocken werden, alleine Essen lernen, sich an- und ausziehen. Es wird ein Schwerpunkt auf die Förderung der Sprache, der Konzentration sowie auf die Grob- und Feinmotorik gelegt.

Die Förderung dauert je nach Bedarf und Fähigkeiten der Kinder 2,5-4 Stunden.

In der Kleinkindgruppe tritt als Bezugsperson immer mehr die Konduktor/in in den Vordergrund.

· KINDERGARTENGRUPPE / SCHULVORBEREITUNG

In dieser Gruppe werden Kinder von etwa dem 3.-4. Lebensjahr bis zum 6.-7. Lebensjahr gefördert. Hier lernen die Kinder sich problemlos von ihren Eltern trennen zu können, und sich in eine Gruppe zu integrieren. Im Vordergrund steht die Förderung des Bewusstseins, der Selbständigkeit und des sozialen Verhaltens. Die Kinder lernen ihre Umgebung kennen, in einer Gruppe mit anderen Kindern Kontakt aufzunehmen,

miteinander zu spielen und Förderprogramme durchzuführen. Die selbständige Durchführung von Alltagstätigkeiten wird in die Tagesordnung integriert, wie z. B. sich waschen, an- und ausziehen, den Tischdecken, essen und trinken, usw.

Ziel ist die Aufmerksamkeit und die Sprache zu fördern, den Wortschatz zu vergrößern und die Konzentrationszeit zu verlängern. Die Kinder werden auf die Schule vorbereitet.

Die Förderung dauert je nach Bedarf und Fähigkeiten der Kinder 3-6 Stunden.

IV/3. SCHULGRUPPE

Diese Gruppe bilden die Kinder, die die Schule besuchen. Ihr Alter ist über 6 Jahre. Bei größeren Altersunterschieden werden die Kinder in unterschiedlichen Gruppen eingeteilt. Ziel der Förderung im motorischen Bereich ist es, die höchstmögliche Selbständigkeit in den alltäglichen Situationen - zu Hause, in der Schule, auf dem Schulhof - zu erlangen. Im weiteren sehen wir es, als unsere Aufgabe an Kontrakturen vorzubeugen, oder ihnen entgegen zu wirken. Im feinmotorischen Bereich unterstützen wir die Kinder, dass sie zum Lernen nötige Fähigkeiten entwickeln, welche z. B. das Schreiben, die ausdauernde Konzentration und die Benutzung des in der Schule benötigten Materials ermöglichen.

IV/4. ERWACHSENENGRUPPE

Es handelt sich in der Erwachsenenförderung um Individual- und Gruppenprogramme: um Liege-, Steh-, Geh- und Sitzprogramme. Das Gruppenprogramm umfasst einen Zeitrahmen von 2-2,5 Stunden. (Bei kontinuierlichen Förderung 2-4 mal pro Woche)

Inhaltlich erstreckt sich die Förderung auf grobmotorische, feinmotorische, kognitive und emotionale Bereiche, sowie auf Wahrnehmungs-, Sprach- und Psychosoziale Förderung, d. h. die Förderung lebenspraktischer und sozialer Fähigkeiten.

Es wird darauf geachtet, dem Einzelnen angemessene und erreichbare Ziele zu setzen.

Die Aufgaben sind ganz konkret und auf die Persönlichkeit des Teilnehmers abgestimmt. Die Förderung erfolgt in Kleingruppen bis zu 8 Teilnehmern, wobei die Gruppe möglichst homogen zusammengestellt wird. So können Teilnehmer mit ähnlichen pathologischen Bewegungsmustern miteinander handeln.

IV/5. BEGLEITUNG; KONTROLLE

Die Begleitung oder Kontrolle findet nach der Integration in eine Regeleinrichtung oder ins Berufsleben, bzw. nach Verlassen der altersentsprechenden konduktiven Gruppen, bzw. Institution statt.

Sie bezweckt

- die Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung der erzielten Ergebnisse

- die Einschätzung des Zustandes der Entwicklungsmöglichkeiten, und die nötigen Hilfeleistungen bei der Gestaltung der individuellen Lebensgewohnheiten gemäß den häuslichen Verhältnissen
- die Hilfestellung bei der Integration in der Schule, in der Arbeit, bzw. in anderen Institutionen
- die Beratung bei der Anschaffung von Hilfsmitteln
- die Kontaktpflege mit dem Betroffenen und seiner Familie
- die Möglichkeit Lösungswege bei gesundheitlichen Problemen anzubieten.

Termine werden je nach Bedarf individuell, oder regelmäßig; in Einzelförderung, oder in kleinen Gruppen vereinbart.

IV/6. ANDERE FORMEN DER FÖRDERUNG

· ELTERNSCHULE

Kinder, die nicht regelmäßig zur Förderung kommen können, werden in der sog. Elternschule gefördert. Die Termine werden individuell mit den Eltern vereinbart, in der Regel mit monatlichen Abständen.

Die Förderung findet unter der Teilnahme der Eltern statt. Es werden Fragen beantwortet und aktuelle Probleme besprochen. Die Konduktor/in beobachtet den Entwicklungsstand des Kindes, fragt danach wie die Aufgaben zu Hause umgesetzt, oder in den Alltag integriert werden konnten, und stellt diese entsprechend dem aktuellen Zustand des Kindes ein.

Ziel der Elternschule ist es, auch von konduktiven Förderstellen weit ab wohnenden Kindern die Möglichkeiten der konduktiven Förderung anzubieten, ihre Entwicklung zu verfolgen, den Eltern den Umgang mit ihrem behinderten Kind im Sinne der konduktiven Förderung zu zeigen und beizubringen.

Je nach Möglichkeiten können auch Gruppen gebildet werden. Termine werden je nach Bedarf vereinbart.

· EINZELFÖRDERUNG

Es können Situationen vorkommen, wo die optimale Entwicklung der Behinderten am besten außerhalb der Gruppe, in der sog. Einzelförderung zu gewährleisten ist.

Hierzu können Gründe führen, wie z. B. bevorstehende Operationen, oder Nachbehandlung nach einer Operation; Beobachtung des Kindes, wenn dessen Eignung zur konduktiven Förderung nicht eindeutig festzustellen ist; Vorbereitung auf die Gruppe, oder wenn das Kind momentan in keine bestehende Gruppe zu integrieren ist.

Die Kinder werden in der Einzelförderung nur vorübergehend gefördert, denn deren Ziel ist die Integration, bzw. „Wiederintegration“ des Kindes in der konduktiven Gruppe.

Die Förderung findet mit oder ohne Elternanleitung statt. Dauer ist ca. 1-1.5 Stunde.

V. TÄTIGKEITSFELDER

Konduktive Förderung und Rehabilitation wird / kann angeboten werden in:

- Frühförderstellen oder Sozialpädiatrischen Zentren
- Sonder-/Kindergärten
- Sonder- /Körperbehindertenschulen
- Integrative Regeleinrichtungen für Körperbehinderte
- Tagesstätten und Sonder- bzw. Fördertagesstätten.
- Eigenen Konduktiven Instituten, privaten Instituten
- Rehakliniken
- freien Praxen

VI. AUS- UND WEITERBILDUNG

STAND 2003

INTERNATIONALES PETÖ-INSTITUT, BUDAPEST, UNGARN: akademische Ausbildung zur „Konduktor-Grundschullehrer/in“ (internationale Bezeichnung: „Diplom-Konduktorin“). Die Ausbildungsdauer ist 8 Semester und endet mit Hochschulabschluss. Die Absolventen erhalten das Doppeldiplom Konduktor und Grundschullehrer.

UNIVERSITY OF WOLVERHAMPTON, KEELE UNIVERSITY, ST. ANDREW'S COLLEGE IN UK GROßBRITANNIEN: Hochschul- bzw. Fachhochschulausbildung zum „Conductor“ (unterschiedliche Level, d. h. akademische Grade)

UNIVERSITÄT WIEN, ÖSTERREICH in Zusammenarbeit mit dem INSTITUT KEIL IN WIEN: akademische Ausbildung zur „Mehrfachtherapie-KonduktorIn“: zweistufige Ausbildung bestehend aus einen extrauniversitären Basiskurs (2 Semester, INSTITUT KEIL) und einem Universitätslehrgang (4 Semester, UNIVERSITÄT WIEN)

TSAAD KADIMA, ISRAEL

PFENNIGPARADE MÜNCHEN, DEUTSCHLAND: Weiterbildungslehrgang für ErzieherInnen, (Heil-) PädagogInnen, TherapeutInnen usw. zur „Pädagogisch-therapeutischen KonduktorIn“

In BELGIEN (BRÜSSEL bzw. LEUVEN) werden ebenfalls 2- bzw. 1-jährige Lehrgänge für TherapeutInnen, PädagogInnen und LehrerInnen angeboten

Ziel des Bundesverbandes ist es die Optimierung der in Deutschland laufenden Ausbildungen.

VII. BEDINGUNGEN ZUR QUALITATIVEN DURCHFÜHRUNG KONDUKTIVER FÖRDERUNG

VII/1. FACHBERATUNG; SUPERVISION; WEITERBILDUNG

Um die umfassende Arbeit der Konduktor/innen zu unterstützen und hohe Qualität in der Konduktiven Förderung zu gewährleisten sind regelmäßige Fachberatung und Weiterbildung 1-2 mal jährlich nötig.

Insbesondere gilt es bei Fachbereichen wie die Frühförderung im Säuglingsalter, wo eine Spezialisierung mit entsprechendem Praktikum nötig ist.

Praktikumstellen werden gesondert supervidiert.

VII/2. ARBEITSZEIT

Die qualitative Arbeit des/ der Konduktor/in setzt umfassende Vorbereitungen in den weitreichenden, sowie in den alltäglichen motorischen und geistigen Förderprogrammen voraus.

Daher entfällt abhängig von Gruppenform, Gruppengröße, Organisationsstruktur und Aufgabenteilung innerhalb der Einrichtung 1/3 bis 1/2 der Arbeitszeit auf Vorbereitung, Dokumentation, Anleitung von Praktikanten, Supervision, Teamsitzungen, Zeiten für Kooperation mit dem begleitenden Ärzten, Hilfsversorgung, Elterngespräche usw.

VII/3. RÄUMLICHKEITEN

Je nach Gruppengröße und Art der Förderung ist ein mindestens ca. 40-50 m² großer Raum mit dazu gehörenden Sanitäranlagen zu empfehlen. Bei kontinuierlicher Förderung in Gruppen haben sich zwei nebeneinander liegende und weit zu öffnende Räume bewährt.

VII/4. MOBILIAR UND GEGENSTÄNDE

Außer einige zur Förderung der Selbständigkeit optimierten Möbel, wie Pritsche und Sprossenstühle, wird in der Konduktiven Förderung auf „spezielle“ Gegenstände verzichtet.

Denn Ziel ist es zu den „Normalen“ zu nähern, und die Behinderten in das „normale“ Leben mit „normalen“ Verhältnissen zu integrieren.

Sofern werden Möbel und Gegenstände gebraucht, wie

- Pritsche, Tische, Stühle in altersgerechter Höhe, bzw. verstellbar; Tischplatte zur Pritsche, Haltegriffe; Sprossenstühle in verschiedenen Größen; Fuß-, Rücken- und Sitzschemel; Therapieleiter; Rampe; Gehbarren; Sprossenwände; Spiegel; usw.
- Auf die fördernden Kinder/Erwachsenen abgestimmten Hilfsmittel, wie Schienen und Orthesen; Gehstöcke, bzw. Rollator
- Trinkbecher mit und ohne Griffe, Teller und Schüsseln, altersgerechtes Besteck

- Handtücher, Waschschüssel, je nach Alter: Kindertöpfe
- Je nach Altersgruppen gut greifbare Spielzeuge, Bilderbücher mit gut erkennbaren Bildern; Spielzeuge zur Förderung der Feinmotorik; Bälle; Stäbe und Ringe; Bohnensäcke; Decken, Kopfkissen und Therapiematten; usw.
- Abstellbare Handspiegel, Kerzen, Wattebäuschen usw. zur Förderung der Sprache
- Bastelmaterial, Farben; Buntstifte; Knetmaterial; usw.
- Zur regelmäßigen Dokumentation der Entwicklung der Kinder ist eine Foto- und Videokamera empfehlenswert.

11.8.3 Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie e. V.

Bei der konduktiven Förderung nach PETÖ soll ein umfassendes Therapieangebot durch speziell ausgebildete Therapeuten, Konduktorinnen, die Unabhängigkeit von behinderten Kindern fördern. Dabei werden pädagogische, krankengymnastische, ergotherapeutische und motopädische Aspekte berücksichtigt und von den Konduktorinnen in Einzel- und Gruppenarbeit umgesetzt.

Die Ausbildung der Konduktorinnen entspricht naturgemäß nicht der formalen Ausbildung von Krankengymnasten/innen, Ergotherapeuten/innen, Logopäden/innen, Mototherapeuten/innen und anderen, was für das einzelne Spezialgebiet gesehen zunächst nachteilig erscheint. Der besondere Vorteil der konduktiven Förderung nach PETÖ ist in der Konstanz der Bezugspersonen zu sehen, welche die Kinder im täglichen Leben begleiten und somit nicht nur streng therapeutische Aspekte zur Verbesserung der Beweglichkeit, der Bewegungsmuster und der Selbständigkeit zum Ziele haben, sondern ebenso die Bewältigung des alltäglichen Lebens, An- und Auskleiden, Aufbau und Erhalt von sozialen Beziehungen wie auch die Selbständigkeit bei der Hygiene.

Durch Befragung mehrerer auf dem Gebiet versierter Kollegen lässt sich zusammenfassend eine positive Bewertung der PETÖ-Therapie abgeben. Es kann in vielen Bereichen eine verbesserte Aufmerksamkeit und Motivation sowie ein besserer Umgang mit der Behinderung verzeichnet werden. Ebenso ist die Stimm- und Spracherziehung nach der konduktiven Förderung positiv zu bewerten.

Aus kinderorthopädischer Sicht muss, wie bei allen anderen Therapieformen auch, eingefordert werden, dass eine strenge Integration der konduktiven Förderung nach PETÖ unter Absprache mit den behandelnden Pädiatern/Neuropädiatern/Orthopäden und weiteren Therapeuten zu erfolgen hat. Diese Methode kann alternativ zu anderen etablierten krankengymnastischen Behandlungsverfahren, z. B. nach VOJTA oder BOBATH eingesetzt werden. Ein besonderer Aspekt für die Zukunft ist sicher in der Schaffung von Ausbildungsstätten für Konduktorinnen zu sehen unter besonderer Berücksichtigung der sozialmedizinischen und ökonomischen Bedingungen in Deutschland.

11.8.4 Evang. Krankenhaus Oberhausen (Zentrum für Kinderheilkunde)

Beantwortung der Fragen zum therapeutischen Nutzen zur Konduktiven Förderung nach Petö

1. Auf welche Erkrankung bzw. Indikation (Diagnose + Leitsymptomatik) bezieht sich ihre Stellungnahme?
Die Stellungnahme bezieht sich auf Zerebralpareesen vom Typ Tetraspastik, spastische Diplegie, Hemiplegie, Athetose und Ataxie.
2. Anhand welcher diagnostischen Verfahren und ggf. welchen nachprüfbaren Parametern wird die o. g. Indikation festgestellt?
Die Indikation wird durch eine differenzierte kinderneurologische (neuropädiatrische) Untersuchung gestellt einschließlich einer ausführlichen Anamneseerhebung.
3. Wie hoch ist die Prävalenz / Inzidenz der o. g. Erkrankung in Deutschland?
Die Prävalenz der Erkrankung liegt in Deutschland zwischen 1 und 2 % bezogen auf die ausgeprägteren Formen.
4. Wie ist der Spontanverlauf bei der o. g. Erkrankung?
Der Spontanverlauf der Erkrankung ist ohne Behandlung ausgesprochen ungünstig. In der Regel handelt es sich um Mehrfachbehinderung ohne spontanes Entwicklungspotenzial.
5. Welche Methoden stehen zur Behandlung der o. g. Erkrankung grundsätzlich zur Verfügung?
Grundsätzlich stehen zur Behandlung krankengymnastische Verfahren (nach Bobath und Vojta) zur Verfügung, wobei beide Verfahren in den 60er und 70er Jahren ähnlich wie jetzt die konduktive Therapie aus dem Ausland nach Deutschland importiert werden mussten, weil hier ein therapeutisches Vakuum bestand. Daneben kommen Ergotherapie bzw. bei Kleinkindern auch heilpädagogische Frühfördermaßnahmen in Betracht. In Extremfällen und ergänzend können medikamentöse muskelentspannende Verfahren und andere eine Rolle spielen, operative orthopädische Verfahren sind erforderlich.
6. Welche prioritären Ziele gelten für die Behandlung der o. g. Erkrankung / Indikation?
Das primäre Behandlungsziel ist es, eine weitgehende Selbständigkeitsentwicklung zu ermöglichen.
7. Welche dieser Ziele sind (ggf. teilweise) in welchem Stadium der Erkrankung und in welchem Lebensalter mit der o. g. Methode zu erreichen?
Dieses Ziel ist nur in den sensiblen Stadien der psychomotorischen Entwicklung speziell im Kleinkindalter und frühem Schulalter noch zu erreichen.
8. Wie ist die Wirksamkeit einer Behandlung mit der o. g. Methode im Vergleich zu anderen (etablierten) Behandlungsmethoden und / oder im Vergleich zum Spontanverlauf?
Die Wirksamkeit der konduktiven Therapie steht den etablierten Behandlungsmethoden, wie in den Studien des Münchener Kinderzentrums (VdAK, Prof. von Voss) sowie einer englischen und einer weiteren deutschen Studie, die vom BMG in Königstein/Taunus (Dr. Rochel) gefördert wurde (Bericht s. dort) nicht nach und ist wie alle anderen Methoden im Vergleich zum Spontanverlauf wirksam. Die etablierten Behandlungsmethoden sind nach Evidenz basierten Kriterien (EBM) (siehe auch Therapiekommision der neuropädiatrischen Gesellschaft, Prof. Karch) eher weniger gut abgesichert bzw. haben einen relativ niedrigen EBM-Standard.

9. Ist angesichts der von Ihnen ggf. unter Frage 5 aufgeführten Behandlungsalternativen die Behandlung mit der o. g. Methode erforderlich und wenn ja, warum?
Die alternative konduktive Therapie nach Petö ist dann indiziert, wenn nach einem angemessenen Zeitraum unter der Behandlung mit Krankengymnastik und Ergotherapie bzw. Frühförderung ein Entwicklungsstillstand eingetreten ist.
10. Welche einzelnen Maßnahmen kommen zum Einsatz und wie lange dauern die einzelnen Therapieeinheiten?
Es handelt sich bei der konduktiven Therapie nicht um Einzelmaßnahmen, sondern um eine gebündelte Kleingruppen-Therapie mit multiprofessionellem Angebot aus einer Hand.
11. Gibt es Unterschiede im Anteil pädagogischer Intervention in Abhängigkeit vom Entwicklungs-/Lebensalter bzw. vom Ausmaß der motorischen / geistigen Behinderung der betroffenen Kinder und wie hoch ist der jeweilige Anteil?
Jede therapeutische Intervention insbesondere bei Kleinkindern muss zwingend pädagogische Elemente beinhalten, um überhaupt kindgerecht angewandt zu werden. Dies gilt selbstverständlich auch für die konduktive Therapie.
12. Wie lange sollte die Behandlung insgesamt durchgeführt werden und welche Kriterien sind hierfür maßgebend?
Die konduktive Therapie muss entsprechend der altersabhängigen Belastungsfähigkeit angepasst werden, das bedeutet im Kindergartenalter dürfen 3 - 4 Stunden Therapie pro Tag und im Schulalter 5 - 6 Stunden pro Tag nicht überschritten werden.
13. Mit welcher Diagnostik (z. B. Untersuchungstechniken, Apparaten, Gesundheitsskalen) werden die therapeutischen Ergebnisse (Zielgrößen) gemessen?
Die therapeutischen Ergebnisse müssen in angemessenen Zeitabständen mit kinderneurologischen und orthopädischen ggf. psychologischen Verfahren überprüft werden. In Teilen können auch aufwendige Funktionstestungen gemäß der Cross-Motor-Function-Testung zum Einsatz kommen. Die Abstände richten sich nach der angewandten Therapiedichte. So sollten die Auswirkungen eines Therapieblocks von täglich mehreren Stunden über vier Wochen nach dieser Maßnahme evaluiert werden, eine wöchentlich 3-stündige Maßnahme sinnvollerweise in halbjährlichen Abständen.
14. Ist die Behandlung mit der o. g. Methode alternativ oder additiv anzuwenden?
Die konduktive Therapie sollte in den speziell indizierten Fällen während der Behandlungszeit im wesentlichen alternativ angewendet werden, um kritische Überforderungen der Kinder und auch unnötige Kosten zu vermeiden. Eine weitere Intensivierung der konduktiven Therapie (zeitlich) wird in jedem Fall die Kapazität und das Entwicklungspotenzial der Kinder kritisch überschreiten.
15. Kommt diese Methode nur als Einzeltherapie oder auch als Gruppentherapie zur Anwendung, worin bestehen entsprechende Zuordnungskriterien? Für den Fall, dass eine Gruppenbehandlung sinnvoll bzw. möglich ist, geben Sie bitte an, wie groß die Gruppen sein sollten, in denen eine bestmögliche Behandlung aus medizinischer Sicht realisiert werden kann.
Wesentlicher Sinn der konduktiven Therapie ist der Gruppenansatz, deshalb ist die Methode auch nicht für die allerschwersten betroffenen behinderten Kinder anwendbar. Es bedarf einer ausreichenden kommunikativen Fähigkeit. Die Gruppe sollte zwischen 6 und 9 Kinder umfassen und pro 3 - 4 Kinder eine Therapeutin (Konduktorin) haben.
16. Welche Risiken sind mit der Behandlung mittels der o. g. Methode verbunden? Siehe hierzu unsere Ausführungen zu Punkt 26.

<p>Risiken der konduktiven Therapie sind prinzipiell genauso wenig zu befürchten wie bei der klassischen Krankengymnastik oder Ergotherapie. Die befürchtete Verstärkung einer Hüftgelenkssubluxation ist im Gegenteil nicht zu erwarten, sondern kann sich bei sachgemäßer Durchführung der konduktiven Therapie sogar verbessern. Voraussetzung ist natürlich eine orthopädische Ausgangsuntersuchung mit Röntgenbild und Ausschluss einer expliziten Luxation.</p>
<p>17. Gibt es verschiedene Varianten / definierbare Einzelbestandteile der o. g. Methode, wie werden sie bezeichnet, worin bestehen die Unterschiede und welche sind als optimal anzusehen?</p>
<p>Als Varianten können Einsatzmöglichkeiten in verschiedenen therapeutischen oder institutionellen Kontexten bezeichnet werden, die aber nicht im Wesen unterschiedlich sind.</p>
<p>18. Welches Therapieschema / definierbare Einzelbestandteile muss / müssen in welchem Stadium der o. g. Erkrankung eingehalten werden und wie ist dieses belegt?</p>
<p>Der Therapieansatz orientiert sich an den Fähigkeiten des Kindes. Hiervon ist es abhängig wie weit die Behandlung im Liegen, Sitzen, Stehen oder Gehen erfolgen muss.</p>
<p>19. Welche Qualifikationen sind vom verordnenden Arzt und vom behandelnden Therapeuten zu fordern?</p>
<p>Als Qualifikation sind vom Arzt ausreichende Kenntnisse im Umgang mit behinderten Kindern speziell im Kontext sozialpädiatrischer Zentren zu fordern und zu finden. Die Konduktorin sollte entweder in Ungarn an der Budapester Hochschule ausgebildet sein bzw. demnächst im Ausbildungszentrum in München bzw. bei Frau Prof. Weber an der Universität Siegen.</p>
<p>20. Kann Ihres Erachtens die „Konduktive Förderung nach Petö“ wie die Maßnahmen der physikalischen Therapie, der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie oder der Ergotherapie als Einzel-Heilmittel verordnet und durchgeführt werden oder handelt es sich um eine standardisierte Kombination - ähnlich der so formulierten Kombination im Bereich der Physikalischen Therapie?</p>
<p>Die konduktive Therapie nach Petö kann im Prinzip wie andere Maßnahmen als Einzelheilmittel verordnet werden, wobei allerdings entsprechende Voraussetzungen, wie der o. g. Entwicklungsstand bzw. die Gruppenfähigkeit oder ein Mindestalter von 2 - 3 Jahren berücksichtigt werden sollte.</p>
<p>21. Sollte die „Konduktive Förderung nach Petö“ in hierfür geeigneten selbständigen Therapeutenpraxen oder sollte sie in anderen Einrichtungen (z. B. sozialpädiatrische Zentren, Frühfördereinrichtungen, Rehabilitations-Einrichtungen) durchgeführt werden?</p>
<p>Die konduktive Therapie nach Petö sollte beim derzeitigen Entwicklungs- und Verbreitungsstand in Deutschland zunächst sozialpädiatrischen Zentren und assoziierten bzw. supervidierten Frühfördereinrichtungen sowie im Einzelfall auch Reha-Einrichtungen vorbehalten sein, um die Qualität hinreichend zu sichern. Gemessen an der Inanspruchnahme und dem ambulanten Setting müssten in Deutschland ca. 20 Institutionen vorgehalten werden.</p>
<p>22. Werden andere Methoden hierdurch überflüssig und warum?</p>
<p>Bei Anwendung der konduktiven Therapie können nicht nur während der Zeit der Behandlung, sondern auch in der Folgezeit zusätzliche Heilmittel wie Krankengymnastik oder Ergotherapie eingespart werden. In Fällen in denen die konduktive Therapie sich nicht erwartungsgemäß als ausreichend erfolgreich erwiesen hat, kann jedoch oft noch das Potenzial einer verbesserten Motivation für die Wiederaufnahme konventioneller Verfahren geschöpft werden.</p>
<p>Ergänzende Fragen zur Wirtschaftlichkeit</p>
<p>23. Wie hoch sind die Kosten der Behandlung eines Patienten mit der o. g. Methode? (je Anwendung / je Therapiezyklus / je Kalenderjahr)</p>
<p>Die Kosten der Behandlung durch konduktive Therapie liegen aufgrund der Gruppenkonstellation unterhalb derer für Krankengymnastik/Ergotherapie. Durch den multiprofessionellen</p>

Ausbildungsstand der Konduktorinnen ergibt sich jedoch noch ein weiteres Einsparungspotential im Vergleich zu einem analog intensiv therapeutisch tätigen Team aus mehreren Therapeutinnen (z. B. Krankengymnastin + Ergotherapeutin + Heilpädagogin + Psychologin ggfs. Logopädin). Die genaue Einstufung wird erst dann möglich sein, wenn in der Zukunft eine Einstufung innerhalb des deutschen Gesundheitswesens vorgenommen werden kann.

24. Wie sind die Kosten einer Behandlung mit der o. g. Methode im Vergleich zu etablierten Methoden?

Siehe 23

25. Welche Kosten könnten durch den Einsatz der o. g. Methode vermieden werden?

Durch konduktive Therapie können langfristig ambulante Kosten (entsprechender Intensitätsgrad, komplexes Team) und insbesondere Heimaufenthaltsplätze vermieden werden mit einem Einsparungsvolumen von im Einzelfall über 300.000 €

Sonstiges

26. Gibt es zusätzliche Aspekte, die in den oben aufgeführten Fragen nicht berücksichtigt wurden?

Die konduktive Therapie stellt insbesondere ein ergänzendes Heilmittel dar, das im Sinne der Intensivierung der Frührehabilitation einzusetzen ist, wenn konventionelle Verfahren nicht (mehr) ausreichen. Es geht nicht um Konkurrenz zu den etablierten Verfahren, sondern um eine Qualitätsverbesserung für einen Teil der behinderten Kindern mit guten Entwicklungschancen, die ihnen ansonsten vorenthalten würden.

Literatur

„Das behinderte Kind frühzeitig fördern“ Herausgeber M. Hax, Wissenschaftsverlag Wellingsbüttel, Hamburg 2000

Pothmann, R. „Praktische Erfahrung der Umsetzung der konduktiven Förderung nach Petö am Sozialpädiatrischen Zentrum“. In: „Das behinderte Kind frühzeitig fördern“ Herausgeber M. Hax, Wissenschaftsverlag Wellingsbüttel, Hamburg, 2000, Seite 19

Rochel, M. Kontrollierte Erfahrungen mit der Konduktiven Förderung im Projekt Taunusklinik aus medizinischer Sicht. Frühförderung interdisziplinär 15 (1996) 67-72 Rochel, M.

Medizinische Verantwortung bei Konduktiver Förderung und Rehabilitation. Reihe: K. S. Weber (Hrsg.) Konduktiver Förderung und Rehabilitation 2. Verlag Modernes Lernen, Dortmund 1999

Anhang zum Fragenkatalog zur konduktiven Förderung nach Petö

1x pro Woche für 3 Stunden (pro Monat)

Tagessatz € 52,34 x 4 = 209,37

€ 52,34 x 5 = 261,70

Blocktherapie 6 Stunden

Tagessatz € 104,69 x 20 Tage = € 2.093,74

x 4 pro Jahr = € 8.374,96

Kosten für 1 Jahr = € 209,37 x 8 Monate = € 1.674,96

1 x pro Woche

Kosten für 1 Jahr = € 2.093,74 x 4	= € 8.374,96
4 x Blocktherapie	= € 10.049,92
Beginn der Therapie mit 2 Jahren – 18 Jahre	
Kosten	€ 160.798,72
Etablierte Methode	
Stunde	€ 40,00
für 3 Std. pro Tag x 4	€ 160,00
pro Monat x 4	€ 640,00
x 5	€ 800,00
Blocktherapien	
6 Std. =	€ 320,00 pro Tag
x 20	€ 6.400,00
x 4 pro Jahr	€ 25.600,00
Kosten für 1 Jahr € 640,00 x 8	€ 5120,00
1x pro Woche	
Kosten für 1 Jahr	€ 25.600,00
4x Blocktherapie	€ 30.720,00
Beginn der Therapie mit 2 Jahren – 18 Jahre	
Kosten	€ 491.520,00
Konduktive Therapie € 160.798,72, etablierte Methode € 491.520,00	
Einsparung: € 330.721,00	
Konduktive Therapie – lebensbegleitende Therapie bis zum Rentenalter von 60 Jahren	
Stand 2003	€ 582.895,00
Etablierte Methode Rentenalter 60 Jahre	
Stand 2003	€ 1.781.760,00
Einsparung pro behandelten Menschenlebensalter 60 Jahre	
	€ 1.198.865,00

11.8.5 FortSchritt Nordhessen e. V.

FortSchritt Nordhessen e. V. Schöneberger Str. 3, 34128 Kassel

Der Verein FortSchritt Nordhessen e. V. ist ein Eltern-Selbsthilfe-Verein mit circa 80 Mitgliedsfamilien der seit 1996 daran arbeitet, die Konduktive Förderung zu etablieren, zu verbreiten und konkrete Förderwochen für unsere cerebral behinderten Kinder zu organisieren. Wir haben mit unseren Kindern immer wieder die Erfahrung gemacht, dass die Konduktive Förderung ihnen zu mehr Beweglichkeit, mehr Selbstständigkeit und Selbstbewusstsein verhilft. Die Eltern nehmen hohe Kosten, weite Wege und großen zeitlichen Aufwand in der Selbstorganisation der Förderung in Kauf, weil sie diese positiven Effekte ihren Kindern nicht vorenthalten wollen und die traditionellen Methoden (Bobath und Vojta) oft nicht zu denselben Fortschritten führen. Außerdem ist die motivationale Bedeutung der Förderung in einer Gruppe nicht hoch genug einzuschätzen. Um die positiven Erfahrungen zu verdeutlichen, haben neun Eltern kurze Erfahrungsberichte aufgeschrieben, die ich Ihnen hiermit zukommen lassen möchte.

Wir würden uns außerordentlich freuen, wenn ihre Kommission zu dem Schluss kommen könnte, dass die Konduktive Förderung als Heilmittel anerkannt und damit von den Krankenkassen bezahlt würde, damit endlich diese erfolgreiche ganzheitliche Therapiemethode allen, denen sie helfen kann, zur Verfügung steht.

11.8.6 Institut Kinderneurologie Königstein

Die Antworten auf Ihren Fragenkatalog lauten wie folgt:

1. Auf welche Erkrankung bzw. Indikation (Diagnose + Leitsymptomatik) bezieht sich ihre Stellungnahme?
- Infantile Zerebralparese - Tetraparese - Hemiparese - Diparese - Athetose - Choreoathetose - Ataxie.
2. Anhand welcher diagnostischen Verfahren und ggf. welchen nachprüfbaren Parametern wird die o. g. Indikation festgestellt?
Klinisch neurologische / entwicklungsneurologische Untersuchung.
3. Wie hoch ist die Prävalenz / Inzidenz der o. g. Erkrankung in Deutschland?
Bitte entsprechende Fachverbände fragen.
4. Wie ist der Spontanverlauf bei der o. g. Erkrankung?
Bei o. g. schweren Diagnosen ohne Therapie verheerend (Siehe Lehrbücher der Orthopädie vor über 40 Jahren!)
5. Welche Methoden stehen zur Behandlung der o. g. Erkrankung grundsätzlich zur Verfügung?
Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Frühförderung.
6. Welche prioritären Ziele gelten für die Behandlung der o. g. Erkrankung / Indikation?

Unabhängigkeit von Hilfsmitteln und fremden Personen (Selbstbestimmtes Leben).
7. Welche dieser Ziele sind (ggf. teilweise) in welchem Stadium der Erkrankung und in welchem Lebensalter mit der o. g. Methode zu erreichen?
Zur Zeit in Deutschland meistens Beginn mit Physiotherapie, dann Frühförderung, dann später Ergotherapie und noch später ab dem 4. Lebensjahr Logopädie.
8. Wie ist die Wirksamkeit einer Behandlung mit der o. g. Methode im Vergleich zu anderen (etablierten) Behandlungsmethoden und / oder im Vergleich zum Spontanverlauf?
Siehe hierzu Literaturverzeichnis.
9. Ist angesichts der von Ihnen ggf. unter Frage 5 aufgeführten Behandlungsalternativen die Behandlung mit der o. g. Methode erforderlich und wenn ja, warum?
Konduktive Förderung ist nur erforderlich bei schweren Krankheitsbildern, die eine intensive Behandlung benötigen, z. B. wenn die etablierten Therapie-Formen der Physiotherapie nach einem Jahr Behandlungsdauer keine messbaren Fortschritte bringen, die über das Maß der chronologischen natürlichen Entwicklung hinausgehen.
10. Welche einzelnen Maßnahmen kommen zum Einsatz und wie lange dauern die einzelnen Therapieeinheiten?
Konduktive Förderung ist keine Einzelmaßnahme sondern ein ganzheitliches, ziel- und gruppenorientiertes Konzept. Die Dauer hängt von der Schwere der Erkrankung und der Symptome ab.
11. Gibt es Unterschiede im Anteil pädagogischer Intervention in Abhängigkeit vom Entwicklungs-/Lebensalter bzw. vom Ausmaß der motorischen / geistigen Behinderung der betroffenen Kinder und wie hoch ist der jeweilige Anteil?
Der medizinisch therapeutische Anteil beträgt über 80 % bei allen betroffenen Kindern (siehe Literatur Nr. 5).
12. Wie lange sollte die Behandlung insgesamt durchgeführt werden und welche Kriterien sind hierfür maßgebend?
Bis zur Orthofunktion, d. h. bis zur Erlangung der vor Therapiebeginn definierten Ziele der Selbständigkeit und Unabhängigkeit von Hilfsmitteln und fremden Personen.
13. Mit welcher Diagnostik (z. B. Untersuchungstechniken, Apparaten, Gesundheitsskalen) werden die therapeutischen Ergebnisse (Zielgrößen) gemessen?
Mittels der in der Entwicklungsrehabilitation in Deutschland üblichen Entwicklungstests, sie umfassen die Grob- und Feinmotorik, Sprachverständnis und Sprachproduktion, Kognition, Sozialisation und Selbständigkeit.
14. Ist die Behandlung mit der o. g. Methode alternativ oder additiv anzuwenden?
Konduktive Förderung ist eine Ergänzung des vorhandenen medizinischen Reha-Angebotes für schwere Formen o. g. Krankheitsbilder.
15. Kommt diese Methode nur als Einzeltherapie oder auch als Gruppentherapie zur Anwendung, worin bestehen entsprechende Zuordnungskriterien? Für den Fall, dass eine Gruppenbehandlung sinnvoll bzw. möglich ist, geben Sie bitte an, wie groß die Gruppen sein sollten, in denen eine bestmögliche Behandlung aus medizinischer Sicht realisiert werden kann.
Ausschließlich Gruppentherapie, die Gruppengröße ist abhängig vom Alter des Kindes und der Schwere der Symptome (zwischen 3 und 12 Kindern).
16. Welche Risiken sind mit der Behandlung mittels der o. g. Methode verbunden?

Siehe hierzu unsere Ausführungen zu Punkt 26.
Wenn vor der Therapie eine klare Indikationsstellung erfolgt ist unter Berücksichtigung der Ausschlusskriterien, sind keine Nebenwirkungen zu befürchten. (Literatur: Nr. 2 Band 2).
17. Gibt es verschiedene Varianten / definierbare Einzelbestandteile der o. g. Methode, wie werden sie bezeichnet, worin bestehen die Unterschiede und welche sind als optimal anzusehen?
Konduktive Förderung ist eine ganzheitliche, zielgerichtete Gruppentherapie, die nicht in Einzelbestandteile zergliedert angeboten werden kann.
18. Welches Therapieschema / definierbare Einzelbestandteile muss / müssen in welchem Stadium der o. g. Erkrankung eingehalten werden und wie ist dieses belegt?
Siehe bei 17.
19. Welche Qualifikationen sind vom verordnenden Arzt und vom behandelnden Therapeuten zu fordern?
Ärzte: Neuropädiater oder neuropädiatrisch zusätzlich ausgebildeter Rehabilitationsmediziner. Therapeuten: Diplomierte Konduktoren.
20. Kann Ihres Erachtens die „Konduktive Förderung nach Petö“ wie die Maßnahmen der physikalischen Therapie, der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie oder der Ergotherapie als Einzel-Heilmittel verordnet und durchgeführt werden oder handelt es sich um eine standardisierte Kombination - ähnlich der so formulierten Kombination im Bereich der Physikalischen Therapie?
Konduktive Förderung ist eine ganzheitlich arbeitende medizinische Rehabilitationsmaßnahme, die, bezogen auf o. g. Krankheitsbilder, therapeutische Aspekte der Physiotherapie, Ergotherapie, Sprachtherapie und Psychotherapie zielorientiert zusammenführt.
21. Sollte die „Konduktive Förderung nach Petö“ in hierfür geeigneten selbständigen Therapeutenpraxen oder sollte sie in anderen Einrichtungen (z. B. sozialpädiatrische Zentren, Frühfördereinrichtungen, Rehabilitations-Einrichtungen) durchgeführt werden?
Nur in ärztlich geleiteten Einrichtungen, die über o. g. Qualifikation und mehrjährige Erfahrungen in ambulanter medizinischer Rehabilitation verfügen.
22. Werden andere Methoden hierdurch überflüssig und warum?
Konduktive Förderung ist eine Ergänzung im medizinisch therapeutischen Reha-Angebot und macht einen Großteil stationärer medizinischer Reha-Maßnahmen überflüssig!
23. Wie hoch sind die Kosten der Behandlung eines Patienten mit der o. g. Methode? (je Anwendung / je Therapiezyklus / je Kalenderjahr)
Zur Zeit als Mutter-Kind-Gruppe für zwei Zeitstunden täglich mit 50 Euro; als Kindergruppe mit 4 Zeitstunden täglich mit 90 Euro. Weitere Angaben zu den Kosten finden Sie in der Literatur (Literatur Nr. 4).
24. Wie sind die Kosten einer Behandlung mit der o. g. Methode im Vergleich zu etablierten Methoden?
Die Zahlen sind den Krankenkassen hinreichend bekannt.
25. Welche Kosten könnten durch den Einsatz der o. g. Methode vermieden werden?
-Pflegekosten, da spätestens nach 1/2 Jahr die nächst niedrigere Pflege-Gruppe erreicht ist (Literatur Nr. 4). - Wegfall teurer Hilfsmittel - stationäre Reha-Behandlungen.

26. Gibt es zusätzliche Aspekte, die in den oben aufgeführten Fragen nicht berücksichtigt wurden?

Verbesserung der Lebensqualität für das Kind
für die Geschwister
für die gesamte Familie
Verringerung der Anzahl der integrativen Kindergartenplätze.
Verringerung der Anzahl der Sonderschulplätze in den Körperbehinderten-Schulen.
Verringerung der Folgekosten durch Krankheiten der Mütter (und Väter).
Verbesserung der Chance der späteren beruflichen Eingliederung (wir haben mittlerweile den ersten Patienten aus der Pilot-Gruppe des Forschungsprojektes des Bundesministeriums ins Berufsleben eingliedern können).

LITERATUR

1. Forschungsbericht Band Nr. 224: Konduktive Förderung für cerebral geschädigte Kinder
Herausgeber: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung 1992 *
2. Frühförderung interdisziplinär Heft 2/ 1996: Original-Arbeiten zum Thema: Konduktive Förderung, E. Reinhardt Verlag *
3. Konduktive Förderung und Rehabilitation:
Band 1: Einführung in das System Konduktiver Förderung und Rehabilitation - Konzept - Praxis - Perspektive: Karin 5. Weber 1998 *
Band 2: Medizinische Verantwortung bei Konduktiver Förderung und Rehabilitation - Indikation - Diagnostik - Evaluation: Michael Rochel 1999 *
Band 3: Theoretische Grundlagen des Konduktiven Systems - Grundbegriffe - Bausteine - Prinzipien: Ingeborg Schumann, Holger Clemens 1999 *
Band 4: Studium und Weiterbildung für die Praxis Konduktiver Förderung und Rehabilitation in Europa: Helga Keil, Ildikò Kozma, Andrew Sutton, Karin 5. Weber 1998 *
Band 5: Konduktive Förderung und Rehabilitation von A - Z für Eltern, Angehörige und Praktiker: Katalin 5. Dostal 2001 *
Band 6: Konduktive Frühförderung international: Entwicklungen in unterschiedlichen Ländern - Ein Vergleich: Astrid Kühne, Karin 5. Weber 2001 *
4. Konduktive Förderung nach Petö im Institut Kinderneurologie Königstein –neurologisch-medizinische Aspekte: Michael Rochel in: Das behinderte Kind frühzeitig fördern: Herausgeber: M. Hacks 2000, Wissenschaftsverlag Wellingsbüttel Hamburg. **
5. Modellprojekt: Konduktive Förderung nach Petö - Evaluation einer alltags- und aufgabenorientierten Therapie bei Kindern mit Zerebralpareesen im Kindergarten- und Vorschulalter. Rainer Blank, Hubertus von Voss 2002 *

* Bei mit * versehener Literatur wird davon ausgegangen, dass sie der Kommission vorliegt.

** Literatur liegt bei in Kopie

11.8.7 Kinderklinik Kohlhof

Meine Antworten auf Ihre Fragen:

1. Auf welche Erkrankung bzw. Indikation (Diagnose + Leitsymptomatik) bezieht sich ihre Stellungnahme?

Meine Stellungnahme bezieht sich auf Patienten im Alter von 2-17 Jahre, schwerpunktmäßig zwischen 2,5 und 12 Jahren mit infantiler Zerebralparese, meist ehemaligen Frühgeborenen, einige darunter mit Geburtsgewicht unter 1000 Gramm. Bei den meisten Kindern handelt es sich um mehrfachbehinderte Kinder, d. h. neben der Körperbehinderung ist die geistig-sprachliche und Sozialentwicklung ebenfalls mehr oder weniger stark betroffen. In meinem Zwischenbericht vom September 2001 ersehen sie etwas genauer die Patientenklientel. In der letzten Zeit werden hier schwerpunktmäßig Kinder im Vorschulalter behandelt, Schulkinder seltener und meist in Ferienzeiten oder zweimal wöchentlich in einer kleinen Nachmittagsgruppe jeweils von 3 - 3 1/2 Stunden Dauer. Auch die am leichtesten behinderten Kinder können bei Beginn der Therapie hier im Allgemeinen nicht laufen.

2. Anhand welcher diagnostischen Verfahren und ggf. welchen nachprüfbaren Parametern wird die o. g. Indikation festgestellt?

Die o. g. Indikation zur konduktiven Therapie/Förderung wird gestellt nach eingehender kinderneurologischer Untersuchung, welche mit unserer leitenden Konduktorin zusammen durchgeführt wird. Die Diagnose „infantile Zerebralparese“ muss zutreffen. Sollten keine stärkergradigen Gelenkkontrakturen vorliegen, welche vor einer konduktiven Therapie z. B. orthopädisch, operativ u. ä. therapiert werden sollten. Eine ausreichende Kommunikationsfähigkeit mit dem Kind sollte vorhanden sein, um eine Mitarbeit, wenn auch unter Mithilfe der Mutter, erreichen zu können. Dieses kann während der klinischen Untersuchung geprüft werden. Einige Kinder mit schwerer geistiger Behinderung oder Blindheit sind deshalb nicht in der Lage, dem Behandlungsprogramm zu folgen.

Außerdem verlangen wir vom betreuenden Orthopäden eine Bescheinigung, dass das Kind seine Hüftgelenke durch Stehen oder Gehen belasten darf (Ausschluss einer stärkergradigen Hüft-Subluxation). Gegebenenfalls sind regelmäßige orthopädische Kontrolluntersuchungen der Hüftgelenke (auch Röntgenaufnahmen) notwendig. Unter unseren Patienten haben wir einige mit Subluxationen im Bereich der Hüftgelenke, welche sich unter der konduktiven Therapie nicht verschlechtern, sondern sogar verbessert oder stabilisiert haben, auch wenn sie durch Stehen und Gehen belastet wurden. Orthopädischerseits wird die Vertikalisierung sogar zur besseren Ausbildung der Hüftgelenke gefordert.

Zusätzlich werden die Eltern befragt, inwieweit die zuvor durchgeführt ambulante Krankengymnastik (nach Vojta oder Bobath) noch Entwicklungsfortschritte gebracht hat oder ob sie diese ambulante Therapie auch noch durchführen können. Die meisten Eltern berichten, dass sie die Vojta-Therapie ab dem 3. Lebensjahr häufig nicht mehr sachgemäß durchführen können infolge Verweigerungshaltung mit heftigem Schreien der Kinder.

Gelegentlich ist anlässlich der ambulanten Untersuchung nicht klar zu entscheiden, ob das betreffende Kind für die konduktive Förderung geeignet ist, d. h. ob es genügend durch diese Behandlung profitieren kann. Dieses ist u. a. auch davon abhängig, in welchem Maß die Mutter beziehungsweise Eltern mitarbeiten und unsere Vorschläge in die Alltagspraxis umsetzen können. In diesen Fällen haben wir den Eltern und Kostenträgern jeweils eine probeweise Behandlung von 10 oder 20 Behandlungstagen vorgeschlagen.

3. Wie hoch ist die Prävalenz / Inzidenz der o. g. Erkrankung in Deutschland?

Die Prävalenz/Inzidenz der o. g. Erkrankung wird in der Literatur auf 2-4 pro Tausend Geburten beziffert (s. Münchner-Petö-Studie, erste Veröffentlichung im Jahr 2001).

4. Wie ist der Spontanverlauf bei der o. g. Erkrankung?

Spontanverlauf bei der o. g. Erkrankung: Ist abhängig vom Schweregrad der infantilen Zerebralparese und der intellektuellen Entwicklung sowie der Eigenaktivität des Kindes und natürlich abhängig von der Art und Intensität der Kommunikation der Eltern mit dem Kind, auch davon, wie sie es in den Alltagsverrichtungen handhaben.

Bei Kindern, welche in der Motorik und Koordination spontan Entwicklungsfortschritte gemacht haben, dürften sich ab dem Alter von etwa 6 Jahren häufig Entwicklungsrückschritte einstellen, vor allem bezüglich des aufrechten Ganges durch die Ausbildung von Gelenkbeugekontrakturen im Bereich der Knie- und Hüftgelenke, nicht zuletzt durch die zu häufige Sitzhaltung in der Schule. Die Fähigkeiten zur Kommunikation und Sprachentwicklung sind im besonderen Maß abhängig von der Kommunikation der Eltern und Einrichtung (Kindergarten und Schule) mit dem Kind.

5. Welche Methoden stehen zur Behandlung der o. g. Erkrankung grundsätzlich zur Verfügung?

Methoden zur Behandlung der o. g. Erkrankung:

In Deutschland anerkannt sind die neurophysiologische Krankengymnastik nach Vojta und Bobath, Ergotherapie und logopädische Behandlung einschließlich der Verbesserung der mundmotorischen Fähigkeiten nach der Methode Castillo Morales. Alternative Methode: Manual- bzw. Atlasterapie, Reittherapie usw. Förderung der Kommunikation und Sprache durch Pädagogik im Kindergarten- und schulischen Einrichtungen. Durch die konduktive Förderung nach Petö steht eine Behandlungsmethode zur Verfügung, welche das Kind in allen Entwicklungsbereichen (Grob- und Feinmotorik, Sprache und Sozialentwicklung) ganzheitlich fördert. Da es sich um eine Gruppentherapie handelt, wird im besonderen Maße der Sozialkontakt zu Gleichaltrigen gefördert.

6. Welche prioritären Ziele gelten für die Behandlung der o. g. Erkrankung / Indikation?

Prioritäre Behandlungsziele:

Verminderung der Spastik, Lockerung und Kräftigung der Muskulatur, Verhinderung der Ausbildung von Gelenkkontrakturen, soweit möglich, Verbesserung der allgemeinen Beweglichkeit und Mobilisation, das Kind soll lernen, sich im Raum selbständig zu bewegen und seine Umwelt mit seinen Sinnesorganen und mit seinen Händen handelnd erforschen lernen. Förderung der Kopf- und Rumpfkontrolle sowie der Gleichgewichts- und Abstützreaktionen beim Aufrichten zum Sitzen, Stehen und Gehen.

Das Kind soll zunehmend lernen, seine pathologischen Haltungs- und Bewegungsmuster (z. B. Spitzfußhaltung, Beinüberkreuzungstendenz) selbständig zu kontrollieren und zu korrigieren. Die Förderung der Motorik und Koordination ist Voraussetzung auch zur Verbesserung von Wahrnehmungsleistungen und Wahrnehmungsverarbeitung, Verbesserung von Kommunikation und Sprache. Je nach Schweregrad der Erkrankung ist das weitere Ziel, stehen und gehen mit Hilfe bzw. Hilfsmitteln zu erreichen.

Dabei ist ein wichtiges prioritäres Ziel auf dem Weg zu mehr Selbständigkeit in der Motorik beim Sitzen, Stehen und Gehen, dass sie lernen, sich selbständig festzuhalten, z. B. an einem Stab am Sprossenstuhl beim Stehen und Gehen oder an einem Stab, der auf dem Tisch angebracht wird beim Sitzen.

7. Welche Ziele sind wann mit der o. g. Methode zu erreichen?

Die Verminderung der Spastik, Lockerung und Stärkung der Muskulatur ist zumindest teilweise z. B. im Rahmen eines 20-tägigen Behandlungskurses zu erreichen. Dieses ist die Basis für weitere Entwicklungsfortschritte, die durch die Behandlung erreicht werden sollen in Abhängigkeit vom Schweregrad der motorischen und evtl. auch geistigen Behinderung. Die Vertikalisierung (Stehen und Gehen) soll möglichst im Alter von 3-4 Jahren, zumindest teilweise, erreicht werden können.

8. Wie ist die Wirksamkeit einer Behandlung mit der o. g. Methode im Vergleich zu anderen (etablierten) Behandlungsmethoden und/oder im Vergleich zum Spontanverlauf?

Durch die Einzelkrankengymnastik nach Vojjta, teilweise auch durch die Krankengymnastik nach Bobath, können Kinder mit infantiler Zerebralparese während der ersten 2-3 Jahre meist ausreichende Entwicklungsfortschritte machen, wenn die Eltern entsprechend von der Krankengymnastin angeleitet werden und diese Therapie auch zu Hause regelmäßig durchführen.

Vor allem bei der Krankengymnastik nach Vojjta verweigern sich die Kinder ab dem Alter von 2-3 Jahren jedoch häufig dieser Behandlungsart recht heftig und begleiten ihren Widerstand mit Schreien, so dass die Eltern diese Therapie zu Hause nicht mehr durchführen können.

Die Folge davon ist, dass auch die Fortschritte in der motorischen Entwicklung stagnieren. Für diese Kinder sollte ab dem Alter von 2-3 Jahren die konduktive Förderung einsetzen.

Hierzu zitiere ich Herrn Michael Rochel, Kinderarzt und Kinderneurologe, welcher seit vielen Jahren praktische Erfahrung mit der konduktiven Therapie und Förderung hat in seinem Buch: „Medizinische Verantwortung bei konduktiver Förderung und Rehabilitation“, Verlag Modernes Lernen, Dortmund, 1999, S. 161 f. „Die konduktive Förderung ist im Gegensatz zu den in Deutschland etablierten medizinischen Therapien nicht symptomorientiert. Konduktive Förderung arbeitet ganzheitlich, sie ist zielorientiert, sie gibt somit den Eltern eine klare Perspektive, auf die sie sich alltagsbezogen einstellen können und an der sie pragmatisch sowie praktisch mitarbeiten können. Ein weiterer Vorteil ist die Arbeit in der Gruppe. Für viele Kinder ist der gruppenspezifische Aspekt der Animation und Imitation motivationsfördernd. Nach Auswertung der Langzeitbeobachtung können für das Krankheitsbild der schweren infantilen Zerebralparese von 11 Kindern folgende Ergebnisse festgehalten werden:

1. Alle nachuntersuchten Kinder wurden aufgrund der Schwere der infantilen Zerebralparese kontinuierlich weiter medizinisch therapiert.
2. Alle Kinder werden mittlerweile geschult
3. Die Kinder die eine kontinuierliche konduktive Förderung erhalten haben, haben psychomotorisch die größten Fortschritte gemacht.
4. Die Kinder die eine kontinuierliche konduktive Förderung erhalten haben, sind nach einem Beobachtungszeitraum von insgesamt 8 Jahren dem Ziel der Ortho-Funktion deutlich näher gekommen als die herkömmlich therapierten Kinder (Kontrollgruppe).“

„BODE und STORCK“ schreiben in „Kinderärztliche Praxis“ Nr. 4, 1997, bezüglich „Evaluation von Therapieverfahren“ (S. 215-219) auf Seite 219: „Therapieerfolge sind in erster Linie an einer Verbesserung alltagsrelevanter Fähigkeiten zu beurteilen“.

Herr Rochel schreibt weiter: „Die Ergebnisse unserer Langzeitbeobachtung belegen, dass für Kinder mit schwerer infantiler Zerebralparese die ganzheitliche, zielorientiert arbeitende konduktive Förderung den in Deutschland etablierten, symptomorientiert arbeitenden und nur punktuell zur Verfügung stehenden Behandlungsangeboten überlegen ist.“

9. Ist angesichts der von Ihnen ggf. unter Frage 5 aufgeführten Behandlungsalternativen die Behandlung mit der o. g. Methode erforderlich und wenn ja, warum?

Die Behandlung mit der o. g. Methode ist dann erforderlich, wenn das Kind aus Sicht der Eltern und des betreuenden Kinderarztes keine ausreichenden Entwicklungsfortschritte mit den herkömmlichen ambulanten medizinischen Therapien (Krankengymnastik und Ergotherapie, Logopädie) macht.

Ein häufiger Grund ist erfahrungsgemäß, dass Kinder ab dem Alter von 2-3 Jahren der Krankengymnastik nach Vojta zunehmend heftigen Widerstand entgegensetzen und diesen Widerstand mit Schreien begleiten, so dass die Eltern häufig diese Therapie zu Hause nicht mehr durchführen können.

Daraus folgt, dass die Entwicklungsfortschritte stagnieren. Gegenüber der ambulanten Behandlung nach Bobath ist die z. B. in 20-tägigen Behandlungskursen einmal vierteljährlich durchgeführte konduktive Förderung u. a. auch durch ihre Intensität überlegen.

10. Welche einzelnen Maßnahmen kommen zum Einsatz und wie lange dauern die einzelnen Therapieeinheiten?

Hier haben sich 20-tägige teilstationäre Behandlungskurse einmal im Kalendervierteljahr im Vorschulalter bewährt, wobei manche Kinder in größeren Abständen zu diesen Behandlungskursen kommen, im Schulalter etwa zweimal jährlich bevorzugt in Ferienzeiten.

In den Zeiten zwischen den Therapieblöcken werden die herkömmlichen Therapien fortgesetzt, einige Kinder kommen zweimal wöchentlich nachmittags zur konduktiven Förderung für 3 - 3 1/2 Stunden täglich. Bei jüngeren und stärker behinderten Kindern wird das Tagesprogramm (üblich von 9 Uhr bis 15 Uhr) teilweise abgekürzt und geht dann bis 13 Uhr oder 14 Uhr.

11. Gibt es Unterschiede im Anteil pädagogischer Intervention in Abhängigkeit vom Entwicklungs-/Lebensalter bzw. vom Ausmaß der motorischen / geistigen Behinderung der betroffenen Kinder und wie hoch ist der jeweilige Anteil?

Bei der konduktiven Therapie/Förderung, wie sie hier unter ärztlicher Leitung und Mitverantwortung durchgeführt wird, gibt es keine wesentlichen Unterschiede im Anteil pädagogischer Intervention in Abhängigkeit vom Entwicklungs-/Lebensalter bzw. vom Ausmaß der motorischen/geistigen Behinderung der betroffenen Kinder.

Der pädagogische Anteil beläuft sich auf etwa 20 % der Therapie und Förderung. In der Münchner Petö Studie heißt es unter 2.3 Ergebnisse „dass die einzelnen Förderprogramme hinsichtlich ihres motorischen Anteils über die verschiedenen Therapiegruppen relativ konstant bei ca. 70-75 % lagen ... wird die Dominanz der manuellen Fertigkeiten bei den zusätzlich geübten Aktivitäten des Alltags hinzugerechnet, so nahm in der Tat die direkte und indirekte Förderung der Finger-Hand-Motorik den größten Zeitraum ein“.

In Sonderkindergärten oder Sonderschulen für Körperbehinderte, welche kontinuierliche konduktive Förderung anbieten, ist der pädagogische Anteil entsprechend höher.

12. Wie lange sollte die Behandlung insgesamt durchgeführt werden und welche Kriterien sind hierfür maßgebend?

<p>Die Behandlung sollte insgesamt etwa 2 1/2 - 6 oder 7 Jahre durchgeführt werden, je nach Schweregrad der infantilen Zerebralparese. — siehe hierzu auch den Aufsatz:</p> <p>„Praktische Erfahrungen der Umsetzung der konduktiven Therapie nach Petö am Sozialpädiatrischen Zentrum des evangelischen Krankenhauses Oberhausen von R. Pothmann, D. Groddeck, J. Walter u. E. Garay in „Das behinderte Kind frühzeitig fördern“ (Wissenschaftsverlag Wellingsbüttel, Hamburg, 2000) 5. 19-29.</p> <p>Maßgebende Kriterien:</p> <p>Soweit es bei der Schwere der infantilen Zerebralparese möglich ist, sollte zumindest Laufen mit einem Hilfsmittel wie Rollator u. ä. erreicht werden. Außerdem sollte das Kind in den Alltagsverrichtungen soweit wie möglich selbständig werden.</p> <p>Diese beiden Ziele zur Integration des behinderten Kindes in der Gesellschaft sind bei schweren infantilen Zerebralparesen nur teilweise erreichbar, so dass der verantwortliche betreuende Kinderarzt zusammen mit den Eltern und der Konduktorin die Dauer der Therapie festlegen muss.</p>
<p>13. Mit welcher Diagnostik (z. B. Untersuchungstechniken, Apparaten, Gesundheitsskalen) werden die therapeutischen Ergebnisse (Zielgrößen) gemessen?</p>
<p>Mit der Skala „Entwicklungsstand und Hilfebedarf behinderter Kinder“ in Anlehnung an den Kinder-WeeFIM-Test“ mit dem Gross-Motor-Function-Measure (GMFM) können Fortschritte in der Grobmotorik gemessen werden, erfahrungsgemäß muss hierbei allerdings gewährleistet werden, dass dieser Funktionstest jeweils von der gleichen Person durchgeführt wird.</p>
<p>14. Ist die Behandlung mit der o. g. Methode alternativ oder additiv anzuwenden?</p>
<p>Falls die o. g. Methode kontinuierlich 3-5 mal in der Woche durchgeführt wird, ist sie alternativ anzuwenden. Wird die o. g. Methode diskontinuierlich durchgeführt, ist sie ergänzend zu herkömmlichen Behandlungsmethoden anzuwenden, d. h. in Therapiepausen der konduktiven Förderung sind teilweise ergänzend die herkömmlichen Therapien anzuwenden.</p>
<p>15. Kommt diese Methode nur als Einzeltherapie oder auch als Gruppentherapie zur Anwendung, worin bestehen entsprechende Zuordnungskriterien? Für den Fall, dass eine Gruppenbehandlung sinnvoll bzw. möglich ist, geben Sie bitte an, wie groß die Gruppen sein sollten, in denen eine bestmögliche Behandlung aus medizinischer Sicht realisiert werden kann.</p>
<p>Diese Behandlungsmethode kommt prinzipiell als Gruppentherapie zur Anwendung, bei den jüngeren Kindern oder in der Anfangsphase der Therapie in Form von Mutter-Kind-Gruppen, in der Folgezeit als Kindergartengruppen ohne Eltern und im Schulalter als Schulkindergruppen.</p> <p>Das Ziel ist, dass die Kinder soweit wie möglich selbständig und von den Eltern unabhängig werden. Die Eltern werden allerdings für zu Hause bezüglich der Förderung angeleitet.</p> <p>In den Gruppen werden jeweils Kinder zusammengefasst, welche bezüglich des Alters und ihres Entwicklungsstandes so gut wie möglich zusammenpassen, so dass sie jeweils die gleichen Aufgaben und Übungen durchführen können bzw. miteinander in soziale Kommunikation treten können.</p> <p>Dadurch wird die Motivation und Freude der Kinder bei der Förderung gesteigert. Die Größe der Gruppe sollte 4-10 Kinder groß sein. Dabei sollte eine Konduktorin für 3-4 Kinder zuständig sein, unterstützt durch zusätzliche Hilfskräfte wie Erzieherinnen mit sonderpädagogischer Zusatzausbildung, geeignete Jahrespraktikantinnen Zivildienstleistende oder Eltern.</p>
<p>16. Welche Risiken sind mit der Behandlung mittels der o. g. Methode verbunden? Siehe hierzu unsere Ausführungen zu Punkt 26.</p>

Sekundäre Veränderungen an den Hüftgelenken, wie sie bei Kindern mit infantiler Zerebralparese im Verlauf der Kindheit häufig auftreten, können unter konduktiver Förderung vereinzelt verstärkt auftreten (siehe hierzu Münchener-Petö-Studie).

Falls bereits eine Subluxationsstellung im Bereich der Hüftgelenke vorliegt, ist dieses bei der konduktiven Förderung entsprechend zu berücksichtigen.

Regelmäßige orthopädische Kontrolluntersuchungen, ggfs. einschließlich Röntgenuntersuchungen des Beckens müssen gewährleistet sein. Unter diesen Voraussetzungen ist das diesbezügliche Risiko in Zusammenhang mit der konduktiven Förderung gering.

Kinderneurologische und orthopädische Kontrolluntersuchungen sollen auch die regelmäßige Untersuchung der Wirbelsäule mit einbeziehen, um evtl. eine sich ausbildende Skoliose der Wirbelsäule rechtzeitig zu erkennen und dieser behandlungsmäßig entgegenzuwirken.

17. Gibt es verschiedene Varianten / definierbare Einzelbestandteile der o. g. Methode, wie werden sie bezeichnet, worin bestehen die Unterschiede und welche sind als optimal anzusehen?

Hier sind folgende Varianten der konduktiven Förderung bekannt:

1. Variante, von Frau Keil in Wien in ihrem Förderzentrum eingeführt.
2. Pfennigparade - Zentrum für körperbehinderte in München - Schulmodellversuch auf der Basis der konduktiven Förderung nach Petö, teilweise mit Anpassung an deutsche Verhältnisse. Dort wird auch eine deutsche Variante der Ausbildung für Konduktorinnen angeboten.

Nach meinem Kenntnis der Sachlage sind die Unterschiede dieser Varianten der konduktiven Förderung unbedeutend. Diese Varianten arbeiten genau so ganzheitlich wie beim ursprünglichen Budapester-Konzept von Andras Petö, auf welchem die Ausbildung am Budapester-Petö-Institut beruht (4-jähriges Hochschulstudium).

Die o. g. Methode kann nicht in definierbare Einzelbestandteile aufgeteilt werden.

Nach meinem Urteil sind die Varianten der konduktiven Förderung in ihrer Qualität Ursprungsmethode gleichzusetzen.

18. Welches Therapieschema / definierbare Einzelbestandteile muss / müssen in welchem Stadium der o. g. Erkrankung eingehalten werden und wie ist dieses belegt?

Das Therapieschema richtet sich nach dem Alter des Kindes und dem Schweregrad seiner infantilen Zerebralparese sowie seiner geistig sprachlichen Entwicklung. Wie bereits beschrieben, sollen in der Gruppe jeweils Kinder, die nach Alter und Art der Behinderung zusammenpassen, auch zusammengeführt werden, damit das Therapieschema das Tagesförderprogramm für jedes Kind passt.

Das Tagesprogramm baut sich nach einem bestimmten Schema auf, in dem zunächst Aufgaben auf der Liegeposition (Pritschenprogramm) ausgeführt werden, anschließend wird der Übergang zum Sitzen und Stehen durchgeführt, zunächst ohne, später mit Orthesen und Schuhen, teilweise erfolgen auch individuelle Einzelförderungen, meist am Nachmittag nach dem Mittagessen sowie „Handprogramme“ mit Bastelarbeiten usw. zur Förderung der Handmotorik.

Die Einnahme des Mittagessens wird für therapeutische Zwecke zum Erlernen der Selbständigkeit bei der Nahrungsaufnahme genutzt.

Sauberkeitstraining erfolgt bei dem Kind, wo es notwendig ist, zusätzlich.

Vergleiche z. B.: „Praxis der konduktiven Förderung nach A. Petö“ von Annette Fink E. Reinhardt-Verlag München.

19. Welche Qualifikationen sind vom verordnenden Arzt und vom behandelnden Therapeuten zu fordern?

<p>Der verordnende Arzt, z. B. Kinderarzt, gelegentlich auch Orthopäde, sollte möglichst eine kinderneurologische Zusatzausbildung haben, bzw. Erfahrung im Umgang mit infantiler Zerebralparese.</p> <p>Die Therapeuten sollten eine qualifizierte Ausbildung zur Konduktorin oder vergleichbaren Therapeutin haben, welche in Budapest ein 4-jähriges Studium absolvieren mit allen Aspekten der Diagnostik, Therapie und Förderung von Kindern mit infantiler Zerebralparese oder auch Spina bifida u. ä.</p>
<p>20. Kann Ihres Erachtens die „Konduktive Förderung nach Petö“ wie die Maßnahmen der physikalischen Therapie, der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie oder der Ergotherapie als Einzel-Heilmittel verordnet und durchgeführt werden oder handelt es sich um eine standardisierte Kombination — ähnlich der so formulierten Kombination im Bereich der Physikalischen Therapie?</p>
<p>Bei der konduktiven Förderung nach Petö handelt es sich um eine ganzheitliche Behandlungs- und Fördermethode zur Verbesserung der Statomotorik, Handmotorik Förderung der geistigen und sprachlichen Entwicklung sowie der sozialen Kommunikation.</p>
<p>21. Sollte die „Konduktive Förderung nach Petö“ in hierfür geeigneten selbständigen Therapeutenpraxen oder sollte sie in anderen Einrichtungen (z. B. sozialpädiatrischen Zentren, Frühfördereinrichtungen, Rehabilitations-Einrichtungen) durchgeführt werden?</p>
<p>Nach meinem Urteil kann die konduktive Förderung nach Petö sachgemäß durchgeführt werden in einer Praxis, wo kinderneurologisch weitergebildeter Kinderarzt und Konduktorin oder vergleichbare Therapeutinnen zusammenarbeiten, wie dieses bei Herrn Dr. med. Rochel in Königsstein der Fall ist. Sozialpädiatrische Zentren sind nach meinem Urteil geeignete Einrichtungen für diese Therapieform, ebenso bestimmte Rehabilitationseinrichtungen und Frühfördereinrichtungen, wenn sie neben den Konduktorinnen oder vergleichbaren Therapeutinnen auch einen kinderneurologisch versierten Kinderarzt oder Orthopäden mit im Team haben.</p>
<p>22. Werden andere Methoden hierdurch überflüssig und warum?</p>
<p>Andere, herkömmliche Behandlungsmethoden wie Krankengymnastik nach Vojta und Bobath oder Ergotherapie und Logopädie werden durch die konduktive Förderung nach Petö nicht überflüssig, sondern bei dem einen Kind sind diese Therapieformen günstiger, beim anderen Kind die konduktive Förderung nach Petö. Auch gibt es andere Kinder, wo sich mehrere Therapieformen wechselseitig je nach Entwicklungsstand und Befunderhebung ergänzen können. Dies muss von dem Kinderneurologen in Zusammenarbeit mit den Therapeuten und Eltern jeweils entsprechend einem Therapieplan erarbeitet werden. Eine wichtige Ergänzung zur konduktiven Therapie von Kindern mit infantiler Zerebralparese gehört die optimale Hilfsmittelversorgung, kinderorthopädische Betreuung, auch mit der Frage, ob und wann orthopädische korrigierende Operationen notwendig sind, um die Basis für die konservative Therapie zu verbessern. Auch die Behandlung mit Botulinum-Toxin gehört ergänzend in den Therapieplan bei infantiler Zerebralparese dazu. Es muss also jeweils ein umfassender Therapie- und Rehabilitationsplan aufgestellt werden.</p>
<p>Ergänzende Fragen zur Wirtschaftlichkeit:</p>
<p>23. Wie hoch sind die Kosten der Behandlung eines Patienten mit der o. g. Methode? (je Anwendung / je Therapiezyklus / je Kalenderjahr)</p>
<p>In unserer Kinderklinik/Sozialpädiatrisches Zentrum wird der Behandlungstag zur Zeit mit 80,78 € honoriert. Zur Zeit sind hier 4 mal im Jahr 20 Behandlungstage maximal möglich.</p> <p>Nach meinem Urteil ist der Tagessatz unserer Einrichtung zu niedrig, da nicht ausreichend kostendeckend. In Zukunft dürfte mit einem Tagessatz von etwa 100 – 120 € zu rechnen sein.</p>

<p>24. Wie sind die Kosten einer Behandlung mit der o. g. Methode im Vergleich zu etablierten Methoden?</p>
<p>Mir ist nicht bekannt, wie hoch die Behandlungskosten bei etablierten Methoden ist. Die herkömmlichen ambulanten Therapien sind um einiges preiswerter als die konduktive Förderung, jedoch auch wesentlich weniger intensiv und wirksam.</p> <p>Stationäre Reha-Maßnahmen herkömmlicher Art sind um einiges teurer als die hier praktizierte teilstationäre konduktive Therapie/Förderung.</p>
<p>25. Welche Kosten könnten durch den Einsatz der o. g. Methode vermieden werden?</p>
<p>Durch den Einsatz der o. g. Methode lassen sich im weiteren Behandlungsverlauf häufig Kosten bezüglich der Pflegeversicherung sparen bzw. vermeiden, z. B. dadurch, dass die Kinder im Alltag selbständiger werden als Kinder mit herkömmlicher Behandlung, z. B. bei der Nahrungsaufnahme, beim An- und Ausziehen und bezüglich der Sauberkeit beim Toilettengang.</p> <p>Insgesamt werden die durch konduktive Förderung zur Selbständigkeit gebrachten Kinder auch in Zukunft weniger auf fremde Hilfe angewiesen sein, wodurch auch Kosten vermieden werden können.</p>
<p>26. Gibt es zusätzliche Aspekte, die in den oben aufgeführten Fragen nicht berücksichtigt wurden?</p>
<p>Weitere Anmerkungen:</p>
<p>Falls noch nicht erfolgt, sollte der o. g. Fragenkatalog auch Herrn Dr. med. M. Rochel, Königstein, vorgelegt werden, sowie Frau Dr. med. Ingrid Müller, Kinderärztin/Kinderneurologin am Zentrum für Frühbehandlung und Frühförderung e. V. Rolshoverstraße 7-9, 51105 Köln-Kalk, Telefon: 0221/2780524.</p> <p>Auch Frau Kollegin Dr. Müller hat langfristige Erfahrung im Umgang mit Kindern infantiler Zerebralparese und der konduktiven Förderung nach Petö.</p> <p>Auch Frau Prof. Dr. phil. Karin Weber, von der Gesamthochschule Siegen, sollte befragt werden.</p>
<p>Ergänzende Literaturhinweise:</p>
<ol style="list-style-type: none">1. Karin S. Weber: "Einführung in das System konduktiver Förderung und Rehabilitation" (Konzept-Praxis-Perspektive), Verlag Modernes Lernen Dortmund 1998.2. Karin S. Weber: „Konduktive Förderung in Europa“, eine Dokumentation über ein europäisches Symposium vom 15. - 17. 5. 1992 im Universitätsclub Bonn.3. Wiebke Bein-Wierzbinski u. Willibald Weichert: „Konduktive Förderung“, eine Untersuchung zum Erwerb grob- und feinmotorischer Fertigkeiten bei zerebralparetischen Kindern“ in der Zeitschrift für HEILPÄDAGOGIK 1, 2002, 53., Jahrgang 5. 18-25.

Konduktive Therapie/Förderung an der Kinderklinik Kohlhof
Zwischenbericht September 2001

Bericht des Herrn Dr. med. H. Penner, Ärztlicher Leiter des Projektes –
und des Sozialpädiatrischen Zentrums der Kinderklinik Kohlhof

Im April letzten Jahres hatten wir Ihnen als Vertretern der Krankenkassen, des VdAK und des Landesozialamtes einen ersten Zwischenbericht gegeben über den Verlauf der konduktiven Therapie hier an der Kinderklinik Kohlhof.

Auf unseren Antrag hin waren Sie dankenswerterweise bereit, die hier am 2. 4. 1998 getroffene Vereinbarung über ergänzende Leistungen zur Rehabilitation um ein weiteres Jahr, d. h. bis zum Ende diesen Jahres zu verlängern. Eine Ausnahme bildete die Techniker-Krankenkasse, welche sich der Verlängerung des Vertrages nicht angeschlossen hat, in den meisten Fällen jedoch bereit war, weiterhin nach Einzelfallentscheidung die Kosten auch weiterhin vertragsmäßig zu übernehmen. Unsere damalige Bitte, das Antragsverfahren dadurch zu vereinfachen, dass bei Antragsstellung jeweils 40 Tage pro Halbjahr statt 20 Tage pro Vierteljahr genehmigt werden, wurde letztlich nur von der AOK Saarland erfüllt.

Dadurch war eine gewisse Erleichterung der verwaltungsmäßigen Arbeit gegeben. Vielen Dank!

Nun einige Worte zur Anzahl der hier inzwischen (2 ¼ Jahre) untersuchten und behandelten Patienten und den Behandlungsergebnissen, wobei -es sich hier

nicht um eine wissenschaftliche Studie handeln konnte, wie z. B. beim „Münchener Modellprojekt PETÖ“.

Unsere personellen, zeitlichen und finanziellen Ressourcen waren und sind eng begrenzt. Eine supervidierende Begleitung fand und findet statt durch Herrn Dr. med. Hoffmann, Kinderarzt beim Medizinischen Dienst der Krankenversicherungen des Saarlandes.

Unsere Behandlungsergebnisse stellen wir dar (Evaluation) anhand zweier Testverfahren, welche wir vereinbarungsgemäß seit Anfang 1999 hier in Abständen von etwa 1/2 bis 1 Jahr durchführen, die allerdings infolge Personalknappheit noch nicht ganz lückenlos bei allen Patienten in diesem Jahr durchgeführt werden konnten.

Bisher wurden von uns etwa 110 Patienten kinderneurologisch und jeweils durch eine unserer Konduktorinnen, meist gemeinsam, untersucht und die Ergebnisse gemeinsam bezüglich der Eignung für die konduktive Therapie besprochen. Dabei ergab sich, dass 90 Patienten für diese Therapie geeignet waren und bei 20 Kindern lag eine Eignung nicht vor, bzw. wurde diese Eignung vom MDK verneint, so dass keine Kostenzusage durch die Krankenkasse erfolgte.

Vereinzelt lag die Ursache der Nichtteilnahme an der vorgeschlagenen Therapie auch an Problemen innerhalb der Familie.

Die Kinder wurden möglichst in zusammenpassenden Gruppen von jeweils etwa 4-8 Kindern behandelt, wobei jeweils Schulkinder, Kindergartenkinder und die jüngsten bzw. schwerbehinderte Kinder in eignen Gruppen zusammengefasst wurden. Letztere jeweils gemeinsam mit den Müttern oder auch gelegentlich Vätern, als sogenannte „Mutter-Kind-Gruppen“, wie dieses bereits im April 2000 für Sie ausführlich ausgeführt wurde.

Als Testverfahren wurden durchgeführt:

1. GROSS MOTOR FUNCTION MEASURE (GMFM)
2. MDK-Fragebogen „Entwicklungsstand und Hilfebedarf behinderter Kinder“ in Anlehnung an den Kinder-WeeFIM-Test welcher uns von Herrn Dr. Hoffmann vom MDK empfohlen wurde.
3. haben wir an die Eltern im Juli diesen Jahres einen anonymen Elternfragebogen zur Therapiezufriedenheit bzw. Therapieerfolg verschickt. Bisher wurden 31 dieser Fragebögen zurückgeschickt. Eine statistische

Auswertung dieser Bögen hat Herr Weiler, Musiktherapeut, durchgeführt, welcher bei der Organisation, Betreuung der Konduktorinnen und Elternarbeit im PETÖ-Projekt hier mitarbeitet.

Bei den 90 hier behandelten Patienten handelt es sich um 54 Kinder im Vorschulalter (2 1/2 bis 7 Jahre) und 36 Kinder im Schulalter (7,1 bis 17 Jahre)

59 Kinder stammten aus dem Saarland und 31 Kinder aus den übrigen Bundesländern, bevorzugt aus der Pfalz und Baden-Württemberg.

Zur Schwere der Körperbehinderung der hier seit 1999 behandelten Patienten, d. h. seit dem hier der grobmotorische Entwicklungstest durchgeführt wird:

Es handelte sich um:

1. 19 Kinder mit schwerster Körperbehinderung (meist spastische Tetraparesen) mit einem Gesamtwert beim Grobmotorischen Entwicklungstest (GMFM) von 25 % oder darunter (bei der 1. Testuntersuchung)
2. 33 schwer körperbehinderte Kinder (ebenfalls meist spastische Tetraparesen) mit einem Gesamtwert beim grobmotorischen Entwicklungstest (GMFM) von 26 bis 50 %.
3. 27 Kinder mit mittelgradiger Körperbehinderung (meist spastische Tetraparesen, beinbetont, oder auch spastische Diparesen) Gesamtwert beim GMFM 51 -75 %.
4. 2 Kinder mit leichtergradiger Körperbehinderung (spastische Diparese) mit einem Gesamtwert beim GMFM von knapp über 75 %.

Alle Kinder konnten zu Beginn der Behandlung nicht frei laufen, außer 1 Kind, welches kurz zuvor einige Schritte frei laufen gelernt hatte.

Aus dieser Zahlenaufstellung können Sie ersehen, dass es sich bei unseren Patienten in den allermeisten Fällen um recht schwer körperbehinderte Kinder handelt, wobei zusätzlich mehr oder weniger starke Behinderungen auch im Bereich der geistig-sprachlichen Entwicklung hinzukommen, einige Kinder sind zusätzlich wegen Schwerhörigkeit mit Hörgeräten versorgt.

Intensität der Behandlung der einzelnen Patienten:

1. 24 Kinder haben während einer Zeit von etwa 1 ½ bis 2 ½ Jahren regelmäßig 3 - 4 20-tägige Behandlungskurse im Jahr durchgeführt bzw. sind zwischenzeitlich zweimal wöchentlich fast kontinuierlich zur konduktiven Therapie hier hergekommen.
2. Etwa 47 Kinder haben während eines Zeitraumes von etwa 1-2 Jahren 2 - 3 20-tägige Behandlungskurse jährlich besucht bzw. sind alternativ einmal wöchentlich zur Behandlung gekommen.
3. 19 Kinder haben nur 1 oder 2 20-tägige Behandlungskurse in einem Zeitraum von ½ bis 1 Jahr besucht.

Daraus ersehen Sie, dass die Intensität und Dauer der Behandlung bei den einzelnen Kindern unterschiedlich gewesen ist.

Während des 2 % jährigen Behandlungszeitraumes sind jeweils neue Kinder zur Untersuchung und Behandlung hinzugekommen, so dass z. B. einige Kinder erst seit diesem Jahr in die Behandlung aufgenommen wurden.

Behandlungsergebnisse:

Die Entwicklungsfortschritte waren bei den einzelnen Kindern je nach Alter und Ausprägung der Mehrfachbehinderung recht unterschiedlich. Einige Kinder machten bessere Fortschritte in der Motorik, andere machten bessere Fortschritte im Sozialkontakt in der Sprache oder geistig-intellektuellen Entwicklung und wieder andere Kinder machten mehr Fortschritte in der Sauberkeitserziehung oder in der Selbständigkeit bezüglich der Alltagsverrichtungen.

Grobmotorik:

Bei den Kindern, deren Zerebralparese nicht zu schwergradig war und mit besserer geistiger Entwicklung sowie bei den Kindern, welche regelmäßig einmal im Quartal zu einem 20-tägigen Behandlungsblock kamen, wurden deutliche, auch mit dem beschriebenen grobmotorischen Entwicklungstest messbare Fortschritte erzielt.

So konnten bei 21 Kindern messbare Fortschritte im Laufen beobachtet werden, wobei im Nachhinein zu berücksichtigen ist, dass die ärztliche Testperson am Anfang 2001 aus Personalgründen gewechselt hat, wobei insgesamt ein strengerer Maßstab bei der Testuntersuchung angelegt wurde.

Dadurch sind vermehrt scheinbare Entwicklungsrückstände in der Statomotorik bei Auswertung der Testergebnisse aufgefallen. Es gibt allerdings auch objektiv einige Kinder, welche trotz der 20-tägigen Behandlungskurse Entwicklungsrückschritte in der Motorik gemacht haben, wobei es sich vor allem um Kinder in höherem Schulalter ab 9 oder 10 Jahren handelt, welche erfahrungsgemäß sehr viel in der Schule im Rollstuhl, d. h. natürlich mit gebeugten Beinen sitzen, wodurch es nicht selten im Beinbereich zu einer Verkürzung der Beugemuskulatur und zu sogenannten Gelenkbeugekontrakturen kommt. Auch das Wachstum spielt eine Rolle.

Das heißt, die Kinder können die Beine zunehmend weniger strecken, wodurch die Steh- und Gehfähigkeit zunehmend negativ beeinflusst wird. In diesen Fällen haben wir zur Vorstellung in einer fachlich versierten orthopädischen Klinik, z. B. in Heidelberg, geraten mit der Frage, ob die beschriebene Situation der Beugekontrakturen durch eine orthopädische Operation zu beheben ist oder durch Schienen oder durch Orthesen u. ä.

Zur Verbesserung der Lauffähigkeit ist zu sagen, dass unsere Patienten hier gelernt haben, mit dem „PETÖ-Stuhl“ zu laufen, an der Sprossenwand, mit dem Rollator, im Laufbarren, an Vierpunktstöcken und Einpunktstöcken.

Vereinzelt konnten Kinder lernen, ganz kurze Strecken frei zu laufen, z. B. von einem zum anderen Möbelstück.

1 Kind, welches bereits zu Beginn der Therapie kurze Strecken frei laufen konnte, hat sich im freien Laufen stabilisiert, kann über kleine Hindernisse laufen, über Bordsteinkanten oder Treppen.

Auch einige der schwerer behinderten Kinder haben gelernt, Treppen mit Festhalten zu laufen.

Das Ziel der Behandlung bezüglich der Grobmotorik lag vor allem darin, dass die Kinder lernen, wenn auch mit Hilfsmitteln wie Gehstock oder Rollator in der Wohnung selbständig zu laufen oder schwerer Behinderten beim Waschen stehen zu bleiben.

Einige Kinder haben das Laufen mit dem Rollator und mit den Gehstöcken so gut gelernt, dass sie dieses auch im Kindergarten oder in der Schule realisieren.

2. Bei der Auswertung der Kinder-WeeFIM - Testergebnisse ergab sich folgendes:

In den Bereichen Selbständigkeitsentwicklung bezüglich der Alltagsverrichtungen, der Sauberkeitserziehung, der Sprachentwicklung, im Sozialkontakt und in der geistig-intellektuellen Entwicklung ergaben sich jeweils bei etwa der Hälfte der Kinder deutliche Entwicklungsfortschritte.

Die Ergebnisse der Unterteste Motorik/Mobilität sind bisher nicht sicher zu werten, da in diesen Bereichen häufiger Items bei den Testuntersuchungen nicht ausgefüllt worden sind.

Ein besonderer Erfolg wurde bei einer Reihe von Kindern in der Sauberkeitserziehung erreicht.

14 Kinder sind während ihrer Behandlungszeit hier vollständig sauber und trocken geworden:

3 Kinder im Vorschulalter und 11 Kinder im Schulalter (im Alter von 7, 4 Jahren, 8,9 Jahren, 9,8 Jahren, 9,10 Jahren, 10,1 Jahren, 11 Jahren, 11,4 Jahren, 11,8 Jahren, 12,10 Jahren, 13 Jahren und 14,1 Jahren)

Zusätzlich wurden 7 Kinder sauber, allerdings noch nicht vollständig trocken. Darunter ebenfalls 3 Kinder im Schulalter zwischen 9 und 13 Jahren und 4 Kinder im Vorschulalter.

3. Zusätzlich haben wir eine anonyme Elternbefragung per Fragebogen durchgeführt, deren Ergebnisse Herr Weiler ebenfalls tabellarisch zusammengefasst hat.

Inzwischen haben wir 31 Fragebögen zurückbekommen.

Bei der jetzigen Auswertung wurden 29 Frageböden berücksichtigt. Dabei bewerteten die Eltern die Entwicklungsfortschritte ihrer Kinder in den verschiedenen Bereichen, ebenfalls recht unterschiedlich. Einige Eltern schätzten die Fortschritte im Bereich der Motorik und Handmotorik höher ein, andere schätzten die Fortschritte ihres Kindes höher in Alltagsfähigkeiten oder in der Sprachentwicklung ein, wieder andere Eltern meinten vor allem, dass ihr Kind Fortschritte in der geistigen und Sozialentwicklung gemacht hat.

Insgesamt war die Zufriedenheit der Eltern bezüglich der durchgeführten Therapie und Behandlungserfolge recht hoch. Naturgemäß haben vor allem die Eltern die Fragebögen zurückgeschickt, welche auch regelmäßig hier teilgenommen haben oder sich hier noch in Therapie befinden.

Einige unserer Vorschulkinder der ersten Zeit sind inzwischen eingeschult worden, die meisten in der Schule für Körperbehinderte, einige auch in der Regelschule mit Integrationsmaßnahme. Dieses führt dazu, dass die meisten Kinder nicht mehr regelmäßig zu 20-tägigen Behandlungskursen hier kommen können, sondern meist nur in der Ferienzeit, z. B. zweimal im Jahr.

Die Folge ist, dass Entwicklungsfortschritte bezüglich der Motorik meist nur noch sehr schwer zu erreichen sind, bzw. als Ziel gesetzt werden muss, dass der Entwicklungsstand in der Motorik zumindest gehalten bleibt.

Hier hängt es davon ab, ob die Eltern zu Hause mit dem Kind weiter laufen üben u. ä. In höherem Alter weigern sich allerdings zum Teil die Kinder, dieses zu Hause weiter zu tun, insbesondere auch, wenn zusätzlich z. B. eine geistige Behinderung vorliegt, was bei unseren Kindern nicht selten der Fall ist.

Wie sie sehen, hängt die Frage des Entwicklungsfortschrittes mit sehr vielen Faktoren zusammen und kann nur durch intensive Bemühungen von Therapeuten, Eltern und

den Kindern selbst erreicht werden, denn die frühkindliche Schädigung des Gehirns selbst, als Ursache der Behinderung, kann nicht geheilt werden!

Einige unserer Patienten konnten durch zum Teil sehr spezielle orthopädische Operationen, welche in Deutschland nur in bestimmten Zentren möglich sind, z. B. in der Orthopädischen Klinik Heidelberg, bessere Ergebnisse bezüglich der Bewegungsfähigkeit erreichen. Bei einigen konnte durch die Injektion von Botulinum-Toxin in die spastische Muskulatur eine Verbesserung der Steh- und Gehfähigkeit erreicht werden.

Bei schwerergradiger Tetraparese konnte teilweise zwar nicht das Laufen verbessert werden, jedoch das Sitzen, Umdrehen oder Krabbeln.

Zu berücksichtigen ist weiterhin, dass wir hier die konduktive Behandlung nur dann durchgeführt haben, wenn durch herkömmliche ambulante Therapien keine genügenden Entwicklungsfortschritte erzielt werden konnten. Das heißt, unter den 20 untersuchten Kindern, welche nicht zur Therapie kamen, sind auch einige, welche durch ambulante Therapien weiterhin Fortschritte gemacht haben und deshalb nicht in unsere konduktive Therapie aufgenommen wurden.

Erfahrungsgemäß können Kinder mit infantiler Zerebralparese während der ersten 2-3 Jahre durch die ambulante Therapie nach VOIJTA, gelegentlich auch nach BOBATH; Entwicklungsfortschritte in der Motorik machen.

Erfahrungsgemäß wehren sich jedoch viele Kinder ab dem Alter von 2 ½ bis 3 Jahren gegen die Vojta-Therapie so stark, dass sie nicht mehr ordnungsgemäß von den Eltern durchgeführt werden kann.

Für diese Kinder halten wir die konduktive Therapie als in besonderem Maße indiziert. Schwerpunktmäßig sollten Kinder im Vorschulalter konduktiv regelmäßig in 20-tägigen Kursen ¼ jährlich behandelt werden.

Bekanntermaßen sind während der ersten 6 Lebensjahre die besten Chancen, um Fortschritte in der Grob- und Feinmotorik zu erreichen. Allerdings haben auch einige unserer Schulkinder in der Grobmotorik gut durch unsere konduktive Therapie profitiert.

Durch den ganzheitlichen Therapieansatz dieser Methode nach Petö vor allem durch die regelmäßige Kopplung von sprachlicher Aufforderung und Ausführung der Bewegungsaufgabe, also allgemein ausgedrückt, durch die Kopplung von Sprache, Bewegung und Handlung sowie auch durch das gemeinsame Tun in der Gruppe also den Sozialkontakt, durch gemeinsames Singen und Spielen, sind die Kinder meist wesentlich besser zur Mitarbeit motiviert als in der herkömmlichen Einzeltherapie und ergeben sich Entwicklungsfortschritte in allen Bereichen, nicht nur in der Motorik. Viel Wert gelegt wird auf die Selbständigkeitsentwicklung beim Essen, beim An- und Ausziehen, der Sauberkeit, wodurch den Eltern und auf Dauer der gesamten Gesellschaft Mühen und finanzielle Mittel erspart werden und das Selbstbewußtsein der behinderten Kinder verbessert werden kann.

Eine weitere Folge der Gruppentherapie ist, dass sich hier Eltern gemeinsam treffen zur Behandlung ihrer Kinder und zu gemeinsamen Gesprächen, so dass gegenseitige Freundschaften und gegenseitige Hilfe gewachsen sind.

Mehr Entwicklungsfortschritte als bei der herkömmlichen ambulanten Therapie können auch durch die Intensitätssteigerung der Behandlung erreicht werden (Ganztagsbehandlungsprogramme).

Einige der zusätzlich geistig behinderten Kinder mit infantiler Zerebralparese profitieren hier nach Ansicht der Eltern während der Behandlungskurse mehr für ihre Gesamtentwicklung als in der Heimatsonderschule im Unterricht.

Nach unserer Ansicht und unseren Erfahrungen sollte die konduktive Therapie/Förderung als sinnvolle Ergänzung zur herkömmlichen ambulanten Therapien für bestimmte Kinder (nach vorheriger kinderneurologischer Indikationsstellung) als Heilmittel anerkannt werden.

Auch nach Veröffentlichung der Ergebnisse des „Münchener Modellprojektes PETÖ“ anlässlich eines Symposiums am 29. 6. diesen Jahres in München, dürfte dieses in Zukunft wohl möglich sein.

Bezüglich der Münchener Ergebnisse sei folgendes Zitat aus der Ärztezeitung vom 3.7.01 (Raimund Schmid) erlaubt:

„Bereich Lokomotion und Aufrichtung: „Hier haben sich die Mobilität der Kinder im Alltag (bei der Fortbewegung in der Wohnung oder dem Umdrehen und Sitzen) die asymmetrischen Bewegungsabläufe und die „klinisch neurologisch erhobenen Fähigkeiten“ auf der stärker betroffenen Seite der Störung signifikant verbessert;

Handmotorik: Hier war eine hochsignifikante Verbesserung gerade bei den koordinativen Funktionen und bei der Kraftdosierung nachweisbar. Da 60-70 % der Alltagsaktivitäten über die Hände ablaufen, kommt diesem Ergebnis nach Ansicht von Priv. Doz. Dr. Rainer Blanck, der das Projekt verantwortlich umgesetzt hat, eine ganz besondere Bedeutung zu.

Nachgewiesen werden konnte auch, dass die untersuchten Kinder ihre Hände geschickter einsetzen können und in ihren feinmotorischen Fähigkeiten Fortschritte erzielt haben.

Funktionelle Orthopädie: Hier waren signifikante Verbesserungen im Bereich der unteren Extremitäten nachweisbar.“

Hiernach sind, zumindestens in einigen wichtigen Entwicklungsbereichen auch der Motorik, Entwicklungsfortschritte durch die konduktive Behandlung und Förderung wissenschaftlich bewiesen.

Die Gemeinnützige Klinikgesellschaft des Kreises Neunkirchen stellt hiermit den Antrag an die Krankenkassen und das Landessozialamt Saarbrücken, die vertragliche Vereinbarung vom April 1998 (über ergänzende Leistungen zur Rehabilitation) um ein weiteres Jahr mit den gleichen Bedingungen zu verlängern, d. h. bis zum 31. 12. 2002.

Bis dahin dürfte Klarheit bestehen über die reguläre Anerkennung dieser Behandlungsmethode in Deutschland, d. h. danach könnte hoffentlich ein längerfristiger Vertrag geschlossen werden.

Zum Ende meiner Ausführungen möchte ich Ihnen gerne einiges aus unserer anonymen Elternbefragung zitieren:

„Petö bedeutet für uns mehr Lebensqualität erhalten in jeder Hinsicht. Es wird so intensiv mit den Kindern gearbeitet, das ist sonst nirgendwo möglich. Jeder andere Therapeut hat nur sein spezielles Gebiet und arbeitet nur ca. 30 Minuten. Das ist nicht ausreichend. Petö arbeitet auf allen Gebieten konzentriert. Für unser Kind ist Petö ein Glücksfall!!! Rückschritte gab es in den Therapiepausen in der Regel nie, das Erlernete behielt er immer bei, da auch zu Hause die Übungen weitergeführt werden. Bei der Therapie arbeiten Konduktorinnen und Eltern sehr eng zusammen. Man ist nicht ausgeschlossen, wie es anderswo der Fall ist.

Bei dieser Therapie hat unser Sohn (Alter von 11-13 Jahren) Dinge gelernt, die andere Therapien in jahrelanger Arbeit noch nicht mal ansatzweise geschafft hatten. Wir würden uns sehr wünschen, wenn die konduktive Therapie weiterhin in der Kinderklinik

Kohlhof angeboten würde, so dass wir auch weiterhin die Möglichkeit haben, unserem Kind die für uns bislang bestmögliche Therapie“.

Weitere Zitate:

„Anna-Marie konnte nach der Therapie an Vierpunktstöcken gehen“.

„Wir haben die konduktive Förderung in Budapest kennengelernt und sind jetzt sehr froh, dass wir die Therapie hier durchführen können. Auch mehrmals im Jahr. Christian spricht gut auf die Therapie an. Beweglichkeit verringert sich in den Therapiepausen. Diese intensive Betreuung und Förderung ist in der Schule (Behindertenschule) und zu Hause nicht gegeben. Die Verständigung mit Christian hat sich zwischenzeitlich wesentlich verbessert. Viele Dinge haben sich verbessert (z. B. das Gehen, das Sprechen, der Umgang mit anderen Personen).“

Bezüglich der Therapiepausen schrieb eine Mutter: „Es gab Fortschritte, z. B. sehr viel lockerer, konnte somit besser essen, wie z. B. einen Löffel alleine zum Mund zu führen. Er sprach danach auch mehr und vor allem auch deutlicher.“

„Unseres Erachtens ist dieses die einzige kindgerechte Therapie die unser Kind optimal fördert.

Erwartungen: Erlangen größtmöglicher Selbständigkeit, sicheres Laufen an Dreipunktstöcken“.

Bezüglich der Therapiepausen nach den Therapieblöcken schrieb eine andere Mutter: „Es gab nur Fortschritte! Er hat gelernt, erst am Rollator zu laufen, dann an Vierpunktstöcken. Inzwischen kann er alleine an Einpunktstöcken gehen und mehrere Minuten frei stehen! also ein großer Erfolg nach 5 Therapieblöcken!“

„Selbst während der Therapiepausen entwickelte sich mein Sohn langsam aber stetig weiter. Erlerntes nutzte er, um sein Umfeld zu ergünden. Nach 4 Therapieblöcken haben wir nach meiner Einschätzung Unmögliches möglich gemacht.

Ärzte und Therapeuten sind gleichermaßen beeindruckt. Meine Bewertung dieses Fragebogens geht von einem geistig schwerst mehrfachbehinderten Kind aus, dessen Chancen am Leben teilnehmen zu können, zu Beginn der Therapie gleich null waren. Jegliche Frage, ob Petö in Neunkirchen erhalten bleiben soll, zeigen solche Kinder wie mein Sohn (Therapie im Alter zwischen 3,7 und 4,9 Jahren).

„Es gab nur Fortschritte in den 2 ¼ Jahren, in denen wir nach Petö therapieren. Unsere Tochter hat im gesamten aufgebaut, geistig, motorisch usw., läuft zwar noch nicht frei, bereits aber an normalen Gehstöcken“.

„Gute Fortschritte bei der Sprachentwicklung, gute Förderung der sozialen Kontaktfähigkeit‘ gute Förderung des Selbstbewußtseins, des Vertrauens in die eigene Leistungsfähigkeit, tolle Motivation dazu mehr zu wollen!“

„Das Sauberkeitstraining in der ersten Therapie begonnen, war erfolgreich. 4 Wochen nach Therapieende war sie Tag und Nacht ohne Windeln (im Alter von 12-13 Jahren). Beim selbständigen Essen und Laufen gab es kleine Rückschritte in der Therapiepause‘ da die Zeit zum Üben nach einem langen Schultag manchmal fehlt. Die erlernten Sachen werden aber nicht ganz vergessen, nur leichte Rückschritte.“

Zu erwähnen ist am Ende meiner Ausführungen, dass wir Kontakt haben mit den meisten Einrichtungen, welche die Behandlung und Forderung nach Petö in Deutschland durchführen, insbesondere den Selbsthilfevereinen »Fortschritt“ aber auch mit klinischen Rehabilitationseinrichtungen.

Gemeinsam wurde unter meiner Mitwirkung ein Thesenpapier bezüglich einer möglichst optimalen konduktiven Therapie und Förderung in Deutschland an den VdAK in Siegen geschickt.

Auch haben wir hier in der Kinderklinik am 28.4.01 eine gemeinsame Tagung bezüglich konduktiver Therapie und Förderung in Deutschland durchgeführt. Zu dieser Tagung waren zahlreiche Teilnehmer aus Deutschland von Hamburg bis Starnberg, aus Wien, Österreich und der Schweiz zu uns gekommen.

Ganz zum Schluss möchte ich zu bedenken geben, dass es sich bei den infrage kommenden Kindern mit infantiler Zerebralparese um eine relativ kleine Zahl handelt, so dass die finanziellen Belastungen der Krankenkassen, gemessen an anderen Ausgaben im Gesundheitssystem, eigentlich minimal sind!

Elternfragebogen zur Therapiezufriedenheit bzw. Therapieerfolg

Alle Angaben werden anonym behandelt

Jetziges Alter des Kindes:

Alter des Kindes zu Beginn der Therapie:

Schildern Sie kurz Ihre Beweggründe und Erwartungen zur Aufnahme der Konduktiven Therapie/Förderung an der Kinderklinik Kohlhof.

In welchem Maß wurden Ihre Erwartungen hinsichtlich der Konduktiven Therapie/Förderung erfüllt? (Zutreffendes bitte einkreisen)

überhaupt nicht teilweise zum großen Teil in vollem Umfang

Gab es Fort- bzw. Rückschritte während der Therapiepausen? Bitte kurze Schilderung

Welche anderen Therapien erhält bzw. erhielt das Kind? (Häufigkeit ?)

Anhand der folgenden Auflistung sollen die Therapiezufriedenheit und Erwartungserfüllung der Eltern dargestellt werden

Die Auswertung erfolgte mit Hilfe des Elternfragebogens zur Therapiezufriedenheit bzw. Therapieerfolg.

Befragt wurden 90 Eltern aktueller und auch ehemaliger Patienten der Konduktiven Therapie/Förderung an der Kinderklinik Kohlhof.

Es wurden insgesamt 29 auswertbare Fragebögen an uns zurück gesendet.

Schätzen Sie Ihre Therapiezufriedenheit hinsichtlich der Konduktiven Therapie/Förderung in unserer Einrichtung mit Hilfe der angegebenen Skala ein. (Einkreisen)

- gering viel
- b. Feinmotorik(Handfertigkeit, Basteln, etc.)
- 1 2 3 4
- gering viel
- c. Alltagsfähigkeiten (Sauberkeitserziehung, Nahrungsaufnahme. An- bzw. Ausziehen, usw.)
- 1 2 3 4
- gering viel
- d. Sprachentwicklung (Sprachhäufigkeit. Artikulation)
- 1 2 3 4
- gering viel
- e. Geistige Entwicklung(Logisches Denken, Gedächtnisleistung)
- 1 2 3 4
- gering viel
- f. Sozialverhalten(Kontaktaufnahme und Beziehungsgestaltung zu Anderen)
- 1 2 3 4
- gering viel

Frage zu den Entwicklungsfortschritten

Grobmotorik

3	der Befragten bewerteten mit	1 (gering)	10,4 %
6	der Befragten bewerteten mit	2	20,6
12	der Befragten bewerteten mit	3	41,4 %
7	der Befragten bewerteten mit	4 (viel)	24,1 %
1	Befragter machte hierzu	keine Angaben	3,5 %

Feinmotorik

3	der Befragten bewerteten mit	1(gering)	10,4 %
10	der Befragten bewerteten mit	2	34,4 %
13	der Befragten bewerteten mit	3	44,8 %
2	der Befragten bewerteten mit	4 (viel)	6,9 %
1	Befragter machte hierzu	keine Angaben	3,5 %

Alltagsfähigkeiten

2	der Befragten bewerteten mit	1 (gering)	6,9 %
5	der Befragten bewerteten mit	2	17,3 %
13	der Befragten bewerteten mit	3	44,8 %
8	der Befragten bewerteten mit	4 (viel)	27,5 %
1	Befragter machte hierzu	keine Angaben	3,5 %

Sprachentwicklung

3	der Befragten bewerteten mit	1 (gering)	10,4 %
2	der Befragten bewerteten mit	2	6,9 %
10	der Befragten bewerteten mit	3	34,4 %
12	der Befragten bewerteten mit	4 (viel)	41,4 %
2	Befragte machten hierzu	keine Angaben	6,9 %

geistige Entwicklung

1	der Befragten bewertete mit	1 (gering)	3,5 %
3	der Befragten bewerteten mit	2	10,4 %
14	der Befragten bewerteten mit	3	48,2 %
9	der Befragten bewerteten mit	4 (viel)	31,0 %
2	Befragte machten hierzu	keine Angaben	6,9 %

Sozialverhalten

0	der Befragten bewerteten mit	1 (gering)	0 %
2	der Befragten bewerteten mit	2	6,9 %
13	der Befragten bewerteten mit	3	44,8 %
13	der Befragten bewerteten mit	4 (viel)	44,8 %
1	Befragter machte hierzu	keine Angaben	3,5 %

11.8.8 Konduktiv Mehrfachtherapeutische und Psychologische Praxis

Eine detaillierte Ausarbeitung mit Verweisen auf wissenschaftliche Literatur, Studien etc. wird an dieser Stelle aus verschiedenen Gründen nur eingeschränkt möglich sein:

- Es liegen zwar europaweit umfangreiche praktische Erfahrungen mit KF vor, eine systematische wissenschaftliche Aufbereitung vorhandener Daten ist bislang nicht abgeschlossen.

- Deskriptive Ausarbeitungen zur Durchführung und Funktionsweise KF liegen vor. Die wissenschaftlich fundierte Theoriebildung unter Einbeziehung von neueren Erkenntnissen über Lernen und Erfahrungsbildung aus der Hirnforschung, über motorisches Lernen aus der Sportwissenschaft etc., über die therapeutisch wirksamen Einflüsse Konduktiver Interaktion aus systemischer Therapie und Kommunikationswissenschaften, über die Art und Weise der Einbeziehung therapeutischer Spezialdisziplinen unter Berücksichtigung der jeweiligen Krankheitsbilder usw. usw. findet im akademischen Diskurs an den Ausbildungsinstituten statt; Veröffentlichungen gibt es noch wenige.

- Ihnen liegt eine Untersuchung vor (Voss u. a., Kinderzentrum München, 2001), die KF als sogenannte Blockförderung untersucht — eine aus fachlicher Sicht unter der Voraussetzung räumlicher und personeller Kontinuität als intensivtherapeutische Ergänzung laufender KF sinnvolle, ansonsten als „Notlösung“ mangels adäquater regionaler Versorgung einzuschätzende Angebotsform.

Im deutschsprachigen Raum haben des Weiteren Weber, Rochel, Taunusklinik Falkenstein, 1992, sowie Oskamp u. a., Zentrum für Frühbehandlung und Frühförderung Köln, 1999, kontinuierliche KF untersucht.

Aussagen konnten selbstverständlich nur über die untersuchte Angebotsform und Personengruppe (cp-Kinder im Vorschulalter zwischen 3-6 J. mit leichten bis mittelschweren Bewegungsbeeinträchtigungen) getroffen werden. Alle diese Studien kommen zusammenfassend zu dem Ergebnis, dass KF eine sinnvolle Ergänzung des bestehenden Behandlungs- bzw. Förderungsangebotes darstellt.

Eine weitere Studie zur kontinuierlichen KF, die zudem den 4 jährigen Zeitraum von 1996-2000 untersucht und (bezogen auf einzelne Parameter) als Langzeitstudie in den Konduktiven Gruppen der Pfennigparade in München, Phönix GmbH, von Prof. Oerter fortgesetzt wird, bezieht nun auch Kinder im Schulalter ein. Die Ergebnisse hier werden als durchweg positiv zusammengefasst.

Um der Komplexität der Methode - als per se zu gleichen Teilen medizinisch-therapeutischer und pädagogischer Leistung - gerecht zu werden, halte ich persönlich zusätzlich zur Fragebogenauswertung eine Expertenanhörung vor dem Bundesausschuss- gemäß Ziff. 8.1 III der sogenannten NUB-Richtlinien für angemessen.

Vorschlagen möchte ich Frau Helga Keil als Vertreterin des EUROPÄISCHEN AK, Initiatorin des gerade abgeschlossenen EU-PROJEKTES COMENIUS zum Thema europäische KonduktorInnen Ausbildung, Mitglied der EUROPEAN ASSOCIATION OF KONDUKTIVE EDUCATION und mit mehr als 35jähriger Erfahrung auf dem Gebiet KF hervorragende Expertin, Frau Beate Höß-Zenker ebenfalls Mitglied im EUROPÄISCHEN AK, IM EU-PROJEKT und Initiatorin/Koordinatorin der Weiterbildung zur Pädagogisch-Therapeutischen-KonduktorIn, Frau Krisztina Desits und Frau Mariann Stelzer als Vorstandsmitglieder des BUNDESVERBANDES I. DEUTSCHLAND TÄTIGER KONDUKTORINNEN und langjährig erfahrene Diplom-Konduktorinnen (Frau Stelzer hat ebenfalls im EU-PROJEKT mitgearbeitet) und mich selbst als einzige niedergelassene Mehrfachtherapie Konduktorin, ebenfalls Mitglied im EuRoP. AK sowie im BUNDESVERBAND . Alle diese Expertinnen verfügen über umfangreiche praktische Erfahrungen und theoretische Kenntnisse mit verschiedenen Angebotsformen KF und unterschiedlicher Klientel hinsichtlich der Altersgruppen sowie der Art und Schwere der Behinderung und werden sicher zur Diskussion bereit sein.

Fragenkatalog zur Konduktiven Förderung nach Petö

1. Auf welche Erkrankung bzw. Indikation (Diagnose + Leitsymptomatik) bezieht sich Ihre Stellungnahme?

Konduktive Förderung kann grundsätzlich erfolgreich bei Menschen aller Altersgruppen mit motorischen, sensorischen oder Mehrfachbehinderungen angewandt werden.

Die Indikation im Einzelfall ergibt sich nicht nur aus dem Bestehen einer Behinderung, sondern auch aus den Ressourcen auf Seiten des Betroffenen und seiner Familie bzw. auf Seiten des Anbieters KF.

Da bekanntlich jede insbesondere früh erworbene Bewegungsbeeinträchtigung oder sensorische Integrationsstörung ein die Entwicklung der Gesamtpersönlichkeit beeinflussendes, mehr oder weniger ausgeprägtes Lernhindernis darstellt, kann es bei unserer Klientel höchst selten Einzeldiagnosen geben.

Ohne nicht Genanntes ausschließen zu wollen, haben wir es in der KF gewöhnlich mit folgenden ärztlichen Leitdiagnosen zu tun:

Frühkindlicher Hirnschaden,

Sensomotorische Entwicklungsstörung,

Infantile Zerebralparese (Tetraparese-, Di- oder Hemiplegie),

Hyper- oder Dyskinetische Bewegungsstörungen,

Ataxie,

Athetose,

Muskelhypotonie,

Spina bifida,

Zustand nach Schädel-Hirntrauma u. a. erworbene Hirnfunktionsstörungen (bspw. nach Ertrinkungsunfall, Intoxikation, Tumor, Gefäßverschluss etc.)

Zustand nach Enzephalitis mit Residualsyndrom,

Multiple Sklerose,

Parkinson.

Als ärztliche Diagnosen für häufige Begleit- oder Folgeerkrankungen/-beeinträchtigungen sind - ebenfalls ohne nicht Genanntes ausschließen zu wollen — zu nennen:

Allgemeine Entwicklungsverzögerung, Mentale Retardierung,

Sensomotorische Integrationsstörung (bei anderer Leitdiagnose). zumeist mit Aufmerksamkeits-/Konzentrationsstörungen, häufig auch Kontaktstörungen,

Sprachstörungen und Beeinträchtigungen der Mundmotorik,

Sinnesbeeinträchtigungen (insbesondere der Sehfähigkeit bei der Mehrzahl der Frühgeborenen),

Epilepsie,

Orthopädische Diagnosen wie bereits bestehende Hüftdysplasien oder muskuläre, Gelenk- oder Hautkontrakturen usw.

2. Anhand welcher diagnostischer Verfahren und ggf. welchen nachprüfbaren Parametern wird die o. g. Indikation festgestellt?

Die Eingangs- oder Leitdiagnose als Voraussetzung einer Indikationsprüfung stellen die behandelnden (Fach-)ÄrztInnen.

Die Indikation KF ist im Konsil von behandelnder (Fach-)ÄrztIn, verantwortlicher KonduktorIn und dem Betroffenen selbst bzw. dessen Eltern/Betreuungspersonen zu prüfen und ggf. anzuerkennen.

Eine solche diffizile Beurteilung kann sich zwangsläufig nur auf die genaue Kenntnis des Einzelfalles und die konkreten Erfahrungen der Beteiligten mit verschiedenen Behandlungsmethoden gründen.

Anm.: Eine Suche nach vermeintlich objektiven Verfahren oder nachprüfbaren Parametern der Indikationsstellung führt in die Irre und ist aus guten Gründen bei keiner der bereits anerkannten Behandlungsmethoden, oder bei (heil-) pädagogischen Maßnahmen Praxis. Für die beschriebene Zielgruppe ergibt sich die Indikation einer bestimmten Förderungsmaßnahme nicht zwangsläufig aus der Eingangsdiagnose oder aus bestimmten Parametern, sondern vielmehr aus der Einschätzung der verordnenden ÄrztInnen bzw. des besagten Konsils vor dem Hintergrund ihrer bisherigen Erfahrungen, dass diese Förderungsmethode dem Betroffenen nützlich sein kann/wird.

Bei bestehender Eingangsdiagnose ergibt sich die Indikation für KF auch nicht aus den Möglichkeiten und Grenzen der Methode selbst. Entscheidend ist die Kompatibilität des Einzelfalles mit dem verfügbaren Angebot sowie den fachlichen Möglichkeiten und Grenzen der Anbieter KF.

3. Wie hoch ist die Prävalenz / Inzidenz der o. g. Erkrankung in Deutschland?

Die Prävalenzrate von motorischen, sensorischen oder Mehrfachbehinderungen, im Extrem die Gesamtzahl aller heute lebenden Betroffenen, als potenzielle Zielgruppe KE zu definieren ist ein artifizieller Akt und für eine realistische Kosten-Nutzen-Kalkulation nicht zielführend.

Die Inzidenz von motorischen, sensorischen oder Mehrfachbehinderungen korreliert bekanntlich positiv mit der Optimierung intensivmedizinischer Versorgung; wir haben es heute zunehmend mit schweren und schwersten Mehrfachbehinderungen zu tun. Die Entwicklung des Konduktiven Förderungssystems hat dem Rechnung getragen und das Behandlungsangebot den Bedürfnissen dieser Klientel angepasst.

Ein hoher Anteil der Frühgeborenen weist mehr oder weniger ausgeprägte sensomotorische Entwicklungsbeeinträchtigungen auf.

Aktuelle Zahlen dürften die Gesundheitsämter liefern können.

Entscheidend in unserem Zusammenhang ist die Tatsache, dass durch ein Angebot KF keine neue Patientengruppe geschaffen wird. Alle Betroffenen nehmen bereits jetzt Leistungen verschiedener Kostenträger in Anspruch.

4. Wie ist der Spontanverlauf bei der o. g. Erkrankung?

Kein Mensch mit bekanntermaßen bestehender Behinderung bleibt hierzulande gänzlich unbehandelt oder ohne jegliche (Hilfsmittel-)Versorgung, die obige Frage bzw. die Beantwortung derselben hat genau genommen spekulativen Charakter. Die Beurteilung syndrombedingter einerseits und therapie- bzw. förderungsbedingter (Aus-) Wirkungen auf die Gesamtentwicklung eines Falles andererseits ist unzweifelhaft beobachterabhängig.

Ich verweise in diesem Zusammenhang auf das Urteil des Bundesverwaltungsgerichtes vom 31.5.2002, 5 C 36.01 - OVG 4 L 4857/99, dem gemäß die Beurteilung des Effektes einer bestimmten Förderungsmaßnahme denjenigen Personen überlassen bleiben sollte, die den Betroffenen am besten kennen.

Trotz dieser grundsätzlichen Einschränkung können selbstverständlich insbesondere diejenigen Fachkräfte (für ihren Einzelfall auch Betroffene selbst bzw. deren Angehörige oder ständige Betreuungspersonen>, die in ihrer beruflichen Praxis Entwicklungen von Menschen verschiedener Altersgruppen mit motorischen, sensorischen oder Mehrfachbehinderungen verschiedener Art und Ausprägung über längere Zeiträume begleitet/beobachtet haben, treffsichere Aussagen zum Spontanverlauf dieser Krankheitsbilder machen.

Die Grunderkrankung — bspw. eine cerebrale Bewegungsstörung — ist selbstverständlich kein progredienter Prozess. Diese bei wissenschaftlichen Fachvorträgen gewöhnlich eingangs getroffene Feststellung ist sachlich richtig und mutet zugleich zynisch an.

Für die Betroffenen ist entscheidend, dass sie ohne Konduktive, aber durchaus mit sogenannter konventioneller Förderung (5. Frage 5) spätestens bei Eintritt in das Schulalter z. T. mühsam erreichte Kompetenzen abbauen, bei jedem noch so geringen Wachstumsschub weitergehende Bewegungseinschränkungen erfahren und selbst Kinder, die vor Schulbeginn noch bspw. an Mehrpunkt- oder Unterarmstützen gehfähig waren nun — auch durch „Sachzwänge“ im Schulalltag - zunehmend auf den Rollstuhl angewiesen sind .

Wenn nicht zu frühestmöglichem Zeitpunkt das Einnehmen und Halten reflexhemmender Stellungen, d. h. bestimmter, symmetrischer Liege-, Sitz- oder Standpositionen mit jeweils exakt korrigierter Gelenkstellung (bspw. zur Hemmung des „klassischen“ spastischen Beugemusters in den oberen und Streckmusters in den unteren Extremitäten oder auch schwer zu steuernder asymmetrischer Reflexmuster wie des ATNR usw.) erlernt und funktionale Bewegungen internalisiert/automatisiert werden, dominieren zwangsläufig die pathologischen Muster .Abhängig von Art und Schwere der Behinderung sind innerhalb von Wochen, Monaten oder wenigen Jahren Inaktivitätsatrophien und zunächst funktionale, dann strukturelle Muskelverkürzungen die unausweichliche Folge. Dies wiederum führt zu relativen Verkürzungen der Bänder und Deformationen von Gelenkkapseln. Spätestens mit Beginn der Verknöcherung der Epiphysenfugen fixieren sich die pathologischen Stellungen auch knöchern. Wirbelsäulendeformationen wie schwere Skoliosen oder Kyphosen/Lordosen wirken zwangsläufig auf die inneren Organe und führen ebenso wie ausgeprägte Hüftluxationen zu (Dauer-)Schmerzen. Auswirkungen auf Atmung und Kreislauf sind unausweichlich.

Logischerweise lässt sich dieser Prozess nur aufhalten, wenn physiologische/funktionale Bewegungs- und Verhaltensmuster bzw. Positionen gegenüber den pathologischen quantitativ überwiegen. Sofern dies durch mehrheitlich oder gar ausschließlich passive Korrektur oder mental passives Üben zu erreichen versucht wird, erweist sich diese Annahme allerdings als folgenschwerer Trugschluss. Jede Bewegungsintention, Erschrecken, Angst, überschwängliche Freuden oder durch Akutkrankheiten beeinträchtigte Selbststeuerung löst pathologische Bewegungsmuster aus bzw. verstärkt diese. Auch in einer durch angepasste Hilfsmittel augenscheinlich korrigierten Position werden dabei ständig diejenigen Muskelgruppen trainiert, die syndrombedingte Fehlhaltungen verstärken.

Unterbrochen werden kann dieser Prozess nur durch aktives „Training“, d. h. altersentsprechend gestaltetes, motivational gesteuertes Erlernen funktionaler Bewegungs- und Verhaltensmuster.

Der Spontanverlauf von motorischen, sensorischen oder Mehrfachbehinderungen ist demnach zu verstehen als — vereinfacht ausgedrückt — Entwicklungsprozess der Persönlichkeit unter der Dominanz sich mit zunehmendem Alter verstärkender pathologischer/unfunktionaler Bewegungs- und Verhaltensmuster mit weitreichenden Konsequenzen für den Betroffenen, d. h. Rückschritten in motorischer, kognitiv-sprachlicher und sozial-emotionaler Hinsicht bis zur Selbstaufgabe/Teilnahmslosigkeit und für dessen soziales Umfeld, d. h. auch zunehmender Erschwernis der Pflege und Versorgung.

5. Welche Methoden stehen zur Behandlung der o. g. Erkrankung grundsätzlich zur Verfügung?

Bei Bestehen von psycho-/sensomotorischen Entwicklungsauffälligkeiten ist es Praxis, ärztlicherseits Physiotherapie nach Vojta oder Bobath als auf neurophysiologischer Basis wirksam anerkannte Verfahren zu verordnen, ggf. auch chiropraktische oder andere manuelletherapeutische Maßnahmen (bspw. Atlas Therapie nach Arlen). Daneben wird eine (heil-)pädagogische Frühförderung oder sonderpädagogische Maßnahmen (im Rahmen der Eingliederungshilfe) und zusätzlich logopädische und/oder orofasziale Regulationstherapie sowie ergotherapeutische Förderung veranlasst. In der Regel sind mindestens 1x jährlich Aufenthalte in Kinder-/Rehazentren vorgesehen, in denen die verschiedenen therapeutischen Ansätze erprobt, Hilfsmittel angepasst und Empfehlungen für die weitere Behandlung ausgearbeitet werden.

Nicht genannt wurden hier die zahlreichen, in Teilbereichen durchaus wirksamen Verfahren/Techniken, die – noch - nicht zum üblichen Repertoire der Versorgung gehören, wie z. B. Motopädie, Schwimmtherapie, Reittherapie, synergetische Reflextherapie nach Pfaffenrot, Musiktherapie oder auch psychotherapeutische Hilfe zur Bewältigung der gegebenen familiären Situation und Belastungen u. v. a. m.

Leider ist mir nicht bekannt, ob die Krankenkassen Daten über die Inanspruchnahme verschiedener Behandlungsmethoden/-techniken durch die betroffene Personengruppe unter Bezug auf Art und Schwere der Behinderung erheben bzw. solche Daten einer zentralen Erfassung/Auswertung zugänglich gemacht werden.

Da es m. W. bislang keine aussagekräftigen Hochrechnungen zu den Gesamtkosten, die ein behinderter Mensch durch seine physio-, ergotherapeutische, logopädische und sonder-/heilpädagogische Förderung oder Integrationsmaßnahmen, durch Kosten für Sonderschule, spezielle fachärztliche Maßnahmen, operative Eingriffe, Rehabilitation, Hilfsmittel, Pflege, Heimunterbringung etc. und auch für unter fachgerechter Förderung zumindest weitgehend vermeidbare Begleiterscheinungen wie erhöhte Infektanfälligkeit insbesondere für Erkrankungen der Atemwege und des Verdauungsapparates den verschiedenen Kostenträger verursacht und diese Kalkulation nicht ins Verhältnis gesetzt wird zur Art und Schwere der Behinderung und zu Art und Umfang der Förderung, kann für keine heute anerkannte Maßnahme deren „Wert“ ermessen werden.

Nach meiner Erfahrung sind die Eltern/Angehörigen von Menschen mit motorischen, sensorischen oder Mehrfachbehinderungen in der Regel sehr bemüht, keine noch so kleine, manchmal sogar auf den ersten Blick exotisch anmutende Chance, ihren Kindern zu einer optimalen Entwicklung zu verhelfen, ungenutzt zu lassen.

Häufig spüren diese Eltern dann durchaus wirksame Methoden auf; ohne ihr Engagement hätte die KF in Deutschland ab etwa 1992/93 sicher nicht innerhalb weniger Jahre eine dermaßen große Bekanntheit erlangt.

Der Wunsch oder Glaube an die Macht der „Professionellen“ führt häufig zu einer eher inflationären Inanspruchnahme von Leistungen (s. auch Frage 19) — mit vorprogrammierter Enttäuschung, denn bspw. eine CP ist nicht entsprechend der elterlichen Wünsche innerhalb kürzester Zeit „wegtherapierbar“.

Die grundsätzlich verfügbaren, medizinisch-therapeutischen und (heil-)pädagogischen Methoden haben eine Gemeinsamkeit:

Sie reduzieren zwangsläufig Üben/Lernen/Entwicklung auf den ihrer Profession zugeordneten Teilbereich der Gesamtpersönlichkeit.

Pädagogische Fachkräfte sind sich mehrheitlich der Bedeutung motorischer Beeinträchtigungen für die Gesamtentwicklung ihrer Klientel nicht bewusst.

PhysiotherapeutInnen sehen ihre vorrangige Aufgabe nicht darin, ihre Klientel zum Erlernen funktionaler Bewegungsmuster zu motivieren, sondern vielmehr, funktionale Bewegungen manuell hervorzurufen und bestenfalls isoliert einzuüben. Folgerichtig wird den Eltern i. d. R. mitgeteilt, welche Bewegungen sie mit ihren Kindern zu üben haben und nicht, wie sie ihnen helfen können,

diese eingebunden in jeweilige alltägliche Aktivitäten lernen zu wollen.

Wir haben es insgesamt mit einem breiten Angebot additiver, nicht evaluierter Verfahren mit mehr oder weniger guter Koordination der verschiedenen therapeutisch-pädagogischen Maßnahmen im Einzelfall zu tun.

6. Welche prioritären Ziele gelten für die Behandlung der o. g. Erkrankung / Indikation?

Das Konduktive Förderungssystem schafft optimale Bedingungen für einen komplexen Lernprozess mit dem Ziel der Entwicklung einer von äußeren Hilfen oder Hilfsmitteln möglichst unabhängigen, motorisch / mental / sozial aktiven, emotional erlebnisfähigen und zufriedenen und zu möglichst weitgehender Selbststeuerung fähigen Persönlichkeit unter

Berücksichtigung der individuellen und familiären Ressourcen des Kindes, Jugendlichen oder Erwachsenen.

Prioritäres Ziel ist immer die größtmögliche Mobilität des Betroffenen. Dabei wird im Unterschied zu den als auf neurophysiologischer Basis wirksam anerkannten physiotherapeutischen Verfahren nicht angestrebt, die normale motorische Entwicklung im Förderungsprozess möglichst identisch nachzuvollziehen.

Den Potenzialen des Einzelnen angepasst wird vielmehr auf unterschiedlichen Wegen frühestmöglich die therapeutisch exakt korrigierte Vertikalisierung mit angemessenen Hilfen und Hilfsmitteln realisiert.

Der Zusammenhang zwischen Vertikalisierung und Verfügbarkeit kognitiver Ressourcen ist seit langem bekannt, von keiner anderen Methode jedoch vergleichsweise konsequent auch bei Vorliegen schwerer Behinderungen genutzt (hier wird die Aufrichtung nicht über 4-Füßler, Kniestand und Hocke etc. also „von unten nach oben“ erarbeitet, sondern aus der gestreckten, symmetrischen Bauch- oder Rückenlage auf der Pritsche „von oben nach unten“).

Prioritäres Ziel ist gleichermaßen der Gebrauch der Hände zum Tasten, Fixieren und Manipulieren. Nur in der KF werden die Hände kontinuierlich bewusst als Fixierungsinstrument eingesetzt und damit auch die tonusregulierende Wirkung des korrigierten Greifens/Haltens zur Stabilisierung in Körperaufrichtung genutzt und das Erlernen von korrigierten Bewegungsmustern erleichtert bzw. verstärkt.

Ein ständiger Einsatz der Hände zum Tasten und Manipulieren fördert nicht nur die fein- und graphomotorischen Fähigkeiten, sondern unterstützt und verstärkt kognitiv/sprachliches Lernen insgesamt.

Weitere prioritäre Ziele sind das Erreichen größtmöglicher Selbständigkeit bei allen Verrichtungen des täglichen Lebens (An-/Ausziehen, Essen/Trinken, Körperpflege, Kontinenz), optimaler Kommunikationsfähigkeit und

ein hohes Aktivitätsniveau in allen Persönlichkeitsbereichen.

Bei spätem Förderungsbeginn im Schulalter oder auch bei Betroffenen mit schwerer oder schwerster Mehrfachbehinderung steht das Erreichen und Erhalten optimaler Bewegungsfähigkeit und die Vermeidung von Folgeschäden der zugrundeliegenden Erkrankung und optimale Kommunikationsfähigkeit (ggf. unter Einsatz verschiedenster, möglichst selbstständig nutzbarer, technischer Hilfen) im Vordergrund.

7. Welche dieser Ziele sind (ggf. teilweise) in welchem Stadium der Erkrankung und in welchem Lebensalter mit der o. g. Methode zu erreichen?

Alle Förderungsmethoden/-verfahren für unsere Klientel können unter Berücksichtigung von Art und Schwere der vorliegenden Behinderung sowie der persönlichen und familiären Ressourcen immer nur für den Einzelfall konkretisierte Ziele anstreben.

Unter Berücksichtigung der Gesetzmäßigkeiten menschlicher Erfahrungsbildung muss KF zu frühestmöglichem Zeitpunkt begonnen werden, um optimale Wirkung zu entfalten.

In jedem Lebensalter und unabhängig von der Schwere des Krankheitsbildes sind erfahrungsgemäß nachweisbare Effekte hinsichtlich der Erreichung und Erhaltung optimaler Bewegungsfähigkeit sowie der Kommunikationsfähigkeit und Aktivität zu erreichen.

Um hier einen Eindruck der Möglichkeiten KF zu vermitteln, fasse ich im folgenden die Ergebnisse einer Längsschnittauswertung von Patientendaten am Institut Keil, Wien, zusammen. Die Erfahrungen werden von hiesigen Fachkräften bestätigt.

Kinder mit mittelschwerer CP können demnach bei möglichst frühem Behandlungsbeginn und kunstgerechter Durchführung KF (5. Frage 10) folgende Ziele zu erreichen:

bis 3 Jahre:

frei Sitzen

Stehen mit Festhalten oder Abstützen Gehen mit Hilfsmitteln und persönlicher Unterstützung

Ansätze zur selbständigen Versorgung beim Essen und Trinken, größtenteils selbständiges Aus-/teilweise Anziehen, noch unsichere Erfolge im Kontinenztraining, vereinfachte Alltagssprache

bis 6 Jahre:

Stehen

Fallen nach vorn und nach hinten zu 80% sicher

Gehen kurze Strecken frei oder selbständig mit Hilfsmitteln

Selbstversorgung im Alltag, Kontinenz zu 80 %

Alltagssprache

bis 12 Jahre:

sicheres selbständiges Gehen mit Hilfsmitteln oder freies Gehen, sicheres Fallen

Selbstversorgung im Alltag

Sprache und Kommunikation annähernd altersadäquat

ab 12 - 19 Jahre:

Wenn das motorische Training gegenüber schulischen oder beruflichen Anforderungen in den Hintergrund tritt, muss vor allem durch unkontrolliertes längeres Sitzen entstehenden WS-Schäden, Hüftasymmetrien, und den Folgen anderer typischer Dauerfehlstellungen entgegengewirkt werden.

8. Wie ist die Wirksamkeit einer Behandlung mit der o. g. Methode im Vergleich zu anderen (etablierten) Behandlungs-Methoden und/oder im Vergleich zum Spontanverlauf?

KF unterscheidet sich aufgrund der speziellen Methodik und Didaktik in ihrer Durchführung wesentlich von anderen Behandlungsmethoden.

Innerhalb einer hinsichtlich der individuellen und Gruppenziele unter Berücksichtigung von (Entwicklungs-)Alter sowie Art und Schwere der Behinderungen kooperationsfähigen Gruppe erlernen die Betroffenen funktionale Bewegungs- und Verhaltensmuster unter zeitlich, räumlich und personell möglichst kontinuierlichen Bedingungen in jeweils schwerpunktmäßig grobmotorischen, feinmotorischen bzw. kognitiv-sprachlichen und in solchen Programmen, die

schwerpunktmäßig der Aneignung lebenspraktischer Kompetenzen dienen.

Die jeweiligen Programminhalte und Themen werden auf der Grundlage medizinischtherapeutischer und pädagogischer Kenntnisse exakt geplant und der Entwicklung des einzelnen/der Gruppe jeweils angepasst.

Die Voraussetzungen für optimales Lernens werden durchgängig während aller Programme und Aktivitäten aufrechterhalten:

- Erkennen und Annehmen der jeweiligen Behandlungsziele durch die Betroffenen
- positive Motivation
- kontinuierliche sensomotorische Aktivität und kognitive Präsenz, d. h. Bewusstheit der eigenen Handlungen
- Erreichen der Ziele

KF inkludiert die für unsere Zielgruppe wesentlichen Erkenntnisse der verschiedenen medizinisch-therapeutischen und pädagogischen Disziplinen auf zweierlei Wegen: Zum einen in der Person der KonduktorIn, zum anderen durch die interdisziplinäre Zusammensetzung Konduktiver Teams unter Leitung der KonduktorIn, wie sie ursprünglich am Institut Keil in Wien entwickelt wurde und in den letzten Jahren auch hierzulande zunehmend realisiert wird. In kleineren Einrichtungen oder privaten Praxen haben sich Modelle der laufenden Kooperation mit externen Fachkräften bewährt (s. auch Frage 17).

KF als komplexes Behandlungssystem mit konduktiver Zielsetzung. d. h. gleichzeitiger/ vernetzter Berücksichtigung bewegungstherapeutischer, kognitiv-sprachlicher und emotional-sozialer Ziele sowie der Verbesserung lebenspraktischer Kompetenzen potenziert die Effekte additiv angewandter Einzelverfahren und erzielt signifikant höhere Wirksamkeit.

So können auch bei Vorliegen schwerer und schwerster Mehrfachbehinderungen individuelle Ressourcen optimal genutzt und in allen mir bekannten oder dokumentierten Fällen deutliche Verbesserungen des Gesamtstatus nicht nur gegenüber dem zu erwartenden Spontanverlauf, sondern auch gegenüber konventioneller Förderung erzielt werden.

9. Ist angesichts der von Ihnen ggf. unter Frage 5 aufgeführten Behandlungsalternativen die Behandlung mit der o. g. Methode erforderlich und wenn ja, warum?

Ja. Ergänzend zu meinen Ausführungen unter Frage 8 sei hier noch hervorgehoben:

- KF hat langfristig stabile Effekte bezogen auf die erlernten Kompetenzen und auf die Gesamtentwicklung der Persönlichkeit, d. h. auch auf den Ehrgeiz der Betroffenen, ihr Leben möglichst selbständig zu bewältigen.

Kinder/Jugendliche, die KF erfahren haben, können ihre Fähigkeiten und Möglichkeiten i. d. R. weitgehend realistisch einschätzen, selbst wenn sie dies sprachlich nicht adäquat auszudrücken vermögen.

Eine sogenannte „typische Behindertensozialisation“ führt demgegenüber eher dazu, dass die Betroffenen nicht lernen, genau zu unterscheiden, welche Aufgaben im alltäglichen Leben sie allein, mit etwas Hilfe oder gar nicht bewältigen. Unterstützung anderer auch dort anzunehmen, wo dies nicht zwangsläufig nötig wäre, ist für sie ~normal“ und es bereitet ihnen eher Sorge, ihr „soziales Kapital“ — in diesem Fall ihre Abhängigkeit von anderen Menschen - aufzugeben.

Dadurch, dass konduktiv geförderte Menschen sich weniger über ihre Behinderung definieren, ist die Kontaktaufnahme mit Nicht-Behinderten für beide Seiten erheblich erleichtert und damit ein wichtiger Beitrag zur gesellschaftlichen Eingliederung der Betroffenen geleistet.

10. Welche einzelnen Maßnahmen kommen zum Einsatz und wie lange dauern die einzelnen Therapieeinheiten?

Oben wurde bereits beschrieben, dass in den verschiedenen Programmen zwar unterschiedliche Schwerpunkte gesetzt, originär medizinisch-therapeutische oder pädagogische Maßnahmen jedoch nicht isoliert neben oder hintereinander durchgeführt werden.

Zum besseren Verständnis seien im Folgenden in aller Kürze und Prägnanz die Grundsätze und therapeutischen Mittel KF referiert:

- Emotionale Grundsicherheit und Vertrauen haben Priorität bei der Gestaltung der Lernsituation; jegliche Aktion erfolgt mit dem Einverständnis der KlientIn.
- Die Qualität des Beziehungsangebotes durch die KonduktorIn, die Interaktion und die konkrete Aufgabenstellung im Konduktiven Programm berücksichtigt (entwicklungs-) altersentsprechende Bedürfnisse, Kompetenzen und Ziele der KlientInnen.
- Am Anfang aller Prozesse der Erfahrungsbildung, d. h. allen Lernens, steht die Aktivität, genauer: die Tätigkeit
- Bewegungslernen ist untrennbar verbunden mit der Gesamtentwicklung der Persönlichkeit.
- Mobilität ist eine Grundvoraussetzung für psychische und physische Gesundheit und damit für Lebensqualität.
- Neben der motorischen, sensorischen und kognitiven (=erfahrungsbildenden) Qualität, hat Aktivität immer auch eine motivationale bzw. intentionale, d. h. eine psychische Dimension.
- Modalität und Quantität sensorischer Reize regulieren Aktivierbarkeit! Aktivitätsniveau und emotionales Befinden.
- Motivation ist Initiator von Aktivität, kanalisiert die Wahrnehmung im Sinne zielgerichteter Aufmerksamkeit und wirkt lernverstärkend.
- Neben der Befriedigung vitaler Bedürfnisse und der Unlustvermeidung sind Neugier und Explorationsverhalten sowie die Erwartung lust-/freudvoller, erfolgreicher Tätigkeit elementare Antriebskräfte.
- Selbsterfahrung als Ursprung und strukturbildende Größe der Ich- bzw. der Persönlichkeitsentwicklung ist untrennbar verbunden mit der Bedeutungs- und Sinngebung eigener Aktivität und erfolgt immer auch im sozialen Kontext der Gruppe, in der Interaktion.
- Noch vor und immer auch neben der unmittelbar kommunikativen Bedeutung von Sprache als Ausdrucks- und Mitteilungsinstrument hat Sprache strukturbildende, orientierungsstiftende Funktion und schafft Bewusstsein/ Bewusstheit.
- Intonation, Melodie und Rhythmus von Sprache sind wesentliche (Selbst-> Steuerungsgrößen für Vigilanz, zielgerichtete sensorische Wahrnehmung und Aufmerksamkeit, Muskeltonus und Bewegungskoordination.
- Mit einer konsequent kompetenzorientierten Haltung können Entwicklungsressourcen optimal genutzt werden.

Optimalerweise wird KF in folgenden Therapieeinheiten bzw. Angebotsformen durchgeführt, angegeben sind Richtwerte:

1. KONDUKTIVE FRÜHFÖRDERUNG BEI SÄUGLINGEN (0- etwa 18 Monate)

1x wöchentl. Ø 90 Min. incl. Anleitung der Eltern (zusätzlich ca. 1 Std. täglich Heimprogramm)

2. KONDUKTIVE ELTERN-SCHULGRUPPEN (1 — 3 Jahre)

3x wöchentl. 2 ½ Std. incl. Anleitung der Eltern (zusätzlich ca. 1 Std. täglich Heimprogramm)

3. KONDUKTIVE KINDERGARTENGRUPPEN (3 — 6 Jahre)

tägl. 6 Std. + Anleitung der Eltern (zusätzlich ca. ½ Std. täglich Heimprogramm)

<p>4. KONDUKTIVE SCHULGRUPPEN (schulpflichtiges Alter) tägl. Ø 7 Std. + Anleitung der Eltern (zusätzlich ca. ½ Std. täglich Heimprogramm)</p> <p>5. KF FÜR JUGENDLICHE UND ERWACHSENE vorzugsweise Gruppenförderung, Frequenz abhängig von Art und Schwere der Behinderung und Zieldefinition (s. Einzelförderung)</p> <p>6. KONDUKTIVE EINZELFÖRDERUNG unabhängig von Alter und Behinderungsform als vorbereitende oder andere Angebotsformen begleitende Maßnahme (auch vor und nach orthopädischen Operationen); Frequenz ergibt sich aus der Zieldefinition</p> <p>Weitere fachgerechte Angebotsformen zur flächendeckenden Versorgung sind:</p> <p>7. KF IN NACHMITTAGSGRUPPEN (Kindergarten oder Schulalter) 3x wöchentl. 3-4 Std. + Anleitung der Eltern (zusätzlich ca. 1 Std. täglich Heimprogramm) und dichter Kooperation mit Kindergarten/Schule bzw. andern Betreuungskräften + intensivtherapeutische Blockförderung</p> <p>8. KF IN INTENSIVTHERAPEUTISCHEN BLÖCKEN</p> <p>a. 3-4x jährlich 3-4 Wochen als „Gast“ in kontinuierlich bestehenden Jahresgruppen größerer Einrichtungen (mangels jeglicher Angebote am Wohnort); zusätzlich Ausarbeitung eines differenzierten Heimprogramms 1-2 Std. täglich entsprechend der individuellen und familiären Möglichkeiten</p> <p>b. 1-3x jährlich 3-4 Wochen als Komplexleistung in Ergänzung KE in Nachmittagsgruppen</p> <p>Um der Tatsache Rechnung zu tragen, dass in Deutschland -noch- kein flächendeckendes Angebot KF besteht, dies aber nicht zu Lasten der Betroffenen gehen darf, hat der BUNDESVERBAND IN DEUTSCHLAND TÄTIGER KONDUKTORINNEN allen Projekten flexible Unterstützung zugesagt, die ein qualitätsgerechtes KF-Angebot aufbauen bzw. in anderen, oben nicht genannten Formen realisieren.</p>
<p>11. Gibt es Unterschiede im Anteil pädagogischer Intervention in Abhängigkeit vom Entwicklungs- / Lebensalter bzw. vom Ausmaß der motorischen / geistigen Behinderung der betroffenen Kinder und wie hoch ist der jeweilige Anteil?</p>

Es ist Konsens in den verschiedenen Fachgremien und übliche Praxis, dass Konduktive Frühförderung mit Säuglingen und Kleinstkindern KonduktorInnen mit (physio-)therapeutischer Grundausbildung bzw. solchen, die bereits mindestens 2 Jahre unter konduktiver Fachsupervision mit dieser Altersgruppe gearbeitet haben, vorbehalten bleibt.

Wo dies aus regionalen Gründen -noch- nicht möglich ist, könnte Konduktive Frühförderung als Gemeinschaftsleistung einer KonduktorIn und einer in der Arbeit mit Säuglingen hinreichend erfahrenen PhysiotherapeutIn erbracht werden.

Selbstverständlich wird bspw. in einer Konduktiven Nachmittagsgruppe mit Schülern, die schwere bzw. schwerste Behinderungen aufweisen, in der Programmgestaltung größeres Gewicht auf grobmotorische Förderung gelegt (etwa 75-80 %).

Umgekehrt ergibt sich bspw. bei einer Nachmittagsgruppe von Vorschulkindern mit eher leichter bis mittelschwerer Behinderung mit dem Ziel frühestmöglicher Integration in die Regelschule ein erhöhter Bedarf an sprachlich-kognitiver und graphomotorischer Förderung.

Grundsätzlich gilt: je jünger ein cp-Kind ist, je niedriger sein Entwicklungsalter und je schwerer die sensomotorische Störung und je geringer die Zeiten KF/Tag, umso höher der Anteil motorischer Schwerpunktprogramme bzw. der medizinisch-therapeutische Anteil der Förderung. Dieser quantitativen Gewichtung muss in der Zusammenstellung kompetenter Konduktiver Teams für die jeweilige Gruppe/Angebotsform und auch durch entsprechende Fachsupervision selbstverständlich Rechnung getragen werden (s. Frage 17).

Trotz der beschriebenen unterschiedlichen Gewichtung ist die erbrachte Gesamtleistung immer eine konduktive, d. h. die Gleichzeitigkeit der Förderung motorischer, kognitiv-sprachlicher, sozial-emotionaler Persönlichkeitsdimensionen bleibt erhalten.

12. Wie lange sollte die Behandlung insgesamt durchgeführt werden und welche Kriterien sind hierfür maßgebend?

Wie auch bei allen anderen bislang anerkannten Verfahren lassen sich hier keine allgemeingültigen Kriterien bzw. Grenzen festlegen; die fachliche Entscheidung obliegt den verordnenden oder begleitenden (Fach-)ÄrztInnen und den verantwortlichen KonduktorInnen. Als Hauptkriterium für die Fortsetzung einer KF-Maßnahme gilt, ~ weitere Behandlungsfortschritte hinsichtlich der angestrebten Eingliederung in Regeleinrichtungen/in das Berufsleben erzielt werden können oder dass bei einer

Klientel mit schweren oder schwersten Mehrfachbehinderungen ein Erreichen/Erhalten größtmöglicher Bewegungsfähigkeit etc. mit den Mitteln KF aussichtsreich erscheint.

In großen Konduktiven Einrichtungen (Budapest, Wien, London etc.) mit 3 und mehr Jahrzehnten praktischer Erfahrung, liegen sicher Richtwerte vor, die mir aber weder zur Zeit verfügbar sind, noch 1:1 auf unsere Verhältnisse übertragen werden können.

13. Mit welcher Diagnostik (z. B. Untersuchungstechniken. Apparaten. Gesundheitsskalen) werden die therapeutischen Ergebnisse (Zielgrößen) gemessen?

Laufende und präzise quantifizierte Dokumentation der Behandlungsfortschritte ist ein Qualitätskriterium KF.

In den (fach-)ärztlichen Verlaufskontrollen werden die auch für andere — bereits anerkannte — Verfahren üblichen Methoden der Statuserhebung angewendet.

Ich verweise in diesem Zusammenhang nochmals auf das bereits eingangs erwähnte Urteil des BVerwG vom 31.5.2002, dem gemäß denjenigen Personen, die den Betroffenen und dessen Entwicklung am besten kennen, auch die Beurteilung der Behandlungsfortschritte zukommt.

14. Ist die Behandlung mit der o. g. Methode alternativ oder additiv anzuwenden?

<p>Die oben als „optimal“ aufgeführten Angebotsformen gewährleisten zweifellos eine bedarfsgerechte medizinisch-therapeutische und pädagogische Versorgung unserer Klientel. Bei allen anderen Angebotsformen ergibt sich ein Ermessensspielraum für die verordnenden (Fach-)ÄrztInnen bzw. das die Indikation KF und ggf. notwendige ergänzende Maßnahmen beratende Konsil.</p> <p>Beispiel: Ein Schüler mit Mehrfachbehinderung, der am Wohnort keinerlei KF erhalten und aus familiären o. a. Gründen nur 2 intensivtherapeutische Blockaufenthalte pro Jahr bspw. am Institut Keil, Wien, wahrnehmen kann, sollte zwischenzeitlich physiotherapeutisch betreut werden. Eine dichte Kooperation mit den vor Ort behandelnden Therapeutinnen und dem Konduktiven Team sollte in jedem Fall gewährleistet sein.</p>
<p>15. Kommt diese Methode nur als Einzeltherapie oder auch als Gruppentherapie zur Anwendung, worin bestehen entsprechende Zuordnungskriterien? Für den Fall, dass eine Gruppenbehandlung sinnvoll bzw. möglich ist, geben Sie bitte an, wie groß die Gruppen sein sollten, in denen eine bestmögliche Behandlung aus medizinischer Sicht realisiert werden kann.</p>
<p>Meine Ausführungen unter Frage 10 unterstreichend bzw. ergänzend sei hier betont:</p> <p>KF wird vom Kindergarten- bis zum Erwachsenenalter als Gruppenförderung durchgeführt; die Indikation von konduktiven Einzelförderungsmaßnahmen ist eng begrenzt (s. o.).</p> <p>Die Gruppengröße richtet sich nach den jeweiligen Krankheitsbildern und sollte nicht weniger als 4 und nicht mehr als 10 Mitglieder betragen.</p>
<p>16. Welche Risiken sind mit der Behandlung mittels der o. g. Methode verbunden?</p>
<p>Bei qualitätsgerechtem Angebot KF, d. h. genauer (fach-)ärztlicher Diagnosestellung, detaillierter Beratung über Indikation und Durchführung der Förderung im Konsil von (Fach-)ÄrztIn, KonduktorIn und - soweit sinnvoll - dem Betroffenen selbst bzw. dessen Angehörigen und bei regelmäßigen (fach-)ärztlichen Verlaufskontrollen mit Erörterung des orthopädischen Status, ggf. notwendiger Hilfsmittel oder operativer Eingriffe, besteht kein bzw. kein größeres Risiko als bei den bereits anerkannten Verfahren.</p>
<p>17. Gibt es verschiedene Varianten / definierbare Einzelbestandteile der o. g. Methode, wie werden sie bezeichnet, worin bestehen die Unterschiede und welche sind als optimal anzusehen? (siehe hierzu auch Frage 19 und 26)</p>
<p>Unterschiede in der Ausbildung von KonduktorInnen waren Inhalt des bereits erwähnten EU-PROJEKTES COMENIUS ein Modell europäischer KonduktorInnenausbildung, die den landesspezifischen Anforderungen Rechnung trägt und gleichzeitig die für eine verantwortliche Tätigkeit unverzichtbaren medizinisch-therapeutischen Kenntnisse vermittelt, wurde entwickelt.</p> <p>Unterschiede zwischen den Ausbildungsinstituten in Budapest (Diplom-KonduktorInnen, im Folgenden: Dipl. Kond.), Wien (Akademische Mehrfachtherapie KonduktorInnen, Akad. MTK), Birmingham (Conductor) und München (Pädagogisch-Therapeutische-KonduktorIn, PTK), bestehen auch in der dort üblichen Teamzusammensetzung.</p> <p>Im BUNDESVERBAND IN DEUTSCHLAND TÄTIGER KONDUKTORINNEN sind sowohl die ungarische „Variante“ (Konduktive Förderung nach Petö), als auch die österreichische (Konduktiv mehrfachtherapeutische Förderung nach Petö/Keil) personell vertreten und demnächst auch die englische (Conductive Education). Eine dichte Kooperation mit dem EUROPÄISCHEN ARBEITSKREIS KONDUKTIV TÄTIGER THERAPEUTINNEN zu Fragen der Durchführung KF hat sich etabliert.</p> <p>Der Verband hat es sich zur Aufgabe gemacht, zielorientiert die Qualität eines möglichst breiten Angebotes KF in Deutschland unter Berücksichtigung der regionalen Bedingungen zu sichern. Als entscheidend für die fachgerechte Durchführung KF wird eine den Bedürfnissen der jeweiligen Klientel unter Berücksichtigung der Angebotsform angemessene Teamkompetenz</p>

erachtet (s. auch Frage 11).

Diese kann durch die Grundausbildung der KonduktorInnen im Team präsent sein oder durch laufende Kooperation mit externen Fachkräften gewährleistet werden

M.a.W.: Wenn in der jeweilige Gruppe /Angebotsform der Schwerpunkt auf motorischen bzw. medizinisch-therapeutisch fundierten Programmen liegen muss, wird eine Fachkraft mit entsprechender Grundausbildung! professioneller Erfahrung die Programme dieser Gruppe erstellen und leiten.

Die erforderliche Teamkompetenz wird gezielt unterstützt und gesichert durch laufende Konduktive Fachsupervision (durchgeführt als Fall- und/oder Programmsupervision).

Konduktive Teams setzen sich bei einer Gruppengröße von 6 TeilnehmerInnen aus

2 Konduktiven Fachkräften und einer bedarfsgerechten Anzahl weiterer Hilfskräfte zusammen. In Konduktiven Schulgruppen sind selbstverständlich der jeweiligen Schulform entsprechend qualifizierte Lehrkräfte eingesetzt.

Es hat sich als unumgänglich erwiesen, dass auch die Hilfskräfte konduktiv geschult sind (bspw. durch ihre Teilnahme an den jeweiligen Ausbildungsgängen oder am Basislehrgang des Instituts Keil oder durch andere Modelle innerbetrieblicher Fortbildung)

Der BUNDESVERBAND IN DEUTSCHLAND TÄTIGER KONDUKTORINNEN kann — in Abstimmung mit den Richtlinien für eine qualitätsgerechte Durchführung KF des EUROPÄISCHEN ARBEITSKREISES KONDUKTIV TÄTIGER THERAPEUTINNEN — auch die Arbeit eines vom genannten Modell abweichenden Teams als fachgerechtes Angebot anerkennen/zertifizieren.

So ist es bspw. durchaus qualitätsgerecht, wenn kleinere Gruppen mit 4-6 TeilnehmerInnen von einer erfahrenen konduktiven Fachkraft geleitet werden.

Umgekehrt müssen die Teams größerer Gruppen (8-10 TeilnehmerInnen) um weitere konduktive, therapeutische oder pädagogische Fachkräfte ergänzt werden.

Der Verband versteht sich ausdrücklich als Ansprechpartner für Leistungsnehmer bzw. verordnende ÄrztInnen in diesen Fragen.

18. Welches Therapieschema / definierbare Einzelbestandteile muss / müssen in welchem Stadium der o. g. Erkrankung eingehalten werden und wie ist dieses belegt?

Durchgängiges Therapieschema aller nicht-konduktiven Behandlungsmethoden ist der Versuch, die sogenannte „normale sensomotorische Entwicklung“ im Förderungsprozess nachzuholen bzw. zu kopieren.

Der erste Jahrgang in PTK-Ausbildung hat im Sommer 2002 abgeschlossen; die AbsolventInnen sind demnach erst kurze Zeit als solche praktisch tätig; ihr Interesse an berufsständischem Engagement wird hoffentlich alsbald geweckt.

KMT-PRAXIS NIEBÜLL REBECCA ALBERS

In der KF ist die optimale Annäherung an ein altersentsprechendes Bewegungsrepertoire bzw. entsprechende Verhaltens- und Kommunikationsmöglichkeiten das Ziel. Der Weg dorthin hängt wesentlich vom Aktivitätspotenzial des einzelnen Kindes in den verschiedenen Entwicklungsbereichen ab.

Besondere Stärken und Neigungen, Ungleichzeitigkeiten in der Entwicklung werden genau beobachtet und therapeutisch genutzt.

Ein Kind kann bspw. das Sitzen auf ebener Unterlage aktiv aus der Rückenlage erreichen, ein anderes aus der Kriechstellung, ein weiteres aus dem Stand mit Festhalten.

19. Welche Qualifikationen sind vom verordnenden Arzt und vom behandelnden Therapeuten zu fordern?

Aufgaben/Qualifikation des verordnenden (Fach-) Arztes:

- wünschenswert, aber nicht zwingend: möglichst mehrjährige Erfahrungen mit der Entwicklung von Menschen mit motorischen, sensorischen oder Mehrfachbehinderungen
- genaue Diagnose der vorliegenden Behinderung (Leitdiagnose, Hauptsymptome) mit möglichst exakter, quantifizierter Angabe ggf. bestehender Bewegungseinschränkungen und Asymmetrien sowie Hüftstatus; sowie ggf. bestehender Begleiterkrankungen, Sinnesbeeinträchtigungen, neurologischer Auffälligkeiten und ggf. Dauermedikation usw.
- Kenntnis bisheriger medizinisch-therapeutischer oder (heil-) pädagogischer Maßnahmen, vorhandener/notwendiger Hilfsmittel sowie der familiären Situation bzw. der individuellen und familiären Ressourcen
- Kenntnis der kognitiv-sprachlichen, psycho-sozialen oder emotionalen Kompetenzen oder Auffälligkeiten (ggf. Veranlassung klinisch psychologischer Diagnostik)
- Kenntnis der verschiedenen Behandlungs- und Förderungsmöglichkeiten für Menschen mit motorischen, sensorischen oder Mehrfachbehinderungen sowie der Grundsätze, Funktionsweise und Durchführung KF
- persönlicher Kontakt und Kooperationsbereitschaft mit dem Konduktiven Team bzw. der verantwortlichen KonduktorIn
- sinnvoll, aber nicht zwingend: persönliche Durchführung von Verlaufskontrollen, Kooperation mit anderen beteiligten Fachärzten, Verordnung notwendiger Hilfsmittel etc.
- oder: Kooperation/Austausch mit der KonsiliarärztIn oder ggf. leitenden ÄrztIn der Konduktiven Einrichtung

Anm.: Eine genaue Diagnosestellung und auch die weiteren aufgeführten ~Aufgaben und Qualifikationen sind im Grunde selbstverständlich und ohnehin Regel der ärztlichen Kunst; jeder behandelnde Arzt, der z. Zt. Physiotherapie o. a. verordnet, kann dies ohne besonderen zusätzlichen Aufwand — abgesehen von der unumgänglichen Beschäftigung mit der Konduktiven Behandlungsmethode - erfüllen bzw. ggf. durch beteiligte Fachärzte / klinische Psychologen erfüllen lassen.

Aufgaben/Qualifikation der verantwortlichen KonduktorIn:

- mindestens 5 Jahre Berufserfahrung, davon 2 Jahre in leitender Funktion
- Kenntnis der ärztlichen Anamnese/Diagnose sowie der Unterlagen zur Vorgeschichte
- Erstuntersuchung der KlientIn und Kontaktaufnahme mit den Eltern/Betreuungspersonen
- Indikationsprüfung im Konsil mit verordnendem Arzt; ggf. Erörterung der angemessenen Angebotsform KF
- Aufnahmeuntersuchung der KlientIn mit Erstellung einer differenzierten Anamnese zu Kompetenzen und besonderen Problemen in allen Entwicklungsbereichen der Persönlichkeit; Formulierung kurz- bzw. langfristiger individueller Ziele
- Detaillierte Beratung der KlientIn bzw. der Eltern/Angehörigen mit Erläuterung erster Zielsetzungen
- Gruppeneinteilung
- Formulierung eines differenzierten Behandlungsplanes nach angemessener Beobachtungszeit der KlientIn in der KF

<p>Aufgaben/Qualifikation der leitenden KonduktorIn in der Gruppen-/ Einzelförderung</p> <ul style="list-style-type: none">- Erstellung von Tages-, Wochen-, Jahresplänen mit Formulierung der einzelnen Förderungsprogramme- Ausarbeitung, lfd. Dokumentation und Aktualisierung der individuellen und Gruppenziele bzw. Entwicklung der KlientInnen <p>...</p>
<p>20. Kann Ihres Erachtens die „Konduktive Förderung nach Petö“ wie die Maßnahmen der physikalische Therapie, der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie oder der Ergotherapie als Einzel-Heilmittel verordnet und durchgeführt werden oder handelt es sich um eine standardisierte Kombination- ähnlich der so formulierten Kombination im Bereich der Physikalischen Therapie?</p>
<p>1. Konduktive Frühförderung oder (bei ausdrücklicher Indikation) Einzelförderung und Konduktive Elternschulgruppen:</p> <p>® Verordnung als Heilmittel (Leistungsträger KK)</p> <p>2. Konduktive Kindergartengruppen:</p> <p>® Tagessatzvereinbarungen (Mischfinanzierung KK/Eingliederungshilfe)</p> <p>3. Konduktive Schulgruppen:</p> <p>® Schulträger + Tagessatzvereinbarung über den Mehraufwand für KF (Mischfinanzierung KK-Eingliederungshilfe)</p> <p>4. Konduktive Nachmittagsgruppen:</p> <p>® Verordnung als Heilmittel (Mischfinanzierung KK/Eingliederungshilfe) oder Vergütungsvereinbarungen mit den Leistungsträgern</p> <p>5. Konduktive Blockförderung:</p> <p>® Reha oder Mischfinanzierung KK/Eingliederungshilfe</p>
<p>21. Sollte die „Konduktive Förderung nach Petö in hierfür geeigneten selbständigen Therapeutenpraxen oder sollte sie in anderen Einrichtungen z. B. sozialpädiatrische Zentren, Frühfördereinrichtungen, Rehabilitations-Einrichtungen) durchgeführt werden?</p>
<p>KF sollte aus ökonomischen Gründen möglichst in bestehenden Einrichtungen durchgeführt werden. Je größer die Einrichtung, umso leichter wird die Zusammenstellung kooperationsfähiger, konduktiver Tagesgruppen.</p> <p>Je größer der Personalstab, umso mehr Vielfalt hinsichtlich des medizinisch-therapeutischen und pädagogischen know-how ist möglich.</p> <p>Umgekehrt formuliert: Je kleiner die Einrichtungen/freie Praxis, umso höher die fachlichen Ansprüche an die einzelnen Teammitglieder.</p> <p>Große Konduktive Einrichtungen mit einem adäquaten Angebot für alle Altersgruppen, Behinderungsformen (möglichst mit Schulstatus) wird es nur an wenigen Standorten geben können.</p> <p>Es bleibt demnach zu hoffen, dass sich viele engagierte KonduktorInnen finden, die bereit sind, ein selbständiges Angebot KF in freier Praxis zu organisieren und damit einen Beitrag zur flächendeckenden Versorgung zu leisten.</p>
<p>22. Werden andere Methoden hierdurch überflüssig und warum?</p>

<p>Bezogen auf die Klientel in Konduktiver Förderung s. Frage 14.</p> <p>Insgesamt wird selbstverständlich keine andere Methode dadurch überflüssig, dass sich die KF der Menschen mit motorischen, sensorischen oder Mehrfachbehinderungen annimmt; es wird auch keine Berufsgruppe arbeitslos.</p> <p>Die Leistungen von Physio-/ErgotherapeutInnen, LogopädInnen, PädagogInnen, PsychologInnen etc. werden größtenteils von nicht-behinderten Menschen mit isolierten Problemen in Anspruch genommen.</p> <p>Ein ansonsten normal entwickeltes Kind mit Sprachschwierigkeiten braucht bspw. keine KF, sondern eine gute logopädische Betreuung; ein Mensch mit Haltungproblemen braucht eine gute physiotherapeutische Versorgung....</p> <p>Außerdem stellt KF auch ein Arbeitsfeld für die genannten Berufsgruppen dar; persönliche Neigung und Weiterbildungsinteresse vorausgesetzt.</p>
<p>Ergänzende Fragen zur Wirtschaftlichkeit</p>
<p>23. Wie hoch sind die Kosten der Behandlung eines Patienten mit der o. g. Methode? (je Anwendung /je Therapiezyklus / je Kalenderjahr)</p>
<p>s. Frage 20</p> <p>Die einzelnen Sätze werden abhängig von der jeweiligen Angebotsform auszuhandeln sein. Einen Überblick über bereits getroffene Vereinbarungen konnte ich mir in der Kürze der Zeit nicht verschaffen.</p>
<p>24. Wie sind die Kosten einer Behandlung mit der o. g. Methode im Vergleich zu etablierten Methoden?</p>
<p>25. Welche Kosten könnten durch den Einsatz der o. g. Methode vermieden werden?</p>
<p>s. Frage 5 und 14</p> <p>Es mag Ausnahmen geben, in der Regel ist das Konduktive Förderungssystem — umso mehr, je früher die Förderung begonnen wird - wirksamer als die Summe der konventionellen Methoden. Dementsprechend reduzieren sich relativ gesehen alle Folgekosten einer bestehenden Behinderung.</p> <p>Es wird kein inflationärer Gebrauch von Ansprüchen auf Hilfsmittel gemacht; die Verwendung von einfachen, multifunktionalen Hilfsmitteln in der KF wirkt auch auf die Gestaltung des häuslichen Milieus.</p> <p>Es gilt in diesem Zusammenhang auch zu berücksichtigen, dass KF nicht nur den Betroffenen gut tut und Spaß macht, sondern außerdem eine positive Haltung auf Seiten der Eltern/des Umfeldes aufzubauen vermag; dementsprechend werden von dieser Gruppe weniger Leistungen aufgrund der eigenen Belastungen oder zur „eigenen Entschädigung“ in Anspruch genommen (bspw. ein Pflegebett im Werte von € 5.000,- verordnen zu lassen, obwohl dies im gegebenen Fall keineswegs nötig wäre, weil das eigene Leben mit behindertem Kind insgesamt als schwere Last empfunden wird.)</p>
<p>Sonstiges</p>
<p>26. Gibt es zusätzliche Aspekte, die in den oben aufgeführten Fragen nicht berücksichtigt wurden?</p>

Es fällt nicht in den Kompetenzbereich Ihres Ausschusses, gehört aber zwingend zum Thema:

Ich plädiere nachdrücklich für eine Anerkennung der Tätigkeit von KonduktorInnen als Heilberuf. Naheliegend und unmittelbar umsetzbar wäre eine Behandlungserlaubnis - nach HPG entsprechend der Berufsgruppe der HeilpraktikerInnen oder PsychologInnen. Wenn das Modell einer europäischen KonduktorInnenausbildung umgesetzt wird (unsere Hoffnungen richten sich hier auf das Pilotprojekt der PTK-Ausbildung in der Phönix GmbH /Stiftung Pfennigparade in München), wäre auch eine Anerkennung des Abschlusses entsprechend dem anderer Heilberufe möglich.

Ausdrücklich sei auch darauf hinweisen, dass KonduktorInnen grundsätzlich die gleiche Verantwortlichkeit im professionellen Handeln unterstellt werden sollte, wie dies bei hierzulande bereits als VertragsbehandlerInnen anerkannte Professionelle der Fall ist.

Ich hoffe, Ihnen nützliche Informationen übermittelt zu haben und bitte um Berücksichtigung meines Vorschlages einer Expertinnenanhörung.

11.8.9 Marienstift Arnstadt (Orthopädische Klinik, Abt. Kinderorthopädie)

Fragen zum therapeutischen Nutzen:

1. Auf welche Erkrankung bzw. Indikation (Diagnose + Leitsymptomatik) bezieht sich Ihre Stellungnahme?

- Die Stellungnahme bezieht sich insbesondere auf Kinder mit infantiler Zerebralparese, wobei auch Kinder mit Chromosomenschädigungen und hieraus resultierenden psychointellektuellen und motorischen Störungen profitieren können.
- Kinder mit cerebrally bedingten Bewegungsstörungen, z. B. nach Enzephalitis, Schädel-Hirn-Trauma, Aneurysmablutung etc.

2. Anhand welcher diagnostischer Verfahren und ggf. welchen nachprüfbarer Parametern wird die o. g. Indikation festgestellt?

Fachärztliche Untersuchung durch entweder FA für Pädiatrie, FA für Neuropädiatrie, FA für Kinderpsychiatrie, FA für Orthopädie — Schwerpunkt Kinderorthopädie, FA für Neurologie oder anderen Ärzten, die sich schwerpunktmäßig mit der Entwicklung und Entwicklungsneurologie von Kindern beschäftigen. Eine CT- oder NMR-Untersuchung des Schädels sowie auch eine EEG-Untersuchung erscheint mir nicht obligat notwendig zu sein. Im Wesentlichen kommt es auf das Erkennen von psychointellektuellen und/oder motorischen Retardierungen an. Die therapeutischen Fortschritte eines Patienten können durch entsprechende klinische Tests, z. B. GMFM oder der modifizierten Ashworth-Scale (MAS), getestet werden. Daneben bieten sich Videodokumentationen an, bei gehfähigen Patienten auch 3-0-Ganganalysen in entsprechend spezialisierten Zentren, z. B. Universitätsklinik Heidelberg, Universitätsklinik Düsseldorf, Kinderorthopädische Abteilung im Marienstift Arnstadt.

3. Wie hoch ist die Prävalenz/Inzidenz der o. g. Erkrankung in Deutschland?

Die Inzidenz wird mit 3 - 4 per 1000 Geburten angenommen.
Siehe auch Udo Kalbe, Kapitel 1.3, Häufigkeit - Anlage in Kopie.
Forschungsbericht 2.2.4 — Sozialforschung, Seite 11

4. Wie ist der Spontanverlauf bei o. g. Erkrankung?

Der Spontanverlauf unterliegt immer sehr großen intraindividuellen Differenzierungen, der von dem Grad der Hirnschädigung abhängt. Ein Patient mit Hemiparese würde von selber nicht lernen, die hemiparetische Seite aktiv mit einzusetzen. Ein Kind mit Tetraparese würde unweigerlich erhebliche Kontrakturen entwickeln, die die alltägliche Pflege und selbst das Sitzen erschweren bzw. unmöglich machen können. Ein Kind mit beinbetonter Tetraparese könnte möglicher Weise das Laufen erlernen, würde jedoch zunehmend in eine Musterhaltung verfallen, die zu einer progredienten Hüftbeugung, Kniebeugung, Knieadduktion, Spitzfußgang führen würde, was möglicher Weise das Laufen zu einem späteren Zeitpunkt wieder unmöglich machen würde.

Grundsätzlich ist per Definition davon auszugehen, dass es sich um einen cerebralen Schaden handelt, der nicht progredient ist, dessen Folgen jedoch am muskuloskelettalen System durchaus progredient verläuft.

5. Welche Methoden stehen zur Behandlung der o. g. Erkrankung grundsätzlich zur Verfügung?

5.a) Konservative Maßnahmen, z. B. Physiotherapie auf neurophysiologischer Grundlage nach Vojta und Bobath, Ergotherapie, Logopädie, orthopädische Maßnahmen, z. B. Orthesenversorgung, Sitzschalenversorgung.

5.b) Operativ orthopädische Maßnahmen sowie in Einzelfällen im Zusammenhang mit Epilepsien neurochirurgische Maßnahmen, z. B. die Implantation einer Baclofenpumpe zur Spastikreduzierung oder aber die im Ausland praktizierte selektive dorsale Rhizothomie.

5.c) Medikamentöse Beeinflussung generell durch Spasmolytika fokal, z. B. durch Botulinumtoxin.

6. Welche prioritären Ziele gelten für die Behandlung der o. g. Erkrankung / Indikation?

6.1) Förderung der Motorik und Koordination durch Anbahnung der Spontanmotorik nach der Methode von Vojta oder Verbesserung des Handlings zur Selbständigkeit nach dem Konzept von Bobath sowie Verbesserung der Rumpfaufrichtung nach dem Konzept von Bobath und Petö.

6.2) Förderung der Kommunikation durch Verbesserung der Aufrichtung, Verbesserung des Sitzens und damit Verbesserung der motorischen Situation, was mehr Spielraum für intellektuelle Förderungsmöglichkeiten bietet. Dies gilt auch

6.3) für die Förderung der sprachlichen Fähigkeiten. Die sprachlichen Fähigkeiten leiden zum einen unter einer motorischen Störung insbesondere bei Athetosen und zum Teil unter einer gestörten Kopfkontrolle.

Durch die konduktive Therapie nach Petö gelingt eine parallele, d. h. gleichzeitige, Verbesserung aller 3 Probleme.

Siehe auch Forschungsbericht von Frau Prof. Weber, Vorwort Seite 2, oben.

Insbesondere ist es ein Ziel der konduktiven Therapie, die sprachlichen Fähigkeiten und damit die Kommunikation zu fördern, indem motorische Übungen und sprachliche Übungen gekoppelt werden. Auch das Intendieren, d. h. das gemeinsame Sprechen und Rhythmisieren von Bewegungen dient der Förderung der Kommunikation und allgemeinen Ausdrucksverbesserung. Durch die Förderung der Motorik und Koordination werden jedoch auch die nonverbalen Ausdrucksformen mit verbessert.

7. Welche dieser Ziele sind (ggf. teilweise) in welchem Stadium der Erkrankung und in welchem Lebensalter mit der o. g. Methode zu erreichen?

Die Erreichung oben skizzierter Ziele können nicht lebensaltersabhängig gesehen werden, sondern es hängt von der frühzeitigen Diagnostik ab, wann ein Kind entsprechend intensiv gefördert wird. Je früher ein Entwicklungsrückschritt erkannt wird, um so eher sollte mit einer Therapie, u. a. auch der konduktiven Therapie begonnen werden. Die Behandlung schwerer Kontrakturen oder auch insbesondere von Wirbelsäulenschäden und Hüftluxationen ist selbstverständlich mit der konduktiven Therapie nicht zu erreichen, hier müssen orthopädische und orthopädisch-operative Maßnahmen ergriffen werden.

Siehe auch Erfahrungsbericht über einen Besuch im A. Petö-Institut Budapest, Krankengymnastik, Sonderdruck 47 6/95 von S. Senst und Fachtagung 1996 „Petö im Dialog“.

Die Besonderheiten der konduktiven Therapie kommen insbesondere bei therapiemüden Kindern positiv zum Tragen. Verständlicher Weise ist es nicht einfach, die Motivation bei einem behinderten Kind über viele Jahre zu erhalten. Die besondere pädagogische Ausrichtung und das Eingehen auf die kindlichen Fähigkeiten spielt hierbei eine große Rolle und wird gegenüber den etablierten Behandlungsmethoden wesentlich besser eingesetzt.

8. Wie ist die Wirksamkeit einer Behandlung mit der o. g. Methode im Vergleich zu anderen (etablierten) Behandlungs-Methoden und / oder im Vergleich zum Spontanverlauf?

Es muss jedoch betont werden — siehe auch Forschungsbericht von Frau Prof. 5. Weber, Zitat A. Petö „Natürlich erstreben wir keine Monopolstellung . . .“, dass die etablierten Therapien nicht vergessen werden dürfen.

Eine gezielte Physiotherapie nach dem Bobath-Konzept oder der Vojta-Therapie sollte nicht verlassen werden, wenn eine Hüftluxation oder eine Skoliose droht bzw. entstanden ist. Hier ist ein Nebeneinander mehrerer Therapieformen möglich und unbedingt als sinnvoll anzusehen. Es sollte kein Verdrängungsprozess innerhalb der verschiedenen Therapieformen angestrebt werden, sondern eine sinnvolle Ergänzung.

Siehe hierzu auch die Zusammenfassung vom Forschungsbericht 224 von Frau Prof. Weber sowie den sicherlich bekannten Forschungsbericht des Projektes aus München — Vergleich der konduktiven Therapie gegenüber Vojta.

Der multimodale Ansatz verspricht eine höhere Effizienz der konduktiven Therapie, kann aber nicht alle auftretenden motorischen Probleme / muskuloskelettalen Probleme, z. B. eine beginnende Skoliose, optimal therapieren. Gegenüber dem Spontanverlauf ergeben sich auf jeden Fall große Vorteile, s. a. Annunziato 2002 „Die Auswirkung der Therapie auf die Plastizität des Nervensystems: Theorie und Forschung“.

9. Ist angesichts der von Ihnen ggf. unter Frage 5 aufgeführten Behandlungsalternativen die Behandlung mit der o. g. Methode erforderlich und wenn ja, warum?

Die Behandlungsalternativen — siehe auch Punkt 8 — sind in ihrem positiven Therapiewert nicht wegzudiskutieren. Die konduktive Therapie stellt jedoch ein ganzheitliches und ganztägiges Konzept dar, welches eine Konzentrierung der Förderung auf ein Problem ausschließt und über verschiedene Aktivitäten alle Sinne und alle oben skizzierten Probleme bzw. Indikationsgruppen anspricht.

10. Welche einzelnen Maßnahmen kommen zum Einsatz und wie lange dauern die einzelnen Therapieeinheiten?

Der Tagesablauf wird in motorisch aktive Phasen, kreativ intellektuelle und musische Phasen sowie Ruhephasen eingeteilt. Der Zeitplan hängt dabei vom Alter und Schweregrad der Behinderung ab sowie von der Zeitvorgabe, da eine konduktive Therapie einerseits ganztätig über z. B. 8 Stunden erfolgen kann, oder aber über 3 - 4 Stunden halbtätig. Wichtig hierbei sind vor allem regelmäßige Lagewechsel vom Liegen zum Sitzen, ggf. auch Stehen, Aufstehübungen, Gehübungen mit und ohne Unterstützung sowie Förderung auch der Motorik der oberen

Extremitäten. Hier besteht, siehe auch oben, eine sehr breite individuelle Fördermöglichkeit.
11. Gibt es Unterschiede im Anteil pädagogischer Intervention in Abhängigkeit vom Entwicklungs-/ Lebensalter bzw. vom Ausmaß der motorischen/geistigen Behinderung der betroffenen Kinder und wie hoch ist der jeweilige Anteil?
Grundsätzlich gibt es keine Unterschiede im Anteil pädagogischer Intervention, da es gerade das Besondere des Petö-Konzeptes ist, dass hier die motorischen und geistigen Behinderungen der betroffenen Kinder ganzheitlich, d. h. auch zeitgleich, gefördert werden und keine Aus- oder Abgrenzung zwischen motorischer und psychointellektueller Förderung erfolgt. Es wird immer beides im Auge behalten, so dass sowohl geistig schwerbehinderte Kinder erheblicher pädagogischer Zuwendung bedürfen wie auch geistig normal entwickelte Kinder zur Motivationssteigerung der intensiven pädagogischen Interventionen bedürfen. Die pädagogische Arbeit steht hierbei jedoch nicht im Vordergrund, sie gehört jedoch ganz prägend zum Grundkonzept der Arbeit, denn ohne funktionierende Pädagogik kann ein tagesfüllendes Programm nicht umgesetzt werden.
12. Wie lange sollte die Behandlung insgesamt durchgeführt werden und welche Kriterien sind hierfür maßgebend?
Die Behandlung sollte grundsätzlich so lange durchgeführt werden, bis die einmal festgestellten Defizite in der Entwicklung eines Kindes oder heranwachsenden Menschen ausgeglichen sind. Sollte dies bis zum Ende der körperlichen Entwicklung nicht möglich sein, muss grundsätzlich, wie auch im Rahmen der Physiotherapie, über eine lebensbegleitende Therapie nachgedacht werden. Ein Patient mit einer schweren Zerebralparese kann nach heutigem Wissensstand nicht geheilt werden. Siehe auch Einleitung Forschungsbericht sowie Inge Flehmig: Normale Entwicklung des Säuglings und ihre Abweichungen - Früherkennung und Frühbehandlung, 5. Auflage, Thieme-Verlag.
13. Mit welcher Diagnostik (z. B. Untersuchungstechniken, Apparaten, Gesundheitsskalen) werden die therapeutischen Ergebnisse (Zielgrößen) gemessen?
Siehe auch oben. Im Vordergrund steht die klinisch-anamnestische ärztliche Untersuchung, die durch psychologische Tests weiter untermauert wird. Dazu gehört auf jeden Fall eine orthopädische Untersuchung sowie ggf. ergänzende röntgenologische Untersuchung der großen Gelenke, Hüft-, Knie- und Sprunggelenk, bei Verdacht auf eine Skoliose auch der Wirbelsäule. In einzelnen Zentren kann auch an eine dreidimensionale Ganganalyse gedacht werden, dies ist jedoch keine zwingende Voraussetzung, um an einer konduktiven Therapie teilnehmen zu können oder deren Erfolg zu messen. Ein Forschungsprojekt in München hat jedoch ebenfalls eine dreidimensionale Bewegungsanalyse mit einbezogen.
14. Ist die Behandlung mit der 0. g. Methode alternativ oder additiv anzuwenden?
Es handelt sich um eine additive Methode - siehe auch oben.
15. Kommt diese Methode nur als Einzeltherapie oder auch als Gruppentherapie zur Anwendung, worin bestehen entsprechende Zuordnungskriterien?

Für den Fall, dass eine Gruppenbehandlung sinnvoll bzw. möglich ist, geben Sie bitte an, wie groß die Gruppen sein sollten, in denen eine bestmögliche Behandlung aus medizinischer Sicht realisiert werden kann.

Diese Methode kommt insbesondere als Gruppentherapie zur Anwendung, da gerade die Motivation durch den Gruppengeist sowie der Versuch der Imitation von Bewegungsabläufen anderer Gruppenteilnehmer mit genutzt werden soll. Bei schwerer behinderten Patienten ist jedoch eine 1:1 - oder aber 1:2-Förderung sinnvoll. Hieraus resultiert, dass auch eine Gruppe nicht größer als 4 - 8 Kinder sein sollte.

Größere Gruppen führen zu zuviel Unruhe und somit zu zuwenig Kontrolle durch die Konduktorin oder andere Therapeutinnen.

16. Welche Risiken sind mit der Behandlung mittels der o. g. Methode verbunden?

Soweit bisher bekannt geworden ist, gibt es keine speziellen Risiken oder Gefahren, die aus der Methode nach Petö resultieren. Die umfangreichen Arbeiten in der Münchener Studie haben gezeigt, dass insgesamt eine Verbesserung der Selbständigkeit und der Verbesserung der Entwicklung zu erkennen war. Die sehr intensive Selbstständigkeitsförderung kann jedoch in Einzelfällen zu einem pragmatischen Üben der Vertikalisierung und des Vorwärtsgehens führen, was typischer Weise Hüftsubluxationen oder auch Luxationen fördern kann, da pathologische Muster nicht komplett unterbunden werden können. So zeigte sich auch bei der Auswertung der Münchener Studie zum Teil eine Zunahme der Skoliose oder von Hüftproblemen.

Aus diesem Grunde muss betont werden, dass selbstverständlich auch bei der konduktiven Förderung wie bei allen Heilmitteln eine regelmäßige ärztliche Kontrolle erforderlich ist.

Kinder mit cerebralen Bewegungsstörungen und insbesondere mit motorischen Bewegungsstörungen und spastischen Syndromen müssen darüber hinaus regelmäßig, d. h. z. B. in halbjährlichen Abständen einem Orthopäden vorgestellt werden, wobei besondere kinderorthopädische Erfahrungen respektive neuroorthopädische Erfahrungen wünschenswert wären.

Dies wurde auch auf dem ersten internationalen Symposium „Petö im Dialog“ am 20.9.96 in München-Starnberg einhellig von den Beteiligten festgestellt. — siehe Anlage.

17. Gibt es verschiedene Varianten / definierbare Einzelbestandteile der o. g. Methode, wie werden sie bezeichnet, worin bestehen die Unterschiede und welche sind als optimal anzusehen?

Grundsätzlich erscheint mir die Gruppentherapie (s. a. oben, Frage 15) sinnvoller als eine Einzelförderung. Die Einzelförderung kann jedoch im Einzelfall auch sinnvoll sein, um erheblich wahrnehmungsgestörten Kindern gerecht zu werden.

18. Welches Therapieschema / definierbare Einzelbestandteile muss/müssen in welchem Stadium der o. g. Erkrankung eingehalten werden und wie ist dieses belegt?

Wie schon oben erwähnt, gibt es keine speziellen Therapieschemata, die nach Erkrankungsalter oder Alter der Patienten festgelegt werden können, sondern es muss den Fähigkeiten der Kinder entsprechend auf die Gruppe und individuell auf die Kinder eingegangen werden.

19. Welche Qualifikationen sind vom verordnenden Arzt und vom behandelnden Therapeuten zu fordern?

Die Verordnung muss von einem Arzt erfolgen, der sich in der Entwicklungsdiagnostik von Kindern auskennt, insbesondere dürften dies Ärzte für Kinderheilkunde, Orthopäden mit Schwerpunkt Kinderorthopädie sowie Neurologen sein. In Einzelfällen wird es sicherlich auch

Ärzte für Allgemeinmedizin geben, die sich mit der Thematik auseinandergesetzt haben, sowie Kinderpsychiater. Eine darüber hinausgehende Qualifikation, wie z. B. die Teilnahme an einem Einführungslehrgang oder Bobath-Kurs, sind meines Erachtens nicht zu fordern, dies entspricht

auch nicht der Verordnungspraxis anderer Heilmittel.
20. Kann Ihres Erachtens die „Konduktive Förderung nach Petö“ wie die Maßnahmen der physikalischen Therapie, der Stimm- , Sprech- und Sprachtherapie oder der Ergotherapie als Einzel-Heilmittel verordnet und durchgeführt werden oder handelt es sich um eine standardisierte Kombination - ähnlich der so formulierten Kombination im Bereich der Physikalischen Therapie?
Die konduktive Förderung nach Petö könnte wie die Maßnahmen der physikalischen Therapie als Einzel-Heilmittel verordnet werden. Dann müsste es wie bei der Physiotherapie auf neurophysiologischer Basis als Langzeitbehandlung verordnet werden.
21. Sollte die „Konduktive Förderung nach Petö“ in hierfür geeigneten selbständigen Therapeutenpraxen oder sollte sie in anderen Einrichtungen (z. B. sozialpädiatrischen Zentren, Frühfördereinrichtungen, Rehabilitations-Einrichtungen) durchgeführt werden?
In erster Linie sollte die konduktive Förderung in sogenannten spezialisierten Einrichtungen durchgeführt werden. Es ist jedoch sicherlich auch denkbar, dass Konduktoren in eigens aufgebauten Therapeutenpraxen oder in integrativ arbeitenden Kindergärten aktiv werden.
22. Werden andere Methoden hierdurch überflüssig und warum?
Wie schon oben erwähnt, werden die klassischen physiotherapeutischen Maßnahmen nicht überflüssig. Es ist jedoch zu hoffen, dass durch die ganzheitliche Förderung nach Petö die Gesamtentwicklung der Kinder positiver verläuft und somit das vorhandene Entwicklungspotential maximal genutzt wird. Dies kommt letztlich sowohl dem Kind bzw. späterem Erwachsenen in unserem sozialen Gefüge zu Gute als auch unserem Sozialsystem, da am Ende weniger abhängige behinderte Menschen bestehen werden.
Ergänzende Fragen zur Wirtschaftlichkeit
23. Wie hoch sind die Kosten der Behandlung eines Patienten mit der o. g. Methode? (je Anwendung / je Therapiezyklus / je Kalenderjahr)
Hierzu bitte ich Sie, sich an den Verein Fortschritt, Starnberg, zu wenden. Die heutigen Stundenpreise für eine konduktive Therapie sind mir nicht bekannt, da ich mich bisher nur an Projektversuchen beteiligt habe, wobei keine Stundenbezahlung erfolgte.
24. Wie sind die Kosten einer Behandlung mit der o. g. Methode im Vergleich zu etablierten Methoden?
Die Kosten der etablierten Methoden, z. B. Ergotherapie, Logopädie und physikalische Therapie, sind, wenn sie intensiv und damit folgerichtig auf die Behinderung abgestimmt sind, nicht geringer, als wenn mehrfach in der Woche eine konduktive Therapie durchgeführt würde. Sicherlich ist es einem kleinen Patienten nicht zumutbar, alle oben skizzierten Therapieformen am gleichen Tag mitzumachen, so dass grundsätzlich eine gewisse Reduzierung der etablierten Therapien zugunsten der konduktiven Therapie stattfinden würde.
25. Welche Kosten könnten durch den Einsatz der o. g. Methode vermieden werden?
Siehe Frage 24.
Sonstiges
26. Gibt es zusätzliche Aspekte, die in den oben aufgeführten Fragen nicht berücksichtigte wurden?

Zusammenfassend sollte betont werden, dass es sich insbesondere bei der konduktiven Therapie nach Petö um ein ganzheitliches entwicklungsförderndes Konzept handelt. In den vergangenen Jahren sind viele Arbeiten erschienen, die sich mit der Regeneration des Nervensystems beschäftigen.

Insbesondere ist hier Herr Prof. N. F. Annunziato zu nennen.

Durch die Erkenntnis, dass das neuronale Netzwerk auch bei schwer- und schwerstbehinderten Menschen wieder zu verbessern ist, ergeben sich neue Aspekte zur Förderung von behinderten Menschen. Insbesondere lassen die neuesten Arbeiten erkennen, dass eine kurzfristige Aufgabe von Patienten bzw. der Annahme, dass ein behinderter Mensch nicht förderbar ist, so nicht aufrecht erhalten werden kann.

Hieraus resultiert, dass therapeutische Bemühungen nach Diagnosestellung beginnen müssen und häufig bis in das Erwachsenenalter hinein fortgeführt werden sollten.

Diese Erkenntnis hat in Budapest dazu geführt, dass auch Erwachsene mit neuromuskulären Störungen, z. B. mit multipler Sklerose, im Petö-Institut in Gruppenarbeit gefördert werden. Da es sich um eine additive Maßnahme handelt, sollte jedoch auf die Notwendigkeit der Teamarbeit, die Abstimmung der verschiedenen Therapieformen, Wert gelegt werden. Dies wäre z. B. durch die Koordination über ein SPZ oder behandelnden Pädiater oder Kinderorthopäden sinnvoll möglich.

Für weitere Fragen stehe ich gerne zur Verfügung, da ich mich durch persönliche Kontakte und einem Gastaufenthalt in Budapest mit der Methode aus kinderorthopädischer Sicht intensiv auseinandergesetzt habe.

Abschließend sollte auch erwähnt werden, dass neben den Bemühungen um eine Einführung in Deutschland schon seit vielen Jahren in England die konduktive Therapie als anerkannte Therapiemaßnahme etabliert ist.

Wie schon im Forschungsbericht von Frau Weber ausgeführt wurde, muss selbstverständlich die bei uns übliche Grundhaltung der Pädagogik einfließen und es kann nicht mehr das alte ungarische Autoritätsprinzip auf das deutsche System übertragen werden. Hier haben sich jedoch grundlegende Änderungen in den vergangenen 10 Jahren herauskristallisiert. Aus diesem Grunde scheint es auch an der Zeit zu sein, diese international etablierte Therapie im Heilmittelkatalog zu implementieren.

11.8.10 Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e. V.

Fragen zum therapeutischen Nutzen

Die meisten der unter 1. - 26. angeführten Fragen zur Konduktiven Förderung nach Petö sind in einer jüngst erschienenen Buchveröffentlichung zum Modellprojekt Petö (finanziert vom den Mitgliedskassen des VdAK-AEV) eingehend besprochen und diskutiert, so dass darauf enger Bezug genommen wird (Blank und von Voss 2002).

1. Auf welche Erkrankung bzw. Indikation (Diagnose + Leitsymptomatik) bezieht sich ihre Stellungnahme?

<p>Die Hauptzielgruppe der Konduktiven Förderung nach Petö sind Kinder und Jugendliche im Alter von ca. 3 bis 18 Jahren mit den verschiedenen Formen der Infantilen Zerebralpareesen (ICP). In verschiedenen Einrichtungen gibt es auch Eltern-Kind-Gruppen mit Kindern ab dem 1. Lebensjahr.</p> <p>Bei den Infantilen Zerebralpareesen handelt es sich um eine Gruppe von Residualstörungen, die zum Schädigungszeitpunkt um oder vor der Geburt entstanden sind.</p> <p>Seltener werden Kinder auch mit anderen zentralen Bewegungsstörungen im Rahmen von postnatalen Schädigungen des Zentralnervensystems als Indikation angesehen.</p> <p>Ansonsten verweisen wir hierzu auf das Kapitel 1.1. des beiliegenden Buches.</p>
<p>2. Anhand welcher diagnostischen Verfahren und ggf. welchen nachprüfbaren Parametern wird die o. g. Indikation festgestellt?</p>
<p>Die Diagnose einer Infantilen Zerebralparese kann i. d. R. bereits durch die typische Anamnese sowie die eingehende klinisch-neurologische bzw. motoskopische Untersuchung gestellt werden.</p> <p>Eine relativ sichere diagnostische Zuordnung kann mit Ausnahme von stark betroffenen Kindern i. d. R. erst nach dem ersten Lebensjahr erfolgen. Dies hängt mit verschiedenen Reifungsprozessen des Zentralnervensystems zusammen.</p>
<p>3. Wie hoch ist die Prävalenz / Inzidenz der o. g. Erkrankung in Deutschland?</p>
<p>Über die Prävalenz lassen sich keine ganz gesicherten Aussagen machen. Die Inzidenz liegt (nach Haslaam 1992, Collaborative Perinatal Project / USA, Follow-up von 45000 Kindern; ferner Hagberg et al. 1993; Krägeloh-Mann et al. 1994) bei 1,5 bis 4 pro 1000 Geburten bis zum Alter von 7 Jahren.</p> <p>Verschiedene Studien legen nahe, dass der Schweregrad der daraus resultierenden körperlichen Behinderung sowie die Häufigkeit begleitender Symptome zunehmen, wobei die perinatale Inzidenz durch die verbesserte perinatale Versorgung signifikant zurückgegangen ist, während die pränatal und postnatal entstehenden Störungen sich nicht verringert haben (Hagberg 1993, Krägeloh-Maun 1994). Gleichzeitig kann man eine erhöhte Prävalenz über die Lebenszeit vermuten, da die Patienten aufgrund des medizinischen Fortschrittes älter werden können. Außerdem stellen die besonders unreifen Frühgeborenen eine Risikogruppe dar.</p>
<p>4. Wie ist der Spontanverlauf bei der o. g. Erkrankung?</p>
<p>Der Spontanverlauf der prinzipiell nicht heilbaren Krankheit wurde in verschiedenen Studien untersucht (Paine 1959, Beals 1966) untersucht. Mit zunehmendem Lebensalter ist u. a. mit orthopädischen Folgeschäden wie Skoliosen, Hüftluxationen, Knick-Senkfüßen und Spitzfüßen, Kontrakturen in den oberen und unteren Extremitäten sowie Wachstumsstörungen des Skeletts zu rechnen. Wird bis zum Schulalter das freie Laufen nicht erreicht, so ist die Wahrscheinlichkeit sehr gering, dass dies in höheren Altersstufen erreicht wird.</p>
<p>5. Welche Methoden stehen zur Behandlung der o. g. Erkrankung grundsätzlich zur Verfügung?</p>
<p>Bisherige Methoden zur Behandlung der Zerebralpareesen umfassen ein mehrdimensionales und komplexes Rehabilitationssystem bestehend aus:</p> <ul style="list-style-type: none">a) Nicht-medikamentösen Methodenb) Medikamentösen Methodenc) Operativen Methodend) Hilfsmittelversorgung <p>Zu den nicht-medikamentösen Methoden sind im Kindesalter v. a. die krankengymnastischen Therapien nach Vojta und nach Bobath zu zählen. Beide Methoden werden 1-2 x pro Woche von</p>

Therapeuten durchgeführt. Es werden die Eltern für die häusliche Therapie angeleitet, die diese Therapie dann in Eigenregie 2-3x / die zu Hause durchführen sollen. Ein nicht unerhebliches Problem kann hierbei die Compliance und die regelrechte Durchführung der Therapie durch die Eltern darstellen.

In den letzten ca. 15 Jahren werden in der Bobath-Methode auch verstärkt umsetzungs- und alltagsorientierte Elemente eingebaut. Sie wird auch im Kontext ergotherapeutischer Maßnahmen verstärkt eingesetzt.

Die genannten krankengymnastischen Therapien sind im wesentlichen Einzeltherapien.

„Weitgehend umsetzungsorientierte“ Therapiemaßnahmen wie z. B. Ergotherapie oder heilpädagogische Maßnahmen wie z. B. Musiktherapie und Montessoritherapie dienen der Verbesserung der Bewegungsmotivation, Funktionsverbesserungen in Alltagsfunktionen, z. B. beim Essen und Trinken und zur kognitiven Förderung der häufig geistig retardierten Kinder mit ICP. Sie werden i. d. R. einmal pro Woche durchgeführt.

Die erwähnten Methoden werden i. d. R. über viele Jahre verordnet. Ihre Wirksamkeit ist in wissenschaftlichen Studien noch nicht eindeutig belegt (s. auch Kapitel 1.2 des beiliegenden Buches).

Dennoch stellen diese konservativen, nicht-medikamentösen Methoden einen wesentlichen Bestandteil der Therapie der Zerebralpareesen bis heute dar.

Zahlreiche weitere nicht-medikamentöse Therapien ohne Wirksamkeitsnachweis werden derzeit im In- und Ausland zum Einsatz gebracht, die an dieser Stelle nicht näher diskutiert werden sollen (z. B. Manualtherapie, Delphintherapie).

Für bestimmte Fragestellungen hat sich die Botulinum-Toxin-Behandlung zur lokalen antispastischen Therapie etablieren können. Hierbei geht es i. d. R. um einer Verbesserung der funktionell-orthopädischen Situation, meist über einen befristeten Zeitraum, bis operative Maßnahmen z. B. gezielter oder mit geringerer Rückfallgefahr sinnvoll eingesetzt werden können. Sie haben sich beim spastischen Spitzfuß nachweislich bewährt (z. B. Koman 2000, Sutherland 1999, Ubhi 2000). Die Botulinum-Toxin-Behandlung ist jedoch immer im Kontext mit krankengymnastischer und orthetischer Behandlung zu sehen. Weitere medikamentöse Methoden haben sich nicht allgemein durchsetzen können.

Neurochirurgische Methoden zur Verminderung der Spastik wie z. B. die selektive dorsale Rhizotomie haben sich bis heute nur in Ausnahmefällen als sinnvoll erwiesen und werden i. d. R. mit einem hohen Preis an Funktionsverlusten erkaufte.

Dagegen sind orthopädische Operationen zur Behandlung der Folgeschäden der Zerebralpareesen v. a. im Bereich der unteren Extremitäten, teilweise auch der Wirbelsäule und der oberen Extremitäten bei den meisten Kindern mit CP früher oder später unumgänglich. Wissenschaftliche Untersuchungen zur Effizienz verschiedener Operationsmethoden liegen meist nicht vor. Die Auswahl der Operationsmethoden erfolgt meist nach persönlichem Können und Erfahrungen der klinischen Kinderorthopäden.

Die Hilfsmittelversorgung, z. B. Versorgung mit Orthesen, Einlagen, Gehhilfen, Rollstühlen, stellt einen wichtigen Anteil in der funktionell-orthopädischen Versorgung der meist mehrfach behinderten Kinder und Jugendlichen dar. Der Aufwand steigt i. d. R. mit dem Alter. Wissenschaftliche Untersuchungen zur Wirksamkeit verschiedener Orthesen liegen i. d. R. nicht vor. Indikation und Anfertigung erfolgt zumeist auf der Basis der klinischen Erfahrungen der jeweiligen Orthopäden und Orthopädiemechaniker.

Kinder mit ICP haben häufig noch eine Reihe weiterer, z. B. gastrointestinaler Probleme, auf die hier nicht näher eingegangen wird.

6. Welche prioritären Ziele gelten für die Behandlung der o. g. Erkrankung 1 Indikation?

Als wichtigste Behandlungsziele für die ICP, aber auch für andere chronische Bewegungsstörungen können heute allgemein wie folgt definiert werden:

1. Erreichung eines möglichst hohen Selbstversorgungs- und Selbständigkeitsgrades im Alltag
2. Verhinderung oder Verminderung orthopädischer Folgeschäden
3. Erreichung eines möglichst hohen kognitiven Leistungsgrades sowie Ausbildungsgrades
4. Soziale Eingliederung in einer Gruppe bzw. in der Gesellschaft

1. und 2. sind als primär medizinische bzw. rehabilitative Behandlungsziele anzusehen, während 3. und 4. teilweise medizinische, vorwiegend jedoch pädagogische bzw. soziale Aspekte haben.

7. Welche dieser Ziele sind (ggf. teilweise) in welchem Stadium der Erkrankung und in welchem Lebensalter mit der o. g. Methode zu erreichen?

Die Konduktive Förderung nach Petö verfolgt prinzipiell alle 4 genannten Ziele. Im beiliegend dargestellten Forschungsbericht zur Konduktiven Förderung wird dargelegt, dass z. B. über eine Verbesserung koordinativer Handfunktionen, aber auch Training von Alltagsfertigkeiten, eine Verbesserung des Selbstversorgungs- und Selbständigkeitsgrades im Alltag durch Konduktive Förderung erreicht werden kann.

Eine Verminderung orthopädischer Folgeschäden ist im Hinblick auf die unteren Extremitäten eventuell gegeben, jedoch im Hinblick auf die Wirbelsäule fraglich bzw. sogar negativ zu beantworten.

Eine kognitive Verbesserung konnte bisher in keiner Studie objektiviert werden. Eine verbesserte Gruppenfähigkeit bzw. soziale Eingliederung kann nur aus persönlichen Beobachtungen beurteilt werden, dürfte hier jedoch bejaht werden können.

Die Domäne der Konduktiven Förderung liegt im Kindergartenalter sowie im frühen Schulalter. Im späteren Schulalter steht — wie mit allen anderen Therapiemethoden — im wesentlichen die Erhaltung und Sicherung des erreichten Funktionsniveaus im Vordergrund. Allerdings bestehen teilweise Beziehungen zum Bobath-Konzept. Petö entwickelte z. B. ein Handling-Konzept, welches in Ungarn unter Petö bereits bei Kindern ab dem 1. Lebensjahr eingesetzt wird und welches durchaus Ähnlichkeiten zum Bobath-Konzept aufweist. Während sich das Bobath-Konzept von einer überwiegend krankengymnastischen Methode verstärkt zu einer auch umsetzungsorientierten Methode entwickelt hat, scheint dies eher umgekehrt bei der Konduktiven Förderung der Fall zu sein. Gerade Weiterentwicklungen wie z. B. das konduktive Mehrfachtherapie-Konzept nach Keil (Wien) sowie das konduktive Therapie- und Förderkonzept der Stiftung Pfennigparade (München) integrieren verstärkt krankengymnastisches und auch modernes neurorehabilitatives Know-how.

8. Wie ist die Wirksamkeit einer Behandlung mit der o. g. Methode im Vergleich zu anderen (etablierten) Behandlungsmethoden und/oder im Vergleich zum Spontanverlauf?

Verwertbare Vergleichsstudien zu anderen etablierten Methoden, wie Krankengymnastik nach Vojta oder Bobath/Ergotherapie existieren bislang nicht. Die zuletzt genannten Methoden werden ab dem Kleinkind- bzw. v. a. ab dem Schulalter meist nur noch selten konsequent, d. h. mehrfach täglich durchgeführt.

Grundsätzlich muss zwischen einer kontinuierlich über Jahre durchgeführten Konduktiven Förderung (Sonderkindergarten oder Sonderschule in das Konzept integriert) und einer intensiv durchgeführten Blockförderung (über 3 bis 6 Wochen ohne wesentliche Kindergarten-/Schulintegration) unterschieden.

Insgesamt konnte in bisherigen Studien mit klinischen (meist wenig sensitiven) Messverfahren bei zumeist weit kleineren Stichproben und kürzeren Behandlungsdauern keine Unterlegenheit der Konduktiven Förderung gegenüber traditionellen Therapien und

Förderungen nachgewiesen werden (Hill 1990; Catanese et al. 1995; Coleman et al. 1995).

Die kontinuierliche Förderung zeigte sich in einigen Studien tendenziell als wirksamer gegenüber traditioneller Förderung, während die einzige randomisierte Studie mit nur 3 Stunden Förderung pro Woche sich nicht überlegen zeigte (Reddihough et al. 1998). Von der Gesellschaft für Neuropädiatrie wurden die vorliegenden Studien durchaus als geeignet abgesehen, um nachzuweisen, dass die konduktive Förderung nach Petö zumindest im Vorschulalter vergleichbar wirksam ist, wie z. B. die üblicherweise in Großbritannien durchgeführte Behandlung und Förderung in Sonderschulen (Bairstow 1993). Bei den eher kleinen Stichproben sind jedoch Effekte allein aus inhaltlichen wie messmethodischen Gründen kaum nachweisbar.

In der beiliegenden, bislang größten Studie (Münchener Modellprojekt Petö) werden Blockförderungen plus Allgmeinförderung mit Krankengymnastik und zumeist Ergotherapie (jeweils einmal pro Woche) in den Behandlungsintervallen verglichen, wie letztere sie viele Kinder mit CP in Körperbehindertenschulen erhalten dürften. Erstmals gelangten objektive, instrumentelle Messverfahren zum Einsatz. Die Gesamttherapiedauer war länger als in allen bisherigen Studien (insgesamt 9 Monate mit 3 einmonatigen Intensivblöcken).

Eine Überlegenheit der Konduktiven Förderung zeigte sich hierbei v. a. bei der Verbesserung von koordinativen Handfunktionen und — wohl damit in Verbindung stehend — eine Verbesserung von Alltagsfunktionen. Eine Verbesserung in der Lokomotion bzw. Aufrichtung zeigte sich nur bei Mittelschichtkindern, die die Förderung zwischen den Therapieblöcken wohl zuhause weiter durchführten.

In der Münchener Studie wurden methodisch besser abgesicherte Effekte nachgewiesen, die nach längerer Behandlung (mit „Intensivblöcken“) zu erreichen waren. Daraus kann man aber nicht schließen, dass bei Fortsetzung des Vorgehens über Jahre hinweg die Entwicklung der Kinder unter konduktiver Förderung nach Petö sozusagen zunehmend von Kindern mit etablierten Behandlungs- und Fördermethoden abweicht. Die absolut stärkste Verbesserung wurde im ersten Therapieintervall (4-Wochenintensivblock plus 3 Monate häusliche Umsetzung) gemessen, allerdings war der relative Effekt pro Tag am stärksten, wenn nur der Intensivblock gemessen wurde (in der Münchener Studie war dies der 3. Intensivtherapieblock).

Damit dürfte die Wirksamkeit wohl mit der Intensität und Kontinuität der Durchführung bzw. mit einer möglicherweise ungenügenden Umsetzung der Methode durch die Eltern zu Hause zusammenhängen (insbesondere für die Lokomotion und Aufrichtung gefunden). Das heißt, Wirkungen insbesondere im Bereich der Lokomotion und Aufrichtung sind möglicherweise erst bei kontinuierlicher Durchführung der Konduktiven Förderung zu erzielen. Diese könnten jedoch wiederum mit verstärkten funktionell-orthopädischen Nebenwirkungen erkaufte werden, z. B. im Sinne einer verstärkten Kyphosierung und Skoliosierung der Wirbelsäule aufgrund der verstärkten Aufrichtung der Kinder (Blank und von Voss 2002) oder vielleicht im Sinne einer verschlechterten Hüftmobilität (Bairstow 1993).

9. Ist angesichts der von Ihnen ggf. unter Frage 5 aufgeführten Behandlungsalternativen die Behandlung mit der o. g. Methode erforderlich und wenn ja, warum?

Die Konduktive Förderung stellt in bestimmten Punkten eine Ergänzung im Spektrum sinnvoller Therapiermaßnahmen dar (siehe ad 10.). Aufgrund der Intensität sowie der inhaltlich ähnlichen Zielsetzung wie bei der Bobath-Therapie und Ergotherapie (plus Förderung in einer Sonderkindergarten), könnte man Konduktive Förderung, insbesondere wenn es um die Frage der „Umsetzungsorientierung“ handelt, als Alternative zu den o. g. Behandlungs- und auch Fördermethoden sehen.

Aufgrund des starken Alltagsbezuges, des Gruppensettings sowie der Dauer über mehrere Stunden am Tag und der kontinuierlich erforderlichen therapeutischen Fachbetreuung besteht die Möglichkeit, in Deutschland vorhandene spezifische Therapiemethoden in die konduktiven Förderprogramme einzubauen, ja sogar Physio- und Ergotherapeuten in das

Gesamtkonzept einzubinden, wie dies in einer vom Bayerischen Staatsministerium für Kultus und

Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen geförderten Aus- bzw. Weiterbildung zum Konduktor vorgesehen ist.

Ein Vorteil der kontinuierlich durchgeführten konduktiven Förderung stellt die stärkere mögliche Verzahnung von Therapie und Pädagogik dar, wenn dies, wie erwähnt, verglichen wird mit den üblichen Förderungen in Sonderkindergärten mit zusätzlicher meist individueller Ergotherapie / Bobaththerapie.

10. Welche einzelnen Maßnahmen kommen zum Einsatz und wie lange dauern die einzelnen Therapieeinheiten?

Im Gegensatz zu den bisherigen in Deutschland angewandten Therapiemethoden (s. Punkt 5) erfolgt die Konduktive Förderung im Alltag der betroffenen Kinder über den gesamten Tag, d. h. zwischen 6 und 9 Stunden am Tag. Die medizinische Therapie ist hierbei in eine für die Kinder attraktive pädagogische Form gebracht. Der Ablauf ist genau nach bestimmten Programmen durchgeplant, die wiederum bestimmte Aufgabenserien umfassen. Das Therapiesetting ist meist ein Gruppensetting, jedoch werden auch Einzeltherapien bzw. -förderungen durchgeführt (s. Bericht: Kapitel 1.3, S. 1-6ff.)

Die Konduktive Förderung greift hierbei auf vier im wesentlichen in der Erwachsenenrehabilitation für wirksam gehaltene Prinzipien zurück:

► Starke Orientierung am Alltag, d. h. sämtliche alltagsrelevanten Funktionen werden systematisch im alltäglichen Kontext in bestimmten Aufgaben geübt. Im Erwachsenenbereich zeigte sich, dass Therapiemaßnahmen immer im Alltag transferiert werden müssen und dass dieser Transfer geübt werden muss.

► Repetition aller Übungen, d. h. alle Aufgaben werden repetitiv, teilweise in Varianten, geübt. Die Wirksamkeit repetitiven Übens im Hinblick auf neuroplastische Vorgänge wie alltagsrelevante Bewegungsformen (z. B. Laufbandtraining) konnte hinreichend belegt werden (Hesse et al. 1995). Eine Wirkung ist auch bei Kindern wahrscheinlich (Schindl et al. 2000)

► Synchronisation von rhythmisch-musikalischen Elementen und Bewegung (rhythmische Taktgeber beim Wiedererlernen von Laufen, Thaut et al. 1996; Thaut et al. 1997).

► Gruppendynamische Elemente, d. h. alle Aufgaben werden zumeist in der Gruppe durchgeführt. Hierüber findet Lernen durch Imitation und operante Belohnung statt.

Damit ist Konduktive Förderung einerseits eine medizinische Behandlungs- und ggf. auch Rehabilitationsmethode, andererseits kann sie auch als pädagogische Fördermethode eingesetzt werden. Die Beantwortung der Zuordnung hängt auch u. a. von der jeweiligen Fragestellung, von der Durchführung und von qualitätssichernden Maßnahmen ab. Eine umschriebene, intensive Blockförderung über 4-6 Wochen hat im wesentlichen weniger eine kognitive Förderung und Verbesserung der sozialen Integration als Ziel, sondern verfolgt die Verbesserung motorischer Funktionen, insbesondere der Aufrichtung, Lokomotion sowie Verbesserung der Handfunktionen und der Alltagsfertigkeiten als Ziel. Damit sind solche Blocks insbesondere medizinisch-therapeutischer Natur (medizinischer Anteil zu pädagogischem Anteil = ca. 80 : 20).

Eine kontinuierliche Dauerförderung muss jedoch auch pädagogische Ziele, d. h. das Erlangen bestimmter kognitiver und sozialer Fertigkeiten zum Ziel haben, wodurch der medizinisch-rehabilitative Anteil abnimmt.

Ohne eine ärztliche Supervision, ohne gezielte ärztlich-therapeutische Planung bzw. ohne qualitätssichernde medizinisch-diagnostische Maßnahmen ist nach unserer Ansicht von einem deutlich niedrigeren medizinisch-therapeutischem Anteil auszugehen (s. auch 9.).

Zusammengefasst gibt es - ähnlich wie bei der Methode nach Bobath und bei der Ergotherapie - verschiedene inhaltliche Varianten hinsichtlich der Durchführung, wobei der medizinisch-therapeutische Anteil erheblich auch davon beeinflusst werden dürfte, ob die Maßnahme im Kontext einer ärztlich-medizinisch-therapeutischen Versorgung nach Verordnung stattfindet oder

nicht.
11. Gibt es Unterschiede im Anteil pädagogischer Intervention in Abhängigkeit vom Entwicklungs-/Lebensalter bzw. vom Ausmaß der motorischen / geistigen Behinderung der betroffenen Kinder und wie hoch ist der jeweilige Anteil?
<p>Diese Frage ist schwierig zu beantworten. Wir dürfen hierzu auf Seite 3 - 61 sowie 4 - 126ff des Buches von R. Blank und H. v. Voss verweisen. Der Anteil pädagogischer Intervention ist nach unserer Erfahrung höher bei kontinuierlicher Konduktiver Förderung, da hier Funktionen des Sonderkindergartens bzw. der Sonderschule und damit die Förderung vorwiegend kognitiver Funktionen in das Gesamtkonzept der Konduktiven Förderung integriert sind. Bei der von Blank und von Voss untersuchten Blockförderung nach Petö handelt es sich ganz überwiegend um eine motorisch-therapeutische Intervention. Hierbei spielt das „Laufen lernen“ eine geringere Rolle, als von vielen Außenstehenden vermutet. Vielmehr stehen die Handmotorik, Bewegungsübungen im Liegen und Sitzen und vor allem auch das individuelle Therapieangebot im Vordergrund. Der pädagogische Anteil wurde von unabhängigen Beurteilern mit hoher Übereinstimmung auf weniger als 20 % geschätzt und dies dürfte im Bereich von anderen kassenrechtlich anerkannten alltags- und aufgabenorientierten Therapieverfahren wie der Therapie nach Bobath und der Ergotherapie liegen.</p> <p>Da es sich bei der Infantilen Zerebralparese doch ganz überwiegend um eine motorische Störung handelt, bei der die Verbesserung der motorischen Funktionen und deren Transfer im Alltag von entscheidender Bedeutung sind, gehen wir von einer vorwiegend therapeutischen Orientierung der Konduktiven Förderung aus.</p> <p>Es ist vorstellbar, dass bei Kindergartenkindern mit kontinuierlicher konduktiver Förderung der pädagogische Anteil — v. a. bei geistig Behinderten mit relativ guter motorischer Funktion — ansteigt. Studien hierzu liegen nicht vor. Aus methodischen Überlegungen ist die Abgrenzung von Therapie und Pädagogik gerade bei chronischen Erkrankungen des ZNS teilweise schwierig.</p> <p>Zusammengefasst muss man dann vor allem therapeutische Intentionen unterstellen, wenn die konduktiven Maßnahmen störungsbezogen, d. h. hier motorisch, stattfinden, regelmäßig vor Ort ärztlich supervidiert werden, gezielte Rehabilitationskonzepte erstellt und umgesetzt werden und ein regelmäßiges Therapiemonitoring/-assessment erfolgt. Dies gilt insbesondere dann, wenn Krankengymnasten und Ergotherapeuten mit ihrem Knowhow sowie moderne Rehabilitationsmaßnahmen wie Lautbandtraining mit in die Konduktive Förderung integriert werden.</p> <p>Sommercamps oder rein pädagogisch geführte konduktive Maßnahmen sollte man eher pädagogischen Interventionen zuordnen.</p>
12. Wie lange sollte die Behandlung insgesamt durchgeführt werden und welche Kriterien sind hierfür maßgebend?
<p>Aufgrund der zur Indikation und zu den Therapieprinzipien erfolgten Ausführungen sowie aufgrund der bisherigen Studien kann Konduktive Förderung sinnvollerweise kaum außerhalb der Gruppe und in Eigenregie der Eltern durchgeführt werden und sollte aufgrund der schweren zu behandelnden Störung eine hohe Intensität und eine gewisse Mindestdauer aufweisen. Sie sollte nicht unter 3 bis 4 Wochen ambulant oder stationär und in einer Intensität von mind. 3 Tage / Woche, jeweils mindestens halbtägig erfolgen.</p> <p>Bei der wichtigsten Zielgruppe der Konduktiven Förderung, den Kindern mit Infantilen Zerebralpareesen, handelt es sich um unheilbare Erkrankungen mit zentral bedingten Lähmungen. Therapeutische Maßnahmen sind im Prinzip lebenslang notwendig:</p> <p>Vorrangige Ziele der therapeutischen Maßnahmen im Säuglings- und Kleinkindalter sind, den Ausprägungsgrad der ICP günstig zu beeinflussen und einen möglichst hohen Grad in der Lokomotion und Aufrichtung sowie im Bereich der Hand- und Sprechfunktionen zu erreichen.</p>

Dabei sollte die Therapie mit zunehmendem Alter alltags- und aufgabenorientiert erfolgen.

Vorrangige Ziele der therapeutischen Maßnahmen im Schulkindalter sind vor allem, den erreichten Stand in der Lokomotion und Aufrichtung zu sichern, funktionell-orthopädische Folgeerkrankungen zu verhindern oder abzumildern und schließlich über eine individuelle therapeutische Differenzierung der vorhandenen hand- und sprechmotorischen Funktionen eine für das einzelne Kind möglichst optimale Anpassung an den Alltag, z. B. auch bei der Benutzung von Kommunikationsmitteln, zu bewirken.

Somit müssen die therapeutischen Ziele einerseits individuell, andererseits entwicklungspezifisch formuliert und umgesetzt werden. Da hier die Gefahr der Beliebigkeit oder des Abdriftens in allgemein-pädagogische Ziele besteht, muss nochmals auf die Bedeutung der Involvierung von Therapeuten und die regelmäßige und spezifische ärztliche Supervision sowie die präzise Formulierung und ständige individuelle Anpassung von Therapiezielen verwiesen werden. Die gilt um so mehr, als dass auch mögliche Nebenwirkungen, v. a. im funktionell-orthopädischen Bereich frühzeitig erkannt und gezielt angegangen werden (s. auch Blank und v. Voss 2002, 5. 4-1 16ff).

13. Mit welcher Diagnostik (z. B. Untersuchungstechniken, Apparaten, Gesundheitsskalen) werden die therapeutischen Ergebnisse (Zielgrößen) gemessen?

Regelmäßige Evaluation bzw. die Anwendung sog. standardisierter möglichst objektiver Assessmentmethoden sind bei einer derart langfristig durchgeführten Maßnahme dringend zu fordern. Dabei gilt, dass einerseits möglichst alltagsnah, andererseits möglichst objektiv gemessen werden sollte. Beide Forderungen sind nicht gleichzeitig durch ein Instrument zu erfüllen. Für eine alltagsnahe Evaluation kommen in jüngster Zeit Meßmethoden wie z. B. die Interview- bzw. Beurteilungsskalen PEDI (Pediatric Disability Inventory, Haley 1992), FIM (Functional Independence Measure, Ottenbacher et al. 1999, Ottenbacher et al. 2000) sowie als Screening-Instrument der jüngst entwickelte Fragebogen ADL (Activities of Daily Living, Blank und von Voss, 2003, in preparation), ferner die sog. ICF-Skalen (International classification of functioning, siehe Dokumentation 2003) in Frage.

Neben diesen immer einer gewissen Subjektivität unterliegenden Verfahren kommen klinisch-psychologische Verfahren wie z. B. die Intelligenz- und Leitungstestverfahren (eignen sich jedoch bei Kindern mit ICP kaum zur Verlaufsdagnostik) sowie motorische Testverfahren (z. B. Gross Motor Funktion Measure, Russell et al. 2000) in Betracht.

Noch objektivere und präzisere Aussagen sind durch instrumentelle Meßmethoden möglich, die die Funktionalität in bestimmten Testbatterien quantitativ untersuchen. V. a. durch die Fortschritte in der PC- und Messtechnik sind hier in den nächsten Jahren Verbesserungen und allgemeine Anwendungsmöglichkeiten gegeben (z. B. bewegungsanalytische Methoden, kinematische Mal- bzw. Schreibanalyse mit Hilfe eines Graphiktablets, kraftdynamische Untersuchungen). Alle Test- und Laborverfahren unterliegen jedoch wiederum der möglichen Verfälschung durch die Laborsituation, so dass beim Assessment bei Kindern mit ICP idealerweise möglichst Verfahren aus jeder Gruppe (Alltagsbezogene Verfahren, klinische Testverfahren und instrumentelle Verfahren) herangezogen werden sollten und in der Gesamtschau die Ergebnisse dann beurteilt werden sollten.

14. Ist die Behandlung mit der o. g. Methode alternativ oder additiv anzuwenden?

Die konduktive Förderung hat zweifellos gegenüber den bisherigen Therapiemethoden den Vorteil dass sie fast ständig unter fachlicher ärztlicher Durchführung in den Alltag der Kinder integriert wird und täglich über mehrere Stunden erfolgt. Gerade bei so schweren neurologisch begründeten Störungen ist eine mehrfach tägliche Intervention möglichst über einen längeren Zeitraum sinnvoll, um „messbare“ Effekte zu erreichen. Die klassische „Konduktive Förderung nach Petö“ lässt ausschließlich Konduktoren zum Einsatz kommen und versteht sich dadurch als Alternative zu anderen Behandlungsmethoden.

Ein integrativer Ansatz, wie er z. B. am ersten, jüngst in München durchgeführten Aufbaustudiengang für Therapeuten und Pädagogen zum pädagogisch-therapeutischen

Konduktor verfolgt wird (Stiftung Pfennigparade, Phönix GmbH), versteht sich als Ergänzung sowie als „Rahmen“, in dem auch die in Deutschland anerkannten therapeutischen

Verfahren teilweise zum Einsatz kommen können. Als „konduktiv“ wird hier auch ein Zusammenführen von verschiedenen, bisher meist getrennt oder kombiniert durchgeführten Therapieverfahren verstanden. Individuelle Logopädie, Krankengymnastik sowie basale Stimulation ist hier möglich.

Im Münchner Modellprojekt wurde aus verschiedenen hier nicht näher ausgeführten Gründen die klassische Konduktive Förderung nach Petö in Vierwochenblöcken untersucht, allerdings als „Add-on“-Therapie zu Allgemeinförderung bzw. Frühförderung, die die Kinder in den Therapieintervallen zwischen den Intensivblöcken erhielten. Ein additiver Effekt konnte hier vor allem im Bereich der koordinativen Handfunktionen sowie im Bereich der Alltagsfunktionalität festgestellt werden. Für einen Effekt im grobmotorischen Bereich war möglicherweise die Intervention zu kurz und in Familien aus einfachen Verhältnissen, die die Interventionen zu Hause kaum umsetzten, zu wenig intensiv (Blank und von Voss 2002).

Aufgrund des genannten Wirkprofils sowie der umsetzungs- und aufgabenorientierten Durchführung der Konduktiven Förderung ist im Kontext von rein krankengymnastisch orientierten Verfahren (z. B. Therapie nach Vojta) eher von einem additiven Effekt auszugehen. Vorwiegend umsetzungs- und alltagsorientierte Verfahren, z. B. bestimmte Formen der Ergotherapie, stellen eher alternative Behandlungskonzepte dar (Blank und von Voss 2002). Dabei ist zu bemerken, dass therapeutische Maßnahmen bei Kindern mit CP heute häufig in einer Frequenz von 1x pro Woche in den jeweiligen Sonderkindergärten oder Sonderschulen im wesentlichen durchgeführt werden. Die Umsetzung im Alltag erfolgt separat durch therapeutisch meist nicht ausgebildete Erzieherinnen oder durch Eltern häufig in unsystematischerer und in weniger strukturierter Weise wie in der Konduktiven Förderung

15. Kommt diese Methode nur als Einzeltherapie oder auch als Gruppentherapie zur Anwendung, worin bestehen entsprechende Zuordnungskriterien? Für den Fall, dass eine Gruppenbehandlung sinnvoll bzw. möglich ist, geben Sie bitte an, wie groß die Gruppen sein sollten, in denen eine bestmögliche Behandlung aus medizinischer Sicht realisiert werden kann.

Die konduktive Förderung stellt klassischerweise eine Gruppenbehandlungsmethode dar, wobei die Individualförderung jedoch bis zu 40% der Zeit umfassen kann (s. Blank und von Voss 2002, 5. 3 - 61ff). Dabei wird die Individualförderung auch häufig in der Gruppe durchgeführt.

Die Nutzung von gruppenspezifischen Effekten stellt ein wesentliches therapeutisches Agens der Konduktiven Förderung dar. Da das gemeinsame Ziel für alle Kinder in erster Linie eine Verbesserung der motorischen Funktionen sowie eine Verbesserung der Alltagsfertigkeiten darstellt, wird versucht, eine möglichst homogene Gruppe von Kindern mit Bewegungsstörungen zusammenzustellen, wobei durchaus auch auf Komplementarität geachtet wird. Die Anzahl der Kinder pro Gruppe hängt vom Schweregrad und Komplexitätsgrad der Störungen ab.

Bei Kindern mit Mehrfachbehinderungen ist u. U. eine Zahl von 5-6 Kindern sinnvoll, bei geistig weniger behinderten Kindern und Kindern mit verbesserten Gruppenfähigkeit können es 8—12 Kinder pro Gruppe sein (vgl. Modellprojekt Petö).

Die Anzahl der Konduktoren sowie konduktorisch ausgebildeten Ergotherapeuten und Physiotherapeuten liegt bei ca. 3 Personen; hinzu kommen noch 1-2 Hilfskräfte, so dass in Schwerbehindertengruppen nahezu ein 1:1 — Schlüssel besteht, während in den Gruppen mit „besseren“ Kindern ca. ein Schlüssel von ca. 1:2 bis 1:2,5 vorhanden sein sollte. Es handelt sich hier um Erfahrungswerte. Ob ein besserer Personalschlüssel bessere Effekte erbringt, ist nicht gesichert.

16. Welche Risiken sind mit der Behandlung mittels der o. g. Methode verbunden? Siehe hierzu unsere Ausführungen zu Punkt 26.

Behandlungsrisiken der Konduktiven Förderung sind bisher aus der Literatur kaum bekannt. Im Münchner Modellprojekt ließen sich allerdings gewisse Tendenzen erkennen, die in Zukunft ein verstärktes Augenmerk erfordern (Blank und von Voss 2002, 5. 3 - 76ff sowie 5. 4 - 116ff):

Bei einer Subgruppe von Kindern verschlechterte sich die Hüftfunktion. Dabei konnte jedoch nicht differenziert werden, ob es sich um einen spezifischen Effekt der Konduktiven Förderung handelt, da gleichzeitig auch bei einem Teil der Kinder sich die Hüftfunktion sogar verbesserte. Generell verschlechterten sich jedoch Wirbelsäulenfunktionen. Dies könnte auf zu lange Phasen in der vertikalen Aufrichtung zurückzuführen sein, wodurch aufgrund der mangelhaften muskulären Funktionalität z. B. vermehrt Kyphosierung oder Skoliosierungen auftreten können.

In anderen Bereichen wie der Motorik oder im psychologischen Bereich wurden keine nachteiligen Effekte beschrieben.

Ein regelmäßiges funktionell-orthopädisches Monitoring ist daher wie allerdings bei Kindern mit ICP generell zu fordern ist — eine absolute Notwendigkeit. Dabei sollten die Untersuchungsintervalle möglichst nicht über 3-6 Monaten liegen. Im Münchner Modellprojekt waren bei einigen Kindern bereits nach 4 Monaten Effekte zu erkennen. Auch aus diesem Grund ist nochmals auf die Notwendigkeit einer regelmäßigen ärztlichen Supervision der Maßnahmen vor Ort durch erfahrene Ärzte im Bereich der Neuro- und Sozialpädiatrie hinzuweisen.

17. Gibt es verschiedene Varianten / definierbare Einzelbestandteile der o. g. Methode, wie werden sie bezeichnet, worin bestehen die Unterschiede und welche sind als optimal anzusehen?

Hierzu sei auf die Antwort zu Frage 10 verwiesen.

Im Unterschied zu den in der Erwachsenenrehabilitation erprobten „Einzelbestandteilen“ stellt die Integration der Bestandteile sowie die Anwendung von gruppenspezifischen Prinzipien ein wesentliches Kriterium der Konduktiven Förderung dar. Die Einzelbestandteile werden dadurch allerdings nicht so stringent und intensiv übt eingesetzt, wie dies z. B. bei der Anwendung eines gezielten Laufbandtrainings der Fall ist. Die Frage, ob und inwiefern Kinder, v. a. im jüngeren Alter und mit geringem Intelligenzgrad für solche isoliert übenden Verfahren längerfristig motiviert werden können, ist jedoch auch noch nicht beantwortet.

18. Welches Therapieschema / definierbare Einzelbestandteile muss / müssen in welchem Stadium der o. g. Erkrankung eingehalten werden und wie ist dieses belegt?

Bislang gibt es im wesentlichen Studien zur Wirksamkeit im Kurzzeitbereich (bis zu etwa 6-9 Monaten), wobei z. B. bei der 9-monatigen Förderphase im Münchner Modellprojekt keine kontinuierlich erfolgende Therapie eingesetzt wurde, sondern 3 vierwöchige Intensivblöcke mit 2 dreimonatigen „Umsetzungsintervallen“.

Über die Wirksamkeit der kontinuierlichen Form der Konduktiven Förderung kann keine abschließende Aussage zur Wirksamkeit gemacht werden. Es ist jedoch naheliegend, dass die Effekte wie möglicherweise die Nebenwirkungen gegenüber Blockbehandlungen längerfristig stärker ausfallen dürften. Eine Übersicht über bisherige Studien ist in Tabelle 2, 5. 1-15 (Blank und von Voss 2002) gegeben. Die bisherigen Studien konnten meist aufgrund zu geringer Stichproben, zu geringem therapeutischen Input (z. B. nur 2-3x pro Woche) einen Effekt nur z. T. belegen. Immerhin konnte in den Studien mit kontinuierlicher Förderung über mindestens 6 Monate tendenziell ein Effekt belegt werden. Die Münchner Studie konnte Effekte im Alltagsbereich sowie im Bereich der Handfunktionen objektiv belegen.

Zusammengefasst sind im Bereich der Lokomotion und Aufrichtung eindeutige Effekte der Blockförderung nicht belegt, während in verschiedenen Studien eher Effekte bei der Handmotorik und (damit häufig korrelierend) Effekte im Bereich der Alltagsfertigkeiten sowohl bei der Blockförderung als auch bei der kontinuierlichen Förderung festgestellt wurden.

Somit ergeben sich als Indikationen für eine Blockförderung:

- ▶ „Probetherapie“ zur Auslotung eines möglichen Erfolges,
- ▶ gezielte kurzfristige Intensiv-Rehabilitation, v. a. mit dem Ziel von Verbesserungen im Bereich der Handfunktionen sowie der Alltagsfertigkeiten.

Eine kontinuierliche Förderung incl. schulische Eingliederung erscheint v. a. bei Kindern mit ICP und mit mehr oder weniger deutlich reduziertem intellektuellem Niveau als sinnvolle Alternative zum bisherigen System bestehend aus Kindergarten bzw. Schule mit einzelnen

meist individuellen, über die Woche verteilten Therapiestunden.

19. Welche Qualifikationen sind vom verordnenden Arzt und vom behandelnden Therapeuten zu fordern?

Wie oben schon erwähnt, muss die Konduktive Förderung als medizinisches Heilmittel von einem Kinder- und Jugendarzt, der in der Therapie und Rehabilitation von Kindern mit Bewegungsstörungen erfahren ist, vor Ort supervidiert werden. Es sollte hierbei ein Facharzt mit zusätzlicher neuropädiatrischer und sozialpädiatrischer Qualifikation sein. Hinsichtlich der Zusammensetzung der Therapeuten ist grundsätzlich mind. 1 Konduktor sowie zwei zumindest in der konduktiven Förderung erfahrene bzw. ausgebildete Ergotherapeuten oder/und Physiotherapeuten zu fordern.

20. Kann Ihres Erachtens die „Konduktive Förderung Nach Petö“ wie die Maßnahmen der physikalischen Therapie, der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie oder der Ergotherapie als Einzel-Heilmittel verordnet und durchgeführt werden oder handelt es sich um eine standardisierte Kombination — ähnlich der so formulierten Kombination im Bereich der Physikalischen Therapie?

Konduktive Förderung stellt im Prinzip ein kombiniertes Heilmittel dar, welches Merkmale von logopädischen, physiotherapeutischen und ergotherapeutischen Maßnahmen etc. zu integrieren versucht.

Die Maßnahme wird in der Regel in einer eher homogenen Gruppe von Kindern mit Bewegungsstörungen, v. a. Infantiler Zerebralparese durchgeführt. Eine Integration mit edukativen Systemen (Kindergarten, Schule) erscheint gerade bei kontinuierlicher Förderung sinnvoll.

21. Sollte die „Konduktive Förderung nach Petö“ in hierfür geeigneten selbständigen Therapeutenpraxen oder sollte sie in anderen Einrichtungen (z. B. sozialpädiatrischen Zentren, Frühfördereinrichtungen, Rehabilitations-Einrichtungen) durchgeführt werden?

Aufgrund der Komplexität und der qualifizierten ärztlichen Betreuung sowie aufgrund der notwendigen Verlaufsuntersuchungen bzw. „Assessments“ zur Therapieverlaufskontrolle ist davon auszugehen, dass Konduktive Förderung nur in größeren, meist multiprofessionellen Zentren und weniger in Einzelpraxen oder gar in isoliert arbeitenden pädagogischen Einrichtungen therapeutisch sinnvoll durchführbar ist.

Für Blockförderungen (Intensivblöcke) kommen sozialpädiatrische und kinderneurologische Zentren und deren angegliederte Rehabilitationskliniken in betracht. Für kontinuierliche Förderungen kommen hierfür Langzeitrehabilitationszentren und -einrichtungen mit entsprechend integrierten Sonderkindergarten- und Sonderschuleinrichtungen sowie evtl. mit Wohngruppen, die mit Sozialpädiatrischen Zentren assoziiert sind oder über entsprechendes medizinisches Fachpersonal verfügen, in Ausnahmefällen auch speziell qualifizierte Frühfördereinrichtungen (nur bis zum Alter von 6 Jahren), in betracht.

22. Werden andere Methoden hierdurch überflüssig und warum?

Diese Frage ist derzeit nicht sicher zu beantworten. Eine längerfristige Perspektive besteht eventuell darin, dass umsetzungs- und aufgabenorientierte therapeutische Arbeit im Rahmen der Konduktiven Förderung stärker als bisher in den Alltag der Kinder im Kindergarten und in der Schule integriert und intensiviert zum Einsatz kommen könnte und damit sporadische, teilweise unkoordinierte oder redundante Einzelmaßnahmen am Kind eher reduziert werden könnten.

Ein weiterer eher formaler Vorteil könnte sein, dass durch die geschickte Nutzung der Gruppe mehr Kinder über eine längere Zeit fachmännisch geleitete Therapie und Rehabilitation durchlaufen als bisher.

Dabei muss versucht werden, die konduktive Förderung und Therapie an deutsche Verhältnisse anzupassen. Da konduktive Förderung — wie unter 10. dargestellt — durchaus

Aspekte einer modernen wissenschaftlich begründeten Neurorehabilitation enthält - wird es als möglich und sinnvoll gesehen, dass moderne therapeutisch-rehabilitative Maßnahmen in dieses Konzept in den nächsten Jahren verstärkt ein- und ausgebaut werden. Inwieweit Vertreter eines „klassischen konduktiven Ansatzes“ (im übrigen wie die Vertreter der bereits anerkannten „klassischen krankengymnastischen Konzepte“) diese notwendige Weiterentwicklung mit nachvollziehen, muss hinterfragt werden. Insofern ist nochmals zu betonen, dass eine medizinische Supervision und eine möglichst objektive Verlaufskontrolle und Qualitätssicherung von hoher Bedeutung sein werden und mitentscheiden dürfte, ob das Konduktive Konzept als gezieltes therapeutisches Instrument oder eher als alternative sonderpädagogische Förderung zum Einsatz kommt.

23. Wie hoch sind die Kosten der Behandlung eines Patienten mit der o. g. Methode? (je

Siehe hierzu Blank und von Voss 2002, 5. 4 - 124ff.

24. Wie sind die Kosten einer Behandlung mit der o. g. Methode im Vergleich zu etablierten Methoden?

Siehe hierzu Blank und von Voss 2002, 5. 4 - 124ff.

25. Welche Kosten könnten durch den Einsatz der o. g. Methode vermieden werden? Kann von uns nicht beantwortet werden.

Siehe hierzu unter ad 22.

Literatur

Bairstow P, Cochrane, R, Hur, J (1993) Evaluation of Conductive Education for Children with Cerebral Palsy. HMSO Publications Centre, London

Beals RK (1966) Spastic paraplegia and diplegia. An evaluation of non-surgical and surgical factors influencing the prognosis for ambulation. J Bone Joint Surg Am 48: 827-846.

Blank R, von Voss, H. (2002) Konduktive Förderung nach Petö - Evaluation einer alltags- und aufgabenorientierten Therapie bei Kindern mit Zerebralpareesen im Kindergarten- und Vorschulalter. Shaker-Verlag, Aachen

Catanese AA, Goleman GJ, King JA, Reddihough DS (1995) Evaluation of an early childhood programme based on principles of conductive education: the Yooralla project. J Paediatr Child Health 31: 418-422.

Coleman GJ, King JA, Reddihough DS (1995) A pilot evaluation of conductive education based intervention for children with cerebral palsy: the Tongala project. J Paediatr Child Health 31: 412-417.

Dokumentation D-DJflvl (2003). International Classification of Functioning., Hagberg B, Hagberg G, Olow L. (1993) The changing panorama of cerebral palsy in Sweden. VI. Prevalence and origin during the birth year period 1983-1986. Acta Paediatr 82: 387-393.

Haley SM, Goster, J.W. Ludlow, L.H., Haltiwanger, J.T. Andrellos, P.J. (1992) Pediatric Evaluation of Disability Inventory (PEDJ). New England Medical Center Hospitals, PEDJ Research Group, Boston

Hesse S, Bertelt C, Jahnke MT, Schaffrin A, Baake P, Malezic M, Mauritz KH (1995) Treadmill

training with partial body weight support compared with physiotherapy in nonambulatory hemiparetic patients. Stroke 26: 976-981.

Hill AE (1990) Conductive education for physically handicapped children: parental expectations and experience. Ulster Med J 59: 4 1-45.

Krägeloh-Maun I, Hagberg G, Meisner C, Schelp B, Haas G, Eeg-Olofsson KE, Selbmann HK, Hagberg B, Michaelis R (1994) Bilateral spastic cerebral palsy - a comparative study between south-west Germany and western Sweden. II: Epidemiology. Dev Med Child Neurol 36: 473-483

Ottenbacher KJ, Msall ME, Lyon N, Duffy LC, Granger CV, Braun 5 (1999) Measuring developmental and functional status in children with disabilities. Dev Med Child Neurol 41: 186-194.

Ottenbacher KJ, Msall ME, Lyon N, Duffy LC, Ziviani J, Granger CV, Braun 5 (2000) Functional assessment and care of children with neurodevelopmental disabilities. Am J Phys Med Rehabil 79: 114-123.

Paine RS (1959) The natural history of cerebral palsy. Mc Keith Press, Oxford Blackwell

Reddihough DS, King J, Coleman G, Catanese T (1998) Efficacy of programmes based on Conductive Education for young children with cerebral palsy. Dev Med Child Neurol 40: 763-770.

Russell DJ, Avery LM, Rosenbaum PL, Raina PS, Walter SD, Palisano RT (2000) Improved scaling of the gross motor function measure for children with cerebral palsy: evidence of reliability and validity. Phys Ther 80: 873-885.

Schindl MR, Forstner C, Kern H, Hesse 5 (2000) Treadmill training with partial body weight support in nonambulatory patients with cerebral palsy. Arch Phys Med Rehabil 81: 301-306.

Thaut MH, McIntosh GC, Rice RR (1997) Rhythmic facilitation of gait training in hemiparetic stroke rehabilitation. J Neurol Sci 151: 207-212.

Thaut, MH, McIntosh GC, Rice RR, Miller RA, Rathbun J, Brault JM (1996) Rhythmic auditory stimulation in gait training for Parkinson's disease patients. Mov Disord 11: 193-200.

11.8.11 Verein Ponte Kö e. V.

Nachstehend erhalten Sie unsere Ausführungen zu dem Fragenkatalog.

1. Auf welche Erkrankung bzw. Indikation (Diagnose + Leitsymptomatik) bezieht sich Ihre Stellungnahme?

Die konduktive Förderung nach Petö ist für Kinder und Erwachsene mit cerebralen Bewegungsstörungen, wie

- Enthemmung der Funktion
- Ausfall der Funktion
- Dysregulation der Funktion,

d. h. für Kinder und Erwachsene mit Mehrfachbehinderung, wie Spastik (Tetraplegie, Diplegie, Hemiplegie), Athetose und Ataxie anwendbar.

2. Anhand welcher diagnostischer Verfahren und ggf. welchen nachprüfbarer Parametern wird die o. g. Indikation festgestellt?
Anamnese, Klinik (verzögerte statomotorische Entwicklung, Hyperreflexie bzw. Hyporeflexie, Persistenz angeborener Reflex, erhöhter bzw. verminderter Muskeltonus), MRT (Nachweis von Residuen nach Hirnblutungen oder nach periventrikulärer Leukomalaxie [z. B. als Folge von Sauerstoffmangel] oder von konnatalen Fehlbildungen), Ganganalysen falls Kind zum Laufen kommt.
3. Wie hoch ist die Prävalenz / Inzidenz der o. g. Erkrankung in Deutschland?
Die Prävalenz der ICP-Kinder beträgt 2 - 4 auf 1000 Neugeborene.
4. Wie ist der Spontanverlauf der o. g. Erkrankungen
Durch die verzögerte frühkindliche Entwicklung kommt es zu Störungen der psychointelligenten Entwicklung. Der irreparable Hirnschaden führt zu einer schlaffen Lähmung. Durch Übernahme einer selbständigen Steuerungsfunktion über das Bewegungssystem durch primitive Gehirnteile und das Rückenmark, die nur spastisch steuern können, kommt es zu gewissen Stützfunktionen, die je nach Ausmaß des Schadens dem Willen gehorchen. Daraus ergibt sich, dass die Entwicklung eines Kindes mit infantiler Zerebralparese (ICP) auch ohne Therapie individuell verschieden verlaufen kann. Spontanverläufe ohne Therapie sind nicht vorhersagbar.
5. Welche Methoden stehen zur Behandlung der o. g. Erkrankung grundsätzlich zur Verfügung?
Therapie nach Vojta und Bobath, sensorische Integrationstherapie, Logopädie, Ergotherapie, ambulante Frühförderung.
6. Welche prioritären Ziele gelten für die Behandlung der o. g. Erkrankung / Indikation?
<ul style="list-style-type: none">· Nicht defektorientierte Versorgung von Schwerbehinderten, sondern zielorientiertes Handeln unter Einbeziehung der alltäglichen Lebenspraxis in der Gruppe schafft es, natürliche Ressourcen freizulegen.· Durch die motorische Behinderung kommt es zu globalen Lernstörungen. Durch konduktive Förderung wird diese globale Lernstörung mit besonderen Fördermaßnahmen behandelt, in deren Ergebnis es durch die Persönlichkeitsentfaltung zu einer raschen Besserung der Motorik kommt. Durch Lernen wird die Plastizität des Gehirns und die Adaptionsfähigkeit genutzt.· Untrennbarkeit von Körper, Geist und Seele entspricht dem ganzheitlichen Ansatz. Motorische und kognitive Fähigkeiten bilden eine Einheit.
7. Welche Ziele sind (ggf. teilweise) in welchem Stadium der Erkrankung und in welchem Lebensalter mit der o. g. Methode zu erreichen?
Orientierungsphase - dient der Statusanfertigung durch Konduktorinnen und Ärzte, Anamneseerhebung, Beurteilung von Kontaktaufnahmemöglichkeit, Beurteilung der allgemeinen Entwicklung, augenfällige statische Veränderungen, augenfällige sonstige Veränderungen (Kopf, Haut, Muskulatur, Tonusverteilung, Koordination, Kontinuität, willkürliche Bewegungen), Aufgabenlösung, Selbstbedienung, Umweltfaktoren, familiäre Bedingungen, Sozialibilität. Diese Orientierungsphase dient der Gruppeneinordnung. Lernphase - die erlernten Bewegungen werden in Tätigkeitszusammenhängen angewandt erprobt und automatisiert. Vertiefungsphase - das Gelernte wird auch in veränderter Umgebung angewendet. Nachuntersuchungen. Die Kinder, bei denen eine CP in den ersten 6 Lebensmonaten diagnostiziert wurde, sollten vom 6. Lebensmonat bis ca. 3. Lebensjahr in einer so genannten Mutter-Kind-Gruppe betreut werden.

<p>Hierbei wird besonders viel Wert auf die Vorbereitung der Mutter zur Mitbetreuung des Kindes gelegt. Vom 3. Lebensjahr bis zur Erreichung der Schulfähigkeit werden die Kinder täglich in der Gruppe durch Konduktoren in einem Betreuungsschlüssel von 1:3 bis 1:4 behandelt. Danach könnten Konduktorinnen in allen Einrichtungen der Behindertenbetreuung ergänzend zu den bereits bestehenden Angeboten tätig werden.</p>
<p>8. Wie ist die Wirksamkeit einer Behandlung mit der o. g. Methode im Vergleich zu anderen (etablierten) Behandlungsmethoden und / oder im Vergleich zum Spontanverlauf?</p>
<p>Unmittelbare Vergleiche sind schwierig, wenn nicht unmöglich (siehe Literaturverzeichnis 1 - 5). Da konduktive Förderung bis heute von den Patienten bzw. deren Eltern selbst finanziert wird, kann eine notwendige wissenschaftliche Evaluation durch unseren Verein nicht realisiert werden. Wir legen jedoch großen Wert auf eine medizinische Dokumentation der Entwicklung des Kindes nach Teilnahme an so genannten Konduktiven Förderwochen.</p>
<p>9. Ist angesichts der von Ihnen ggf. unter Frage 5 aufgeführten Behandlungsalternativen die Behandlung mit der o. g. Methode erforderlich und wenn ja, warum?</p>
<p>Diese konduktive Förderung nach Petö ist eine echte Ergänzung zu den am Markt etablierten Methoden.</p> <p>Das besondere ist:</p> <ul style="list-style-type: none">· Es werden pädagogische und therapeutische Inhalte in integrierter Form vermittelt.· Es handelt sich um ein ganzheitliches, komplexes, pädagogisches System mit dem Ziel der spezifischen Verbesserung der Dysfunktion und der Integration in die Gesellschaft.· Sehr zeitintensives Üben motorischer Fertigkeiten (u. a. der selbständigen Fortbewegungen) und ein hoher Personaleinsatz bringen schnelle Erfolge. Dies ist für Kinder und Eltern sehr motivierend.· Die Motivation, die von einer Gruppe von Kindern ausgeht, Rhythmisierung und „Leben“ in der Gruppe beschleunigen die motorische und geistige Entwicklung eines Kindes zu einem Zeitpunkt, wo die „Plastizität“ des Gehirns noch genutzt werden kann. (Literaturverzeichnis (2))
<p>10. Welche einzelnen Maßnahmen kommen zum Einsatz und wie lange dauern die einzelnen Therapieeinheiten?</p>
<p>1. Mutter-Kind-Gruppe: 2 - 3 mal wöchentlich</p> <p>2. Kindergartengruppe: täglich, 4 - 6 Stunden in einer Gruppe</p> <p>3. Schulen! Sonderschulen - Integration von Konduktoren in das „normale Programm.“</p> <p>„Einzelne“ Maßnahmen gibt es nicht. Es gibt verschiedene Programme für unterschiedliche individuelle Lernziele (z. B. grob- und feinmotorischer Bereich, sprachlicher, sachkundlicher lebenspraktischer Bereich, sozialer und emotionaler Bereich).</p> <p>Programme:</p> <p>Körperschema-Entwicklungsprogramm, Körperkoordinationsprogramm, Programme zur Entwicklung der Augen-Hand-Koordination, Programme zur Entwicklung der Perzeption, Lese- und Schreibprogramme, Mengenlehreprogramme, Programme aus den Bereichen von Ästhetik und Kommunikation, Sozialerziehungsprogramme usw. (Literaturverzeichnis 2)</p>
<p>11. Gibt es Unterschiede im Anteil pädagogischer Intervention in Abhängigkeit vom Entwicklungs- / Lebensalter bzw. vom Ausmaß der motorischen / geistigen Behinderung der betroffenen Kinder und wie hoch ist der jeweilige Anteil?</p>

<p>Es gibt in Abhängigkeit vom Lebensalter des Kindes Unterschiede beim Verhältnis von pädagogischer zu medizinischer Behandlung. Die individuelle Entwicklung des Kindes bestimmt das Verhältnis und ist nicht vorausbestimmbar.</p>
<p>12. Wie lange sollte die Behandlung insgesamt durchgeführt werden und welche Kriterien sind hierfür maßgebend?</p>
<p>Die Dauer der Behandlung hängt vom Ausmaß der cerebralen Schädigung und vom Therapiebeginn ab. Je zeitiger die Diagnose ICP gestellt wird und je früher ein Kind eine konduktive Förderung erfährt, um so größer wird die Möglichkeit, maximale Selbständigkeit bei irreversibler Hirnschädigung zu entwickeln. Konduktive Förderung bei cerebraler Schädigung kann Entwicklung fördern, bereits Gelerntes festigen und noch gekonntes erhalten.</p>
<p>13. Mit welcher Diagnostik (z. B. Untersuchungstechniken, Apparaten, Gesundheitsskalen) werden die therapeutischen Ergebnisse (Zielgrößen) gemessen?</p>
<p>Entwicklungstest nach Denver, Münchner funktionelle Entwicklungsdiagnostik und andere entwicklungsneurologische Tests. Intelligenztests verschiedener Art, psychologische Tests Ganganalysen, Videodokumentation.</p>
<p>14. Ist die Behandlung mit der o. g. Methode alternativ oder additiv anzuwenden?</p>
<p>additiv</p>
<p>15. Kommt diese Methode nur als Einzeltherapie oder auch als Gruppentherapie zur Anwendung, worin bestehen entsprechende Zuordnungskriterien? Für den Fall, dass eine Gruppenbehandlung sinnvoll bzw. möglich ist, geben Sie bitte an, wie groß die Gruppen sein sollten, in denen eine bestmögliche Behandlung aus medizinischer Sicht realisiert werden kann.</p>
<p>Nur als Gruppentherapie. Für Kinder gilt ein optimaler Betreuungsschlüssel von 1:2 bis 1:3, wobei auch mehrere Konduktorinnen in einer Gruppe in einem Raum arbeiten können.</p>
<p>16. Welche Risiken sind mit der Behandlung mittels der o. g. Methode verbunden?</p>
<p>Ein Ausschusskriterium für die konduktive Förderung ist eine Hüftlateralisation von mehr als 30°. Wenn diese Kinder aufgerichtet werden, kommt es zur Hüftluxation. Deshalb sind operative Korrekturen vor Therapiebeginn nötig. Die Kinder sollten vor Therapiebeginn optimal orthetisch versorgt sein, um vorhandene Skelettdeformierungen nicht zu verstärken.</p>
<p>17. Gibt es verschiedene Varianten / definierbare Einzelbestandteile der o. g. Methode, wie werden sie bezeichnet, worin bestehen die Unterschiede und welche sind als optimal anzusehen?</p>
<p>Alle z. Z. existierenden Varianten sind deshalb entstanden, weil die Finanzierung der Konduktoren von den Patienten bzw. deren Eltern selbst vorgenommen wird. Diese „Notprogramme“, wie Sommercamps, Blocktherapien oder Rehabilitationskuren sind eine eigentlich nicht zulässige Abwandlung der konduktiven Erziehung. Die bisherige Praxis verhindert einen optimalen Nutzen.</p>
<p>18. Welches Therapieschema / definierbare Einzelbestandteile muss / müssen in welchem Stadium der o. g. Erkrankung eingehalten werden und wie ist dieses belegt?</p>
<p>Siehe Literaturverzeichnis (2), Seite 51 „Grundprinzipien</p>
<p>19. Welche Qualifikationen sind vom verordneten Arzt und vom behandelnden Therapeuten zu fordern?</p>
<p>Kinderärzte, Kinderneuropsychiater, Orthopäden, Neurologen.</p>
<p>20. Kann Ihres Erachtens die „Konduktive Förderung nach Petö“ wie die Maßnahmen der physikalischen Therapie, der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie oder der Ergotherapie als Einzel-Heilmittel verordnet und durchgeführt werden oder handelt es sich um eine standardisierte Kombination- ähnlich der so formulierten Kombination im Bereich der Physikalischen Therapie?</p>

Konduktive Förderung kann für einen Patienten als Einzelheilmittel verordnet werden.
21. Sollte die „Konduktive Förderung nach Petö“ in hierfür geeigneten selbständigen Therapeutenpraxen oder sollte sie in anderen Einrichtungen (z. B. sozialpädiatrische Zentren, Frühfördereinrichtungen, Rehabilitations-Einrichtungen) durchgeführt werden?
Diese Therapie kann niemals in selbständigen Therapeutenpraxen durchgeführt werden. Begründung: Literaturverzeichnis (3), Seite 65.
22. Werden andere Methoden hierdurch überflüssig und warum?
Nein. In einer Entwicklungsphase eines Kindes kann es aufgrund der Entwicklungsimbalance durchaus notwendig sein, forcierte Logopädie oder Ergotherapie oder Manualtherapie oder Botulinumtoxin-Therapie begleitend und entwicklungsfördernd anzuwenden.
23. Wie hoch sind die Kosten der Behandlung eines Patienten mit der o. g. Methode? (je Anwendung /je Therapiezyklus /je Kalenderjahr)
Kosten je Kind und Tag betragen bei unseren durchgeführten Blocktherapien z. z. 63,00 Euro pro Tag, weil Management, medizinische Betreuung, Schriftführung und Finanzen in ehren-amtlicher Tätigkeit realisiert werden sowie ein umfangreiches Sponsoring seitens der Lielje-Gruppe erfolgt.
24. Wie sind die Kosten einer Behandlung mit der o. g. Methode im Vergleich zu etablierten Methoden?
Einen Kostenvergleich zu anderen Therapien können wir nicht führen. Wenn jedoch eine Konduktorin in einem integrativen Kindergarten mit dem Tarif eines Heilpädagogen nach BAT 5 oder 4a eingestellt wird, müssten die finanziellen Mittel, die ein Kind bisher vom überörtlichen Träger durch Feststellung eines Grundanerkennnisses erhält, reichen.
25. Welche Kosten könnten durch den Einsatz der o. g. Methode vermieden werden?
Durch die erlernten Fähigkeiten zur Selbständigkeit könnten z. B. spätere Kosten für Rollstuhlfinanzierung, Hygieneartikel (Windeln), Pflegegeldreduktion usw. sinken.
Literaturverzeichnis
(1) Medizinischer Vergleich zwischen der Konduktiven Förderung und anderen, in Deutschlands etablierten Frühförderkonzepten von Michael Rochel, Gerhard Neuhauser aus Frühförderung interdisziplinär, 15. Jg., S. 73 - 77 /1996)
(2) Zur konduktiven Förderung Eine kritische Darstellung der ungarischen „Behandlungsmethode“ für Kinder mit cerebralen Bewegungsstörungen. Steffen O. Günther, Walter Strassmeier auf Frühförderung interdisziplinär, 15. Jg. 5 49 - 58 (1996)
(3) Erfahrungen mit Konduktiver Förderung im Forschungs- und Entwicklungsprojekt seit 1990 aus pädagogischer Sicht - von Karin 5. Weber Frühförderung interdisziplinär, 15. Jg. 5. 59 - 66 (1996)
(4) Konduktive Förderung für cerebral geschädigte Kinder. Forschungsbericht des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung Nr. 224, Sozialforschung von Weber, K., Rochel M. (1992)

11.8.12 Friedrich Schiller Universität Jena

1. Auf welche Erkrankung bzw. Indikation (Diagnose und Leitsymptomatik) bezieht sich Ihre Stellungnahme?
Die Stellungnahme bezieht sich auf das Indikationsspektrum kindlicher und jugendlicher Patienten mit infantiler Zerebralparese mit Hemi- und Tetraspastik sowie Diparese, die sitz-, gehalten und frei steh- sowie gehalten und frei gehfähig sind. Es bestehen komplexe Defizite der Motorik, Koordination, Intelligenz, des sozialen Verhaltens, der Sprache und weitere Nebenerkrankungen.
2. Anhand welcher diagnostischen Verfahren und ggf. welchen nachprüfbaren Parametern wird die o. g. Indikation festgestellt?
Die Feststellung der Erkrankung erfolgt in der Regel bei dem Kinderarzt. Der Kinderneurologe erhebt seinen Befund und stellt die Prognose fest und der kinderorthopädisch Tätige führt an Hand seiner klinischen Untersuchung, des entwicklungsphysiologischen Befundes, des Röntgenbildes oder eines anderen bildgebenden Verfahren die Untersuchung durch und ermittelt die Leistungsfähigkeit des Skelettmuskelsystems und seiner Defizite. Aus diesem Parameter (Diagnose, Prognose und orthopädischer Befund) kann die Indikation für eine entsprechende Behandlung abgeleitet werden.
3. Wie hoch ist die Prävalenz/Inzidenz der o. g. Erkrankung in Deutschland?
Wir behandeln 50 Kinder pro Jahr mit infantiler Zerebralparese stationär operativ und ca. 80 Kinder pro Quartal ambulant. Die allgemeine Inzidenz in Deutschland beträgt 2-3 Kinder pro Tausend Lebendgeborene.
4. Wie ist der Spontanverlauf bei der o. g. Erkrankung?
Bei der infantilen Zerebralparese ist das Ausmaß der betroffenen Hirnregion unverändert, zeigt also kein Zu- oder Abnahme wie beispielsweise beim Schlaganfallpatienten. Die Prognose insgesamt ist abhängig vom Ausmaß der betroffenen Region, insbesondere auch, inwieweit Motorik oder Sensorik betroffen ist. Bei Betroffenheit der motorischen Abschnitte des Gehirns zeigt sich ein Zurückbleiben in der Entwicklung gegenüber gesunden Kindern, messbar an den Meilensteinen der kindlichen-motorischen Entwicklung. Durch die bestehende Muskelasymmetrie ist die Gelenkbeweglichkeit eingeschränkt und führt unbehandelt oder nicht ausreichend behandelt zu Kontrakturen der Gelenke, Luxationen und Gebrauchsunfähigkeit der Gliedmaßen. Ebenso entstehen die Skoliosen mit ihrer thorakalen und abdominellen Problematik. Über die Jahre wird dann eine Vertikalisierung zum Beispiel Gehen, Stehen, Sitzen usw. nicht erreicht, oder bereits gewonnene Fähigkeiten können wieder verloren gehen, so dass selbst entspanntes Liegen auf dem Rücken für manche Kinder nicht möglich ist. Es ist neben dem Ausmaß der primären Störung und der davon abhängenden Prognose daher das Problem der Progredienz der sekundären und tertiären Symptomatiken, die unbehandelt oder schlecht behandelt deutlich progredient sind.
5. Welche Methoden stehen zur Behandlung der o. g. Erkrankung grundsätzlich zur Verfügung?
Zu den konservativen Behandlungsmethoden gehören die Antikontrakturbehandlung um die Einsteifung der Gelenke trotz bestehender Muskelasymmetrie zu verhindern und Subluxationen und Luxationen vorzubeugen. Weiterhin gehören neurophysiologische Übungsbehandlungen wie Bobath, Vojta ..., die Ergotherapie, die Logopädie, die Motopädie und andere Behandlungsmethoden dazu. Bei Fortschreiten des Befundes sind oft nur operative Maßnahmen

sinnvoll (Arthrololyse, Verlängerung von Muskel- und Sehnen. Transfer-Operationen, knöcherner Eingriffe, selektive dorsale Rhizotomien usw. erforderlich) deren Erfolg im wesentlichen ebenfalls von der konservativen Nachbehandlung geprägt ist. Außer diesen motorisch orientierten Therapien werden noch medikamentöse Therapien zur Verminderung der Spastik und zur Reduktion der oft bestehenden Begleiterkrankung (Epilepsie ...) angewendet.

6. Welche prioritären Ziele gelten für die Behandlung der o. g. Erkrankung/Indikation?

In erster Linie sollte die Kontraktur verhindert werden. Weiterhin ist die Vertikalisierung ein wesentliches Ziel der Behandlung. Speziell die Petö-Therapie gibt als weiteres prioritäres Ziel die Erlangung zur Selbständigkeit der Kinder durch Förderung der Motorik, Koordination, der Kommunikation und Verbesserung der sprachlichen Fähigkeiten an.

7. Welche dieser Ziele sind (ggf. teilweise) in welchem Stadium der Erkrankung und in welchem Lebensalter mit der o. g. Methode zu erreichen?

Die Erkrankung der infantilen Zerebralparese läuft nicht in Stadien ab. Die Therapie dient u. a. der Förderung der Vertikalisierung der Kinder. In Abhängigkeit der Prognose kann ein höherer Vertikalisierungsgrad (z. B. vom gehaltenen Sitzen zum kontrollierten Sitzen, vom gehaltenen Stehen über Hilfsmittelstehen, vom gehaltenen Gehen über Hilfsmittelgehen zum freien Gehen) erreicht werden. Günstig erscheint, dass die Antikontrakturbehandlung explizit in die Therapie inbegriffen ist. Der Frühförderzeitraum lässt sich mit 2 — 5 Jahren, der Hauptförderzeitraum zwischen 5 u. 10 bis max. 14 Jahren umreisen. Schulmedizinisch gesehen nimmt man an, dass Kinder, die bis zu einem bestimmten Zeitpunkt nicht ausreichend vertikalisiert sind, z. B. Stehen oder Laufen erlernt haben, das oberhalb dieser Altersgrenze nicht mehr schaffen. Allerdings zeigt sich, dass in der Petö-Therapie Vertikalisierungsfortschritte in relativ kurzer Zeit erreicht wurden, die vorher langfristig mit anderen Therapien nicht erreicht werden konnten.

8. Wie ist die Wirksamkeit einer Behandlung mit der o. g. Methode im Vergleich zu anderen (etablierten) Behandlungs-Methoden und / oder im Vergleich zum Spontanverlauf?

Gegenüber dem Spontanverlauf, der in der Regel immer eine Verschlechterung mit sich bringt, ist eine Behandlung mittels der alternativen Methoden oder nach Petö immer vorteilhaft. Entwicklungsmotorisch sind die Ergebnisse zumindest gleichwertig anderen neurophysiologischen Übungsbehandlungen wie Vojta und Bobath, aber auch bezüglich beispielsweise der Feinmotorik gegenüber der Ergotherapie. Bezüglich der Antikontrakturbehandlung ist die Wirksamkeit der Petö-Therapie aufgrund des integrierten Behandlungsbestandteils günstiger als beispielsweise die Ergotherapie, die sich auf die Hand beschränkt sowie die Vojtatherapie, in der eine klassische Antikontrakturbehandlung nicht integriert ist.

9. Ist angesichts der von Ihnen ggf. unter Frage 5 aufgeführten Behandlungsalternativen die Behandlung mit der o. g. Methode erforderlich und wenn ja, warum?

Die meisten Kinder, die für eine Petöbehandlung in Frage kämen, haben komplexe Funktionsstörungen und benötigen daher eine komplexe Therapie, bestehend aus Antikontrakturbehandlung, neurophysiologischer Übungsbehandlung, Logopädie, Motopädie, Ergotherapie ... Sie erhalten in der Regel in einem „Block“ nur einzelne dieser Therapien. Dabei wird die neurophysiologische Übungsbehandlung noch am kontinuierlichsten fortgesetzt. Insgesamt betrachtet werden jedoch nur Einzelaspekte gefördert. Eine Komplextherapie über Jahre erhalten, trotz Bedarf, nur die wenigsten Kinder. Es liegt nicht nur an der Verordnungsgewohnheit der Behandler (Kinderarzt, Neurologe, Orthopäde), sondern auch an der räumlichen Dislokation der einzelnen Behandler und des damit verbunden hohen Aufwandes für das Kind mehrere Behandlungseinheiten pro Tag wahrnehmen zu können. Die Petö-Behandlung ist vergleichbar mit einem stationären Aufenthalt, bei der neurophysiologische Behandlung parallel zur Ergotherapie, Logopädie, Motopädie angeboten werden können. Dieses ist jedoch nicht mehrmals im Jahr möglich und selten in den Zwischenzeiten. Die in den SPZ

angebotenen Komplextherapien sind in erster Linie nur für in der Nähe wohnende Kinder eine lukrative Behandlungsalternative. Da in vielen Städten keine ähnliche Komplextherapie möglich ist und die Anreisestrecke zu einem SPZ oft 50 und mehr Kilometer beträgt. Abgesehen davon, dass die Kapazitäten der SPZ in unserer Umgebung also Thüringen, Sachsen-Anhalt und Sachsen komplett ausgelastet sind.

Daher werden bei einer vorhandenen komplexen Störung der Kinder eine notwendige Komplextherapie nicht durchgeführt, sondern sich auf Einzeltherapien reduziert, die zwar auch einzelne Aspekte verbessern, aber andere Störungen extrem vernachlässigen. Der Versuch, diese dann später in einem anderen „Therapieblock“ angehen zu wollen, ist in der Regel frustan.

10. Welche einzelnen Maßnahmen kommen zum Einsatz und wie lange dauern die einzelnen Therapieeinheiten?

Die Förderung nach Petö ist eine integrative Therapie, einzelne Therapieformen lassen sich nicht trennen. Enthalten sind jedoch Antikontrakturbehandlung, Vertikalisierung, Gangschulung, Schulung der Handmotorik, Logopädie ... Dabei ist die Zielorientierung völlig anders als bei klassischen Behandlungsmaßnahmen, so ist

z. B. Gehen nicht als Gangschule konzipiert, sondern hat das Ziel z. B. den Speiseraum zu erreichen.

Üblicherweise werden 3 - 6 Stunden Therapie pro Tag durchgeführt und in einzelnen Blöcken über 3 bzw. 6 Wochen beübt mit 6 - 8 Wochen Therapiepause. In verschiedenen Einrichtungen werden 5x45 min/Tag über 3 Wochen durchgeführt. Alternativ gibt es Behandlungen in Kindertagesstätten, als Fördereinrichtungen und außerdem kann durch das Anlernen der Eltern die hochmotivierende Therapie zu Hause fortgesetzt werden.

11. Gibt es Unterschiede im Anteil pädagogischer Intervention in Abhängigkeit vom Entwicklungs- / Lebensalter bzw. vom Ausmaß der motorischen / geistigen Behinderung der betroffenen Kinder und wie hoch ist der jeweilige Anteil?

Der pädagogische Anteil ist unabhängig vom Alter in allen Behandlungen enthalten als Sozialpädagogik/Sonderpädagogik/Heilpädagogik. Sie ist abhängig von der motorischen und geistigen Behinderung und den vorhandenen Fähigkeiten und daher nicht direkt vom Lebensalter. Bei allen Einzeltherapien (soweit man davon sprechen kann), beträgt der Anteil der pädagogische Intervention mindestens 50%.

12. Wie lange sollte die Behandlung insgesamt durchgeführt werden und welche Kriterien sind hierfür maßgebend?

Die Behandlung erfolgt üblicherweise als Blocktherapie, dabei ist die Struktur ähnlich einer ambulanten Rehabilitations- oder Tagesklinik organisiert. Dabei werden 3 — 4 mal jährlich für 3 - 6 Therapieblöcke mit 4 mindestens 6 wöchigen Therapiepausen durchgeführt. Eine erfolgreichere Therapie kann durch Steigerung der Kontinuität beispielsweise durch Durchführung der Petöbehandlung in den Heimeinrichtungen, wie z. B. Petö-Kindergärten, oder entsprechende Therapiefortführungen in den Förderschulen oder den Horteinrichtungen erfolgen. Die Behandlung ist insgesamt mehrjährig, da prinzipiell keine Heilung der infantilen Zerebralparese zu erwarten ist, sondern nur eine Verbesserung der Funktion. Förderbare Aspekte sehen wir bis ins junge Erwachsenenalter. Kriterien der Behandlungsdauer stellen für die Entwicklung des Kindes oder Jugendlichen das Erreichen von Fortschritten dar. Hier lässt sich durch eine Untersuchung der einzelnen Therapeuten ärztlicherseits (Neurologe, Pädiater, Orthopäde) und durch das mittlere medizinische Personal (Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden, Motopäden usw.) durch eine Befunderhebung im Vergleich vorhandene oder fehlende Verbesserungen nachweisen. Limitierend für die Behandlung ist allerdings auch eine mögliche Verschlechterung der orthopädischen Situation, wie beispielsweise die Zunahme von Subluxation oder Luxation der Hüftgelenke oder die Entwicklung einer Skoliose aufgrund der forcierten Vertikalisierung, die dann zum Abbruch der Behandlung führt.

<p>13. Mit welcher Diagnostik (z. B. Untersuchungstechniken, Apparaten, Gesundheitsskalen) werden die therapeutischen Ergebnisse (Zielgrößen) gemessen?</p>
<p>Mit einer einfachen klinischen Untersuchung kann die primäre Diagnostik durch Kinderarzt, Kinderneurologe und Kinderorthopäde durch eine klinische körperliche Untersuchung im Verlauf der Entwicklung des Kindes durchgeführt werden. Zusätzlich kann vom Orthopäden eine Röntgenbild beispielsweise der Hüfte oder der Wirbelsäule angefertigt und die Entwicklung der Spastik bzw. Funktionsbehinderung durch Kinderarzt und Kinderneurologe festgestellt werden. Möglicherweise ist die Bewertung einer dreidimensionalen Computerganganalyse, welche in verschiedenen Einrichtung etabliert ist sinnvoll zur Einschätzung des Vertikalisierungsgewinnes, ebenso sollte durch Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Motopäden, Logopäden usw. ein Befund in ihrem jeweiligen Fachgebiet erhoben werden, um die therapeutischen Ergebnisse zu objektivieren.</p>
<p>14. Ist die Behandlung mit der o. g. Methode alternativ oder additiv anzuwenden?</p>
<p>Zur Zeit wird die Petö-Behandlung alternativ nach Auswahl der geeigneten Kinder vorgeschlagen. Kinderorthopädisch gesehen ist das Ziel jedoch eine additive Therapie, um die maximale Förderung des Kindes entsprechend seinen funktionellen Möglichkeiten, in Abhängigkeit seiner geistigen Behinderung sowie der Prognose und des zu erwartenden Funktionsgewinnes zu erhalten. Aber es ist unmöglich prospektiv festzulegen, dass bei einem Kind nur eine bestimmte Therapie isoliert, also nur eine Antikontrakturbehandlung, nur eine motopädische, nur eine logopädische, nur eine neurophysiologische oder nur eine operative Therapie mit ausreichendem Erfolg in Frage kommt.</p>
<p>15. Kommt diese Methode nur als Einzeltherapie oder auch als Gruppentherapie zur Anwendung, worin bestehen entsprechende Zuordnungskriterien ? Für den Fall, dass eine Gruppenbehandlung sinnvoll bzw. Möglich ist, geben Sie bitte an, wie groß die Gruppen sein sollten, in denen eine bestmögliche Behandlung aus medizinischer Sicht realisiert werden kann.</p>
<p>Die konduktive Förderung nach Petö ist immer eine Gruppentherapie, die je nach Grad der Beeinträchtigung der Kinder bzw. das Vorhandenseins der Restfunktion zwischen 1 und 5 Kindern pro Therapeutin liegt. Mit entsprechender Schulung der Eltern, die als Ko-Therapeuten eingesetzt werden können, kann sich das Verhältnis noch günstiger gestalten. Dabei erfolgt in der Gruppe die Therapie entsprechend eines für das Kind zugeschnittenen Übungsplanes mit wechselseitiger Behandlung der Kinder (bei Bedarf mit spezieller Zuwendung) durch eine Einzeltherapeutin.</p>
<p>16. Welche Risiken sind mit der Behandlung mittels der o. g. Methode verbunden?</p>
<p>Typische Risiken bestehen durch die forcierte Vertikalisierung in einer Zunahme der Subluxation oder gar Luxation der Hüften sowie einer progredienten Skolioseentwicklung. Außerdem kann bei kontrakten Spitzfüßen eine Dekompensation im Chopart-Gelenk zum sogenannten Schaukel- oder Tintenlöscherfuß gefördert werden.</p>
<p>17. Gibt es verschiedene Varianten / definierbare Einzelbestandteile der o. g. Methode, wie werden sie bezeichnet, worin bestehen die Unterschiede und welche sind als optimal anzusehen?</p>
<p>Weltweit haben sich verschiedene Subspezialisierung der originalen Petö-Methode entwickelt. Dies entspricht einfach der jeweiligen Erfahrung der Behandler. In Deutschland existieren auch Modifikationen, die aber aufgrund der relativ uniformen Ausbildung der Konduktorinnen am Budapester Petö-Institut keine wesentliche qualitative Unterschiede darstellen.</p>
<p>18. Welches Therapieschema 1 definierbare Einzelbestandteile muss / müssen in welchem Stadium der o. g. Erkrankung eingehalten werden und wie ist diese belegt?</p>

Prinzipiell stellt die Petö-Therapie eine Komplextherapie dar, wobei in Abhängigkeit des individuellen Defizites die Wichtung beim einzelnen Patienten entsprechend dessen förderbarer Aspekte ausgerichtet wird. Beispielsweise kann eine Handmotorik-Schulung im Zeitanteil dominieren gegenüber einer Vertikalisierung, die aber ihrerseits nicht vernachlässigt wird. Zur Festlegung des Leistungsvermögens bzw. der Defizite ist die Befunderhebung durch die ärztliche Behandler (Kinderarzt, Kinderorthopäden, Kinderneurologen) erforderlich sowie die Befunderhebung durch die Konduktorinnen, welche sich in der Aufstellung des individuellen Behandlungsprogramms äußert. Eine Befundkontrolle im Verlauf wird zur Modifikation des Übungsprogramms durchgeführt.

Prinzipiell sind in der Petö-Therapie enthalten: klassische Physiotherapie (Antikontrakturbehandlung, Stimulation, Muskellockerung, Detonisierungs- und Entspannungstechniken usw.), logopädische, motopädische, ergotherapeutische Elemente beispielsweise zur Grob- und Feinmotorikschulung der betroffenen aber auch der nicht präferierten Hand. Weitere Einzelbestandteile sind Teil-, Sonder- und Sozialpädagogik, es gehören auch intellektuelle und sozial emotionale Lernbereiche dazu wie Sprache, Kulturtechniken, psychosoziales Handeln und lebenspraktische Elemente, wie Essen, Ankleiden, Hygiene usw., die auch partiell in anderen Therapie, wie Ergotherapie und Logopädie enthalten sind.

19. Welche Qualifikationen sind vom verordnenden Arzt und vom behandelnden Therapeuten zu fordern?

Die Qualifikation des verordnenden Arztes besteht darin, dass er als Kinderarzt, Kinderneurologe oder Kinderorthopäde regelmäßig spastische Kinder behandelt und in der Lage ist, einen Befund beim spastischen Kind erheben zu können. Dieser unterscheidet sich wesentlich vom Befund „normaler“ Patienten. Zusätzlich muss eine Befundkontrolle im Verlauf erhoben werden. Außerdem benötigt er Kenntnis von klassischen sowie alternativen Behandlungsmethoden der ICP.

Die Qualifikation der behandelnden Therapeuten ist festgelegt durch Ihre Ausbildung am Petö-Institut in Budapest. Für die Ausbildung der Behandler in Deutschland wäre neben der dortigen Grundausbildung eine erweiterte Qualifikation z. B. durch Berufspraktika in Ergotherapie, Motopädie, Logopädie, Pädagogik ... erforderlich zumindest wertvoll. Möglicherweise wäre für die Zulassung eines Behandlers zur Durchführung einer Petö-Therapie eine abgeschlossene Physiotherapieausbildung mit evtl. neurophysiologischer Subspezialisierung eine wesentliche Voraussetzung. Der Vorteil einer solch hohen Qualifikation stellt die komplexe Betrachtungsweise, Befunderhebung und optimale Therapiestrategie dar. Der Nachteil einer so hohen Qualifikation besteht darin, dass eine solche Therapie nur in einzelnen Zentren durchgeführt wird und eine flächendeckende Versorgung in Deutschland nicht möglich ist.

20. Kann Ihres Erachtens die „Konduktive Förderung nach Petö« wie die Maßnahmen der physikalischen Therapie, die Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie oder der Ergotherapie als Einzel-Heilmittel verordnet und durchgeführt werden oder handelt es sich um eine standardisierte Kombination- ähnlich der so formulierten Kombination im Bereich der physikalischen Therapie?

Bei der konduktiven Förderung nach Petö handelt es sich nicht um eine Einzeltherapie, sondern um eine Komplextherapie und kann daher nicht als Einzel- Heilmittel verordnet und durchgeführt werden. Die standardisierte Kombination von Behandlungen ist nur qualitativ festgelegt, quantitativ wird in Abhängigkeit des Befundes der Anteil der einzelnen Schwerpunkte durch Zeitaufwand und Intensität dem individuellen Befund des Kindes angepasst. Es ist auch nicht sinnvoll einzelne Elemente der Petö-Therapie wegzulassen, um sie dadurch zu „optimieren“.

21. Sollte die „Konduktive Förderung nach Petö in hierfür geeigneten selbständigen Therapeutenpraxen oder sollte sie in anderen Einrichtungen (z. B. sozialpädiatrischen Zentren, Frühfördereinrichtungen, Rehabilitationseinrichtungen) durchgeführt werden?

Zur Zeit findet die Petö-Therapie als Blocktherapie in einzelnen Zentren statt. Sinnvoll ist eine dezentrale Förderung zu indizieren, die personell und materiell im SPZ, in Frühförderungs- oder Kindergarteneinrichtungen, in Rehabilitationskliniken und ambulanten Rehabilitationseinrichtungen, in Förderschulen und Förderschulhorten möglich ist. Die dezentrale Koordination sowie Aus- und Weiterbildung von Ko-Therapeuten sollte in diesen Einrichtungen oder in entsprechenden selbständigen Therapeutenpraxen, die allerdings den in Punkt 19 genannten Qualitätskriterien entsprechen müssen, und in verpflichtender Zusammenarbeit mit Kinderarzt, Kinderneurologe und Kinderorthopäde erfolgen.

22. Werden andere Methoden hierdurch überflüssig und warum?

Je nach Befundentwicklung können andere Methoden reduziert werden, allerdings besteht auch die Möglichkeit, dass andere Methoden stärker additiv durchgeführt werden müssen. Vorstellbar ist, dass die Frequenz der neurophysiologischen Übungsbehandlung reduziert oder beispielsweise eine Antikontrakturbehandlung durch den Physiotherapeuten ausgesetzt werden kann.

Ergänzende Fragen zur Wirtschaftlichkeit

23. Wie hoch sind die Kosten der Behandlung eines Patienten mit der o. g. Methode ? (je Anwendung / je Therapiezyklus / je Kalenderjahr)

Die Kosten sind je nach Anbieter zwischen knapp 300 € und 500 € pro Woche angesiedelt, andere Abrechnungssysteme beinhalten 90 € pro Tag bei 5 x 45 Minuten Behandlungszeit, welches einen Kostenfaktor von 40 Gent pro Minute beinhaltet. Im Rahmen eines Expoprojektes wurden in einzelnen Bundesländern die Kosten komplett übernommen. Im Rahmen von Anschlussprojekten blieb ein Selbstbehalt von damals 300 DM pro Behandlungsserie als Selbstbehalt für die Eltern übrig. In Einzelfällen wurde bei Nachweis einer erfolgreichen Therapie im Nachgang für eine Behandlungszyklus die Kosten von 2300 DM nach Prüfung durch die jeweilige Krankenkasse übernommen. Die Kosten für eine Behandlung in Ungarn am Petö-Institut selbst liegen nicht wesentlich höher, sind aber mit höherem Aufwand für die Eltern und das Kind verbunden.

24. Wie sind die Kosten einer Behandlung mit der o. g. Methode im Vergleich zu etablierten Methoden?

Es stellt sich dabei die Frage: „Wieviel kostet das Erlernen des selbständigen Essens ?!“

Die Kosten der Behandlung nach Petö verursachen, gemessen am Erfolg der Therapie, keine wesentlichen Mehrkosten.

25. Welche Kosten könnten durch den Einsatz der o. g. Methode vermieden werden?

Bei einer komplexen Störung der Kinder mit infantiler Zerebralparese werden derzeit nur einzelne Aspekte behandelt. Beispielsweise werden nur neurophysiologische oder ergotherapeutische und/oder moto- und logopädische Aspekte therapiert. Sozialpädagogisch integrative Therapien werden überhaupt nicht angewendet. Psychologische/psychotherapeutische oder familientherapeutischen Aspekte kommen immer zu kurz. Geht man davon aus, dass in der Regel eine Komplextherapie erforderlich ist, die sich aus klassischer Physiotherapie und neurophysiologischer, logopädischer, motopädischer, ergotherapeutischer sozialpädagogischer usw. Therapie zusammensetzt, können durch den Einsatz der Petö-Behandlung Kosten gespart werden. Zukünftig sind jedoch wesentliche Kosten erst einsparbar, wenn integrative Einrichtungen für Frühförderung (z. B. Petö-Kindergärten usw.) ermöglicht werden. Da dieser lange Prozess des chronischen Geldmangels im Gesundheitswesen jedoch keine Forcierung erhält und aus dem gleichen Grunde Verordnung-Einsparpotentiale nicht zuletzt bei den Kindern mit infantiler Zerebralparese bezüglich der

erforderlichen Komplextherapie und der Nichtverordnung oder Durchführung derselben geschaffen, werden in nächster Zukunft durch die Petö-Therapie eher Mehrkosten entstehen.
Sonstiges
26. Gibt es zusätzliche Aspekte, die in den oberen aufgeführten Fragen nicht berücksichtigt wurden?
<p>Wesentliche Aspekte, die berücksichtigt werden sollten, stellen zum Einen die Motivation der Eltern dar, die bei den die Petö-Therapie begleitenden Eltern sehr hoch ist, nicht nur weil sie gut integriert werden in das Behandlungskonzept und weil sie quasi als Ko-Behandler fungieren, sondern auch, weil sie an Behandlungserfolgen beteiligt werden. Außerdem nimmt das Bevölkerungsinteresse an der Petö-Therapie nicht nur bei den Betroffenen stark zu, auch bei Helfern und potentiellen Helfern.</p> <p>Wesentliche Konzepte, wie das der Petö-Therapie haben mindestens ebenso große Erfolgsaussicht bestehen zu bleiben wie das Konzept der Waldorfschule oder des Fröbelkindergartens. Eltern sind auch bereit dafür umzuziehen, um ihren Kindern eine solche Ausbildung oder Behandlung angedeihen zu lassen.</p> <p>Ein weiterer Aspekt ist die integrierte Gruppenarbeit, die durch gegenseitige Motivation und gemeinschaftliche Betreuung einen wesentlichen Aspekt der Lebensfreude kreiert. Wenn Sie dem gegenüber ein Kind während der Behandlung mit einem etablierten Verfahren, welche in der Regel als Einzelbehandlung durchgeführt wird, vergleichen, verstehen Sie diesen Aspekt besonders gut. Weiterhin lässt sich das prinzipielle Konzept sehr gut in Fördereinrichtungen oder speziellen Kindergärten integrieren, um auch eine entsprechende Kontinuität durchsetzen zu können. Zukünftig interessant wird die Behandlung des Minimalen Cerebralen Syndroms dessen unglücklicher Diagnosenname eine Kette von speziellen Untersuchungen und Behandlungen nach sich zieht, wobei sich diese allerdings problemlos in eine integrierende Fördereinrichtung oder einen Petö-Kindergarten einbauen lässt.</p>
Bemerkung
<p>Die geforderte Belegung jeder Antwort durch Angabe von Quellen oder Volltextliteraturrecherchen, Studien und ähnliches lässt sich in dieser Stellungnahme nicht nachweisen, da es ausser der Voß-Studie, der Arbeit von Fr. Prof. Weber und einzelnen weiteren Arbeiten keine Beschäftigung mit dem Gebiet im deutschsprachigem Raum gibt.</p> <p>Die Analyse der Literatur seit 1966 ergab 59 Arbeiten zu Bobath, Vojta und neurophysiologischer Behandlung überhaupt, so dass die Datenlage sehr dünn gesät ist.</p>

11.8.13 Stiftung Pfennigparade

Fragenkatalog zur Konduktiven Förderung nach Petö und deren therapeutischen Nutzen

KF bezieht sich im folgenden Schreiben auf Konduktive Förderung durch Dipl. Konduktoren (Ungarn ausgebildet) und Konduktive Mehrfachtherapie (Österreich) oder pädagogisch-therapeutische konduktive Arbeit (Deutschland ausgebildet).

Im folgenden Text wird wegen der Vereinfachung nur von KF gesprochen.

1. Auf welche Erkrankung bzw. Indikation (Diagnose + Leitsymptomatik) bezieht sich Ihre Stellungnahme?

Konduktive Förderung ist erfolgreich anwendbar bei folgenden Syndromen (keine Altersbegrenzung), wenn eine geistige Mitarbeit (schließt also geistige Behinderung nicht aus) möglich ist:

- infantile Zerebralparese (spast. Hemi-, Di-, Tetraparese/-plegie, dyskinetische Bewegungsstörungen, Ataxie)
- ICP mit Mehrfachbehinderung
- Zst. p. Schädel-Hirn-Trauma und anderen erworbenen Hirnfunktionsstörungen (nach Ertrinkungsunfall, Intoxikation, Tumor, Gefäßverschluss, u. a.)
- Zst. p. Enzephalitis bzw. Meningitis mit Residualsyndrom
- Muskelhypotonie-Syndrom
- neurophysiologische Wahrnehmungs- und Entwicklungsstörungen
- Spina bifida - Syndrom
- neurologische Erkrankungen bei Erwachsenen mit MS, Parkinson, Hemiplegie nach Schlaganfall
- allgemeine Entwicklungsretardierung.

Ausschlusskriterien:

KF ist nur in begründeten Einzelfällen und/oder nach zeitlich begrenzter Teilnahme geeignet für Patienten mit.

- hochgradiger oder kompletter Seh- und/oder Hörstörung
- therapieresistentem Anfallsleiden
- progredienter Enzephalopathie
- progredienten neuromuskulären Erkrankungen“
- Syndromerkrankungen, die eine geistige Beteiligung ausschließen

2. Anhand welcher diagnostischer Verfahren und ggf. welchen nachprüfbaren Parametern wird die o. g. Indikation festgestellt?

Ärztliche Diagnostik

M. Rochel: Medizinische Verantwortung bei Konduktiver Förderung und Rehabilitation, 5 21ff, Band 2 und Diagnoseblatt des Pinneberger AKs (Fr. Dr. Müller u. a.)

3. Wie hoch ist die Prävalenz / Inzidenz der o. g. Erkrankung in Deutschland?

ca. 1-2 Promille aller Neugeborenen

4. Wie ist der Spontanverlauf bei der o. g. Erkrankung?

Je schwerer die klinischen Bewegungsstörungen und assoziierten sensorischen, sprachlichen und intellektuellen Störungen sind, desto gravierender (schneller eintretend, intensiver und umfassender) sind die Verschlechterungen, v. a. durch Inaktivitätsatrophien, Kontrakturen und mangelnden Koordinationsaufbau, bis zum weitgehenden Funktionsverlust im Alltag. Hinzu kommen Schmerzzustände und Verschlechterung von Kreislauf und Atmung, darauf folgend Infektanfälligkeit. Bei nicht ausreichender Aktivierung folgen gravierende orthopädische Probleme wie Skoliose, Hüftdysplasien, Gelenkdeformitäten etc.

5. Welche Methoden stehen zur Behandlung der o. g. Erkrankung grundsätzlich zur Verfügung?

Diverse additive, allesamt nicht evaluierte Methoden, die zumeist in ambulanter Form max. 1 bis 2x / Woche angeboten werden und die Eltern als Co-Therapeuten einschulen:

A) Konservative

- a) Physiotherapie (v. a. Bewegungstherapie auf neurophysiologischer Grundlage nach Bobath oder Vojta, evtl. auch Hippo- und/oder Unterwassertherapie)
- b) Ergotherapie (v. a. Alltagstraining, evtl., sensorische Integration)
- c) Logopädie (Mund-, Ess-, Sprachtherapie)
- d) Klinische Psychologie (Lerntraining)
- e) Evtl. Psychotherapie (zur Behandlung sekundärer psychischer Störungen -v. a. Familientherapie)
- f) Evtl. Musiktherapie
- g) Gipse, Schienen, diverse Orthesen, zugerichtete orthopädische Schuhe
- h) Ärztlich durchgeführt: Manualtherapie, Atlasterapie, etc.

B) Operative: orthopädische Operationen

C) (Vereinzelt) Medikamentöse Behandlung zur Minderung von Muskelspasmen oder Bewegungsunruhen oder behinderungsbegleitender cerebraler Anfälle

6. Welche prioritären Ziele gelten für die Behandlung der o. g. Erkrankung / Indikation?

Intensives, mehrmals täglich durchzuführendes konduktives Bewegungstraining zur Erlangung „neuer“ Bewegungsmuster (Fertigkeitsmotorik), um folgende Ziele zu erreichen:

- A) v. a. größtmöglich selbstständige Alltagsbewältigung (An- und Ausziehen, Essen, Trinken, Versorgung am WC, Körperpflege, selbstständige Fortbewegung und Transfers)
- B) möglichst physiologische Steh- und Gehfähigkeit
- C) bestmögliche Koordinationsschulung der OE vor allem als Greifinstrument (v. a. zur aktiven Körperfixierung und allgemeinen Manipulation)
- D) möglichst aktive Sprache und Kommunikationsfähigkeit
- E) durch die Aktivitätsförderung Vermeidung von Fehlstellungen (WS, Hüfte) Gelenkkontrakturen, Anregung von Kreislauf und Atmung

7. Welche dieser Ziele sind (ggf. teilweise) in welchem Stadium der Erkrankung und in welchem Lebensalter mit der o. g. Methode zu erreichen?

Bei einem früh einsetzenden Angebot der KF bei einer mittelschweren ICP. und bei

- 1 x / Woche 90 Min Einzelförderung (0- 18 Monate)
- zumindest 2x 1 Woche 2,5-3,0 Stunden: Elternschule (1,5. -3. LJ.)
- dann 5x / Woche 6 Stunden konduktive Kindergartengruppe (3.- 6. LJ.)
- dann 5x 1 Woche 7-8 Stunden konduktive Schulgruppe (6.- 19. LJ.)
- sind folgende Ziele zu erreichen:

bis 3 Jahre:

Sitzen frei

Stehen mit Anhaften oder Abstützen Gehen mit Hilfsmittel und persönlicher Unterstützung

Ansätze zur selbstständigen Versorgung beim Essen und Trinken, größtenteils Aus-, teilweise

<p>Anziehen, noch teilweise inkontinent</p> <p>vereinfachte Alltagssprache</p> <p>bis 6 Jahre:</p> <p>Stehen, frei Fallen nach vorne und hinten zu 80% sicher</p> <p>Gehen kurze Strecken frei oder selbstständig mit Hilfsmittel</p> <p>Selbstversorgung im Alltag, Kontinenz zu 80%</p> <p>Sprache: Alltagssprache</p> <p>bis 12 Jahre:</p> <p>sicheres, selbstständiges Gehen mit Hilfsmittel oder freies Gehen, sicheres Fallen</p> <p>Selbstversorgung im Alltag</p> <p>Sprache- und Kommunikation annähernd altersadäquat</p> <p>Ab 12- 19 Jahre:</p> <p>Wenn schulische Inhalte und/oder fachliche, berufliche Inhalte im Vordergrund stehen und das körperliche Training in den Hintergrund tritt, müssen v. a. die durch unkontrolliertes, längeres Sitzen entstehenden WS-Schäden, Hüftasymmetrien und andere typische Dauer-Fehlstellungen und Kontrakturen vermieden werden.</p>
<p>8. Wie ist die Wirksamkeit einer Behandlung mit der o. g. Methode im Vergleich zu anderen (etablierten) Behandlungs-Methoden und / oder im Vergleich zum Spontanverlauf?</p>
<p>Das Erlernen von Fertigkeitmotorik wird nach den Prinzipien der Lerntheorie erworben. Daher ist eine Verbindung von Pädagogik und Therapie Voraussetzung für diese Methode. Hier zeichnet sich im Vergleich zu anderen Behandlungsmethoden ein wesentlicher Unterschied ab. Therapeutische Bemühungen werden über den ganzen Tag eingesetzt und sind in Ihrer Intensität deutlich höher als herkömmliche Methoden, die in kurzen Behandlungseinheiten von Therapeuten durchgeführt werden. So findet «rein» Physiotherapie, rein“ Ergotherapie u.s.w. nebeneinander statt. In der KF fließen alle therapeutischen Einflüsse zusammen. Die Wirksamkeit ist signifikant höher.</p>
<p>9. Ist angesichts der von Ihnen ggf. unter Frage 5 aufgeführten Behandlungsalternativen die Behandlung mit der o. g. Methode erforderlich und wenn ja, warum?</p>
<p>In den herkömmlichen Behandlungsmethoden bleiben wesentliche Faktoren, die für den Erfolg der KF verantwortlich sind unberücksichtigt:</p> <ul style="list-style-type: none">a) mehrere Stunden täglich konkret durchgeführtes, intensives Bewegungstraining (dies können die Eltern als Co-Therapeut nicht selbständig leisten, aber unterstützen)b) nicht additiv hintereinander (an verschiedenen Tagen), sondern „mehrfachtherapeutisch“ in einem sinnvoll gestalteten Tagesablauf eingebettet = konduktivc) dem Entwicklungsalter entsprechende motivierende und aktivierended) Gruppenpädagogik, in welche die erlernten therapeutischen Fertigkeiten eingebaut und geübt werden und von therapeutisch / pädagogischem Fachpersonal angeleitet werdene) Anwendung von Methoden, die den Lernprozess (motorisches Lernen) unterstützen wie Rhythmische Intendierung, Gruppendynamik, repetitives Üben
<p>10. Welche einzelnen Maßnahmen kommen zum Einsatz und wie lange dauern die einzelnen Therapieeinheiten?</p>

Die Dauer der Einheiten sind je nach Alter der Kinder und Möglichkeiten der Einrichtungen unterschiedlich.

Bei einer durchschnittlichen Verweildauer von 7 Stunden/Tag in einer ambulanten/teilstationären konduktiven Tagesgruppe finden zumindest in 50 % der Zeit, d. h. 3,5 Stunden ,Tag, motorische und ADL-Schwerpunktprogramme (ADL-Activity of daily life, d. h. Selbstständigkeitstraining)) statt und in 50 % der Zeit werden sie während der «pädagogischen Einheiten» konsequent angewendet und geübt. Dies geschieht ebenso umgekehrt, kognitive oder perzeptive Elemente die in den pädagogischen Einheiten erlernt werden, fließen in die Motorikprogramme ein..

Täglich finden in jeder Gruppe folgende therapeutische Schwerpunktprogramme statt:

- ca. 45 Min 1 Grobmotorikprogramm
- ca. 45 Min 1 Steh- und/oder Gehprogramm
- ca. 25 Min 1 Arm- und Handprogramm
- ca. 20 Min 1 Sprachprogramm
- ca. 75 Min zusätzlich werden alle ADL Einheiten mehrfachtherapeutisch / konduktiv gestaltet

11. Gibt es Unterschiede im Anteil pädagogischer Intervention in Abhängigkeit vom Entwicklungs- / Lebensalter bzw. vom Ausmaß der motorischen / geistigen Behinderung der

betroffenen Kinder und wie hoch ist der jeweilige Anteil?

Ja:

A) Je jünger ein Kind mit Infantiler Zerebralparese ist oder je niedriger sein Entwicklungsalter ist und je schwerer seine sensomotorische Störung ist desto höher ist der medizinisch-therapeutische Anteil in der KF (ca. 75-80 %)

B) In konduktiv geführten Einrichtungen beträgt der therapeutische Anteil 50 % und der pädagogische Anteil 50 %

C) In sogenannter Blockförderung oder Nachmittagsförderung beträgt der medizinisch-therapeutische Anteil zumindest 75 % bis 80 % der zur Verfügung stehenden Gesamtzeit, der pädagogische Anteil entspricht der Restzeit.

12. Wie lange sollte die Behandlung insgesamt durchgeführt werden und welche Kriterien sind hierfür maßgebend?

Da es eine absolute Heilung nicht gibt ist die sogenannte Orthofunktion (= individuell bestmöglich erlernbare Funktion) und die gesamte Lebensschwerpunktsetzung maßgebend. Die Konduktive Förderung sollte so lange fortgesetzt werden, bis sich keine therapeutischen Erfolge mehr einstellen.

Zwischen 3.- ca. 12. LJ. täglich mindestens 3,5 Std. je nach Schweregrad der Symptomatik. Die durchschnittliche Verweildauer beträgt ca. 6-8 Jahre, die Schwere der Behinderung spielt hier eine große Rolle und führt zu erheblichen Unterschieden. Die genaue Bestimmung der Notwendigkeit einer konduktiven Förderung kann nur vom Arzt in Zusammenarbeit mit den Eltern und der behandelnden Konduktorin erfolgen.

13. Mit welcher Diagnostik (z. B. Untersuchungstechniken, Apparaten, Gesundheitsskalen) werden die therapeutischen Ergebnisse (Zielgrößen) gemessen?

Adäquate Messkriterien für den kontinuierlichen Verlauf (nicht wissenschaftliche Untersuchungen) der Konduktiven Förderung müssen erst noch entwickelt werden. Um den Verlauf der Förderung zu dokumentieren, können nicht Kriterien anderer Behandlungsmethoden übernommen werden wie z. B. die Lokomotionsstufen nach Vojta, da diese nicht auf die Aufrichtungskriterien der Konduktiven Förderung abgestimmt sind.

Die international verwendeten Skalen der „Gross Motor Function Tests“ sind geeignet für die Diagnostik der konduktiven Erfolge.

Vergl. Michael Rochel: Medizinische Verantwortung bei Konduktiver Förderung und Rehabilitation, Verlag modernes lernen Dortmund und Voss-Studie.

In Zusammenhang mit der Studie von Voss wurden Untersuchungsgeräte z. B. zur Prüfung der Handmotorik entwickelt, die zukünftig gut für die Diagnostik einsetzbar sind.

14. Ist die Behandlung mit der o. g. Methode alternativ oder additiv anzuwenden?

In vielen Fällen kann Konduktive Förderung alternativ angewendet werden, jedoch zeigt sich in einigen Fällen die Notwendigkeit einer additiven Anwendung in Verbindung mit anderen therapeutischen Maßnahmen. So wird ein größerer Therapieerfolg erreicht. Allgemein kann man folgende Zahlen nennen:.

Zu ca. 70-80 % alternativ, zu 20-30 % additiv.

Durch den Einbezug von Therapeuten mit konduktiver Zusatzausbildung im konduktiven Team werden viele spezielle therapeutische Inhalte im konduktiven Alltag integriert. Nur selten müssen Kinder aufgrund von schwerer Behinderung

zusätzlich ev. zeitlich begrenzt additiv therapeutische Zusatzmaßnahmen in Einzeltherapie bekommen. Es hat sich bspw. gezeigt, dass Vojtatherapie nur schwer in den konduktiven Alltag zu integrieren ist, ebenso Manualtherapie oder Maßnahmen, wozu speziell ausgebildete Fachpersonen notwendig sind.

15. Kommt diese Methode nur als Einzeltherapie oder auch als Gruppentherapie zur Anwendung, worin bestehen entsprechende Zuordnungskriterien? Für den Fall, dass eine Gruppenbehandlung sinnvoll bzw. möglich ist, geben Sie bitte an, wie groß die Gruppen sein sollten, in denen eine bestmögliche Behandlung aus medizinischer Sicht realisiert werden kann.

Konduktive Förderung findet in Gruppen- und in Einzeltherapie Anwendung. Die Gruppenstärke richtet sich nach den räumlichen und personellen Gegebenheiten einer Einrichtung und beträgt etwas 4 - 10 Patienten. Einzeltherapeutisch wird in der Anleitung der Eltern und bei Säuglingen gearbeitet. Im konduktiven Tagesablauf werden Kinder immer wieder individuell in Bereichen gefördert, in denen sie nicht dem Gruppenniveau entsprechen oder besonderen Förderbedarf haben.

Beispiel:

Ideal-Gruppe: 6 Kinder mit 2 KonduktorInnen (mit europäischer Qualifizierung) und 1 Gruppen-Assistent./KinderpflegerIn, d. h. 1 Konduktorin ist jederzeit verantwortlich für 3 Kinder, d. h. weiter in 3,5 Stunden hat jedes Kind 1 - 1,25 Std. Einzeltherapie (neurophysiologisch) und 2,75 Std. Gruppentherapie, DENN jede Konduktorin ist in der Lage gleichzeitig ein Kind exakt therapeutisch zu fazitätieren und gleichzeitig 2 Kinder gruppentherapeutisch zu observieren und anzuleiten. Außerdem wird sie von der Gruppenassistentin/Kinderpflegerin (sie sollten medizinisch und therapeutisch weite gebildet sein) dabei unterstützt.

16. Welche Risiken sind mit der Behandlung mittels der o. g. Methode verbunden?

Vorrangig pädagogisch ausgebildete Konduktorinnen sollten immer mit therapeutisch ausgebildeten Konduktorinnen zusammenarbeiten um die medizinisch-therapeutische Arbeit auf einem hohen Standard zu halten. Mögliche diskret sich anbahnende Kontrakturen und Fehlstellungen wie sie bei dieser Patientengruppe unter jeder Therapie form auftreten, müssen

von laufend

supervidierenden Fachärzten erkannt und sofort intensiv therapiert werden. Aus diesem Grund müssen Qualitätsstandards festgelegt werden, womit sich sowohl der Berufsverband der in Deutschland tätigen Konduktorinnen, als auch die konduktiv tätigen TherapeutInnen - beschäftigen.

Beispiel:

in Österreich besteht die Notwendigkeit

a) des multiprofessionellen Teams (mit je 1 Therapeutin und je 1 Pädagogin) und

b) der Zusatzausbildung in Form einer 3-jährigen, berufsbegleitenden universitären Ausbildung ergeben.

Berufsbild des/der „Akademischen Mehrfachtherapeutischen Konduktor/in

In Deutschland wurde das Berufsbild der

Pädagogisch therapeutischen Konduktorin

geschaffen, die nach dem gleichen System wie in Österreich arbeitet.

Zusätzlich sind in beiden Ländern ungarische Dipl. KonduktorInnen in den Gruppen tätig, die die Arbeit maßgeblich angeleitet haben und mitgestalten

Das Berufsbild der Akademischen Mehrfachtherapie-Konduktorin

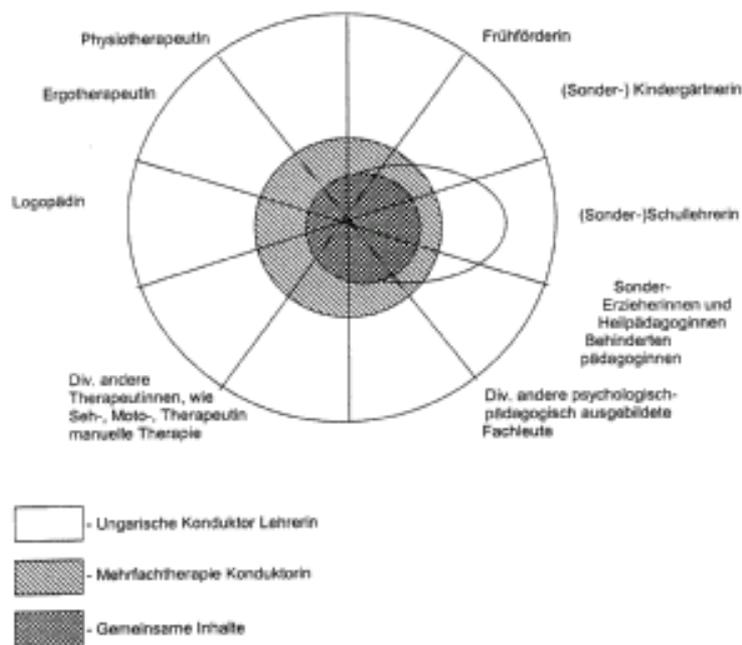


Abb. 2 Gleichwertigkeit von therapeutischen und pädagogischen Anteilen in der Konduktiv Mehrfachtherapeutischen Förderung

anhand der Tätigkeitsbereiche, der bei c.p. Kindern eingesetzten
 Therapeuten und Pädagogen

17. Gibt es verschiedene Varianten / definierbare Einzelbestandteile der o. g. Methode, wie werden sie bezeichnet, worin bestehen die Unterschiede und welche sind als optimal anzusehen?

Die Qualität der KF ist so gut wie die Ausbildung und die Persönlichkeit der Ausführenden. Die Ausbildung hat in Ungarn einen Wandel erfahren. Ursprünglich vom österr. - ungar. Arzt Dr. Andras Petö während des 2. Weltkrieges entwickelt, als gleich gewichtete und untrennbare Einheit von behinderungsspezifischer Therapie und entwicklungsaltersadäquater Pädagogik konzipiert, war das Petö-Institut genau an der Grenze zwischen diesen beiden Bereich zuerst dem Gesundheits- dann dem Erziehungsministerium zugeordnet. In den späten 80er Jahren wurde diesem Umstand gemäß der Beruf der „Konduktorin“ in den der „Konduktor-Lehrerin“ umgewandelt, bei gleichbleibender 4jähriger Ausbildungsdauer auf Fachhochschulniveau, aber bei gleichzeitiger Reduktion der Gesamtstundenanzahl auf ca. 3300 Stunden. Dies hatte nachweislich eine Reduktion der Praktika und der medizinisch-therapeutischen Grundlagenvorlesungen zur Folge (vgl. Keil-Kozma-Sutton-Weber, S 81 in Konduktive Förderung Band 4). Ein vom österreichischen wissenschaftlichen Verein KFI mit der Universität Wien veranstalteter 2-jähriger Universitätslehrgang zur Ausbildung von „Akademischen Mehrfachtherapie-KonduktorInnen“ stellt das Gleichgewicht zwischen medizinisch-therapeutischen einerseits und pädagogischen Grundlagen andererseits wieder her. (Siehe Beilage „Das Berufsbild der Akademischen Mehrfachtherapie-Konduktorin verglichen mit der Konduktor-Lehrerin“).

Dies ist auch der Fall bei der Münchner Ausbildung der Stiftung Pfennigparade zur „Pädagogisch Therapeutischen Konduktorin“. Auch die englische 3jährige grundständige universitäre Ausbildung verzichtet auf eine gleichzeitige Lehrerausbildung.

Ein ebenso vom Verein KFI und Institut Keil initiiertes EU-Projekt vergleicht diese 3 Ausbildungen und eine in Norwegen geplante Ausbildung und stellt den kleinsten gemeinsamen Nenner für ein geplantes gemeinsames europäisches KonduktorInnenausbildungs-Curriculum her. Optimal erscheint in der Ausbildung

- A) die Gleichgewichtung von Medizin und Pädagogik
- B) das Einbeziehen moderner medizinisch-therapeutischer und pädagogischer Erkenntnisse und Techniken
- C) die Erweiterung der Zielgruppen auch auf wahrnehmungsgestörte und mehrfachbehinderte Kinder.

Nicht entbehrlich bei allen „Variationen“ sind in jedem Fall:

- 1) der ganzheitliche, eben konduktive Ansatz
- 2) das täglich mehrere Stunden dauernde, gleichbleibend, strukturierte, über einige Jahre kontinuierlich ausgeführte Training (Repetitives Üben auf neurophysiologischer Basis)
- 3) die konduktiv mehrfachtherapeutische Gruppe
- 4) die fundiert medizinisch-therapeutisch und pädagogisch ausgebildeten KonduktorInnen
- 5) die Methode des Rhythmischen Intendierens (basierend auf den Forschungen der russischen Neuropsychologen Luria und Vygotski)

18. Welches Therapieschema / definierbare Einzelbestandteile muss / müssen in welchem Stadium der o. g. Erkrankung eingehalten werden und wie ist dieses belegt?

Alle physio-, ergo- und logotherapeutischen Behandlungsmethoden von ICPs lehnen sich an die sog. „normale sensomotorische Entwicklung“ an und versuchen, diese zu kopieren. In der KF ist die Kenntnis dieser Entwicklungsstufen Voraussetzung, jedoch die möglichste Annäherung an ein altersentsprechendes, normales Bewegungsrepertoire Ziel. Der Weg ist individuell unterschiedlich und hängt wesentlich vom Aktivitätspotential des einzelnen Kindes ab. D. h. zum Beispiel: ein Kind erreicht aktiv das Sitzen auf ebener Unterlage aus der Rückenlage, ein anderes Kind aus der

<p>Kriechstellung und wieder ein anderes aus dem Stand mit Anhalten.</p> <p>Der Verlauf der KF wird in Förderplänen festgelegt und regelmäßig mit dem therapeutischen Team und den Fachärzten überprüft.</p>
<p>19. Welche Qualifikationen sind vom verordnenden Arzt und vom behandelnden Therapeuten zu fordern?</p>
<p>A) Facharzt in Pädiatrie, Neuropädiatrie, Orthopädie oder physikalischer Medizin</p> <p>B) Europäische Konduktorenausbildung (derzeit Budapest, Birmingham, München, Wien) entweder als grundständige Ausbildung oder als Weiterbildung für therapeutische und pädagogische Berufe (ein Minimum von medizinischen Ausbildungsstunden muss festgelegt werden, um mit der Krankenkasse abzurechnen)</p>
<p>20. Kann Ihres Erachtens die „Konduktive Förderung nach Petö“ wie die Maßnahmen der physikalische Therapie, der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie oder der Ergotherapie als Einzel-Heilmittel verordnet und durchgeführt werden oder handelt es sich um eine standardisierte Kombination- ähnlich der so formulierten Kombination im Bereich der Physikalischen Therapie?</p>
<p>Es handelt sich um eine „standardisierte Kombination“ im Sinne einer neurophysiologischen Behandlung, die nach dem Heilmittelkatalog verordnet werden sollte.</p> <p>Je nach Alter und Angebotsform beinhaltet die Arbeit zu einem höheren oder geringeren Anteil medizinisch-therapeutische Arbeit auf neurophysiologischer Basis wie bereits weiter oben beschrieben.</p> <p>Sie kann aber auch in begründeten Fällen als Einzel-Heilmittel verschrieben werden.</p>
<p>21. Sollte die „Konduktive Förderung nach Petö in hierfür geeigneten selbständigen Therapeutenpraxen oder sollte sie in anderen Einrichtungen (z. B. sozialpädiatrische Zentren, Frühfördereinrichtungen, Rehabilitations-Einrichtungen) durchgeführt werden?</p>
<p>Die KF muss unter fachärztlicher Verantwortung und Aufsicht stattfinden und kann unter dieser Bedingung in allen Einrichtungen und auch Praxen durchgeführt werden.</p> <p>Da die Angebotsform die Gruppe ist, ist es notwendig, mehrere Kinder zusammenfassen zu können zu konduktiven homogenen Gruppen. Dies macht oft die Anbindung an ein Zentrum notwendig.</p> <p>Es gibt jedoch bereits konduktive Gruppen in therapeutischen Praxen in Gebieten, wo keine entsprechenden Einrichtungen zur Verfügung stehen.</p>
<p>22. Werden andere Methoden hierdurch überflüssig und warum?</p>
<p>Andere therapeutische Methoden können bis zu 70 - 80 % überflüssig werden, wenn ein gut ausgebildetes konduktives Team zusammenarbeitet (= gleichwertiges therapeutisches und pädagogisches Fach personal). Auf Einzeltherapie kann z. B. bei postoperativer Nachbehandlung oder Logopädie (bei schwerer Schädigung im Mund- und Sprachbereich) nicht verzichtet werden. Ebenso können Maßnahmen wie Manuelle Therapie, Biofeedback, Hippotherapie etc. die konduktive Förderung zeitweise ergänzen oder unterstützen.</p>
<p>Ergänzende Fragen zur Wirtschaftlichkeit</p>
<p>23. Wie hoch sind die Kosten der Behandlung eines Patienten mit der o. g. Methode? (je Anwendung / je Therapiezyklus / je Kalenderjahr)</p>

<p>In Österreich: Therapiekosten pro Behandlungstag und Kind ca. € 40,-- + anteilige Kosten für Facharzt und klinischen Psychologen ca. € 10,-- - 15,-- (neben den Pädagogikkosten von rd. € 60,--).</p> <p>In Deutschland: durchschnittlicher Tagessatz von ca. 150.- Euro ist notwendig an ca. 200 Behandlungstagen / Jahr, die Kosten müssen anteilig auf Krankenkassen und Eingliederungshilfe verteilt werden</p>
<p>24. Wie sind die Kosten einer Behandlung mit der o. g. Methode im Vergleich zu etablierten Methoden?</p>
<p>Gleich hoch aber effizienter</p>
<p>25. Welche Kosten könnten durch den Einsatz der o. g. Methode vermieden werden?</p>
<p>A) Fahrtkosten zu diversen Therapien und Ärzten B) Zeit: Stunden der begleitenden Eltern C) Ca. 50 % der Kosten von Konsiliarärzten, da sie gezielter eingesetzt werden D) Kosten für Spätfolgen, E) teure Hilfsmittel und Operationen</p>
<p>Sonstiges</p>
<p>26. Gibt es zusätzliche Aspekte, die in den oben aufgeführten Fragen nicht berücksichtigt wurden?</p>
<p>Ausbildungsaspekte</p> <p>A) Da ein hoher Anteil an medizinischen Fächern in den genannten deutschen und österreichischen Zusatzausbildungen und Festlegung von quantitativen und qualitativen Standards auch für medizinisch-therapeutische Grundlagen im genannten EU-Projekt festgelegt wurden, sollte es zur Anerkennung der europäischen KonduktorInnen als Gesundheitsberuf kommen.</p> <p>B) Die Forderung nach Qualitätssicherung muss in der Ausbildung der europäischen KonduktorInnen und in der Anwendung u. a. durch regelmäßige Supervision und Fachanleitung durch autorisierte Fachtherapeuten mit europäischer KonduktorInnenausbildung und fachlich qualifizierten Ärzten verankert werden.</p> <p>C) Die Konduktive Förderung ist als neurophysiologische Methode zu betrachten aufgrund der Methoden wie Rhythmisches Intendieren, neuophysiolog. Fazilitation, Bewegungsförderung mit Repetition, Erlernen der Fertigkeitmotorik.</p> <p>D) Vorschlag für einen möglichen Abrechnungsmodus</p> <p>E) Anerkennung der KF als eine Behandlung auf neurophysiologischer Grundlage mit der Voraussetzung, dass ein Therapeut mit Zusatzausbildung (Europäischer Konduktor) im Team mitarbeitet.</p>

Anlage: Mehrfachtherapeutischer Vergleich Bobath - Vojta - Petö Evaluation der Studie Prof. Dr. Rolf Oerter

Bobath - Vojta- Petö/Keil

	Bobath	Vojta	Petö/Keil
1. Selbstbe-	ist ein	ist eine	• Die Konduktiv

zeichnung	Behandlungskonzept	Behandlungstechnik	<p>Mehrfachtherapeutische Förderung ist ein komplexes, einheitliches therapeutisch-pädagogisches Fördersystem</p> <ul style="list-style-type: none"> • konduktiv, vom lat. conducere, heißt zusammenführend, weiterführend, nützend. • · mehrfachtherapeutisch bedeutet gleichzeitiges Anstreben mehrerer therapeutischer Ziele
2. Durchführende	Physio-, Ergo-, LogotherapeutInnen	PhysiotherapeutInnen	Akadem. Mehrfachtherapie-KonduktorInnen (mit gleichermaßen therapeutischen u. pädagogischen Kompetenzen)
3. Ausbildungsvoraussetzungen	<p>Physio-, Ergo-, LogotherapeutInnen mit 2 Jahren nicht supervidiertes Praxis und ca. 12-wöchigem</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bobath-Kurs • und Refresher Kurse 	<p>PhysiotherapeutInnen und ca. 10-wöchigem</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vojta-Kurs • Weiterbildende Arbeitskreise 	<ul style="list-style-type: none"> • mind. 2-jährige therapeut. oder pädagog. Grundausbildung nach der Matura • plus 2-semesteriger Basislehrgang • plus darauf aufbauender 4-semesteriger Universitätslehrgang (danach 6 Monate supervidierte Arbeit) • (Ungarn: 4-jährige, England: 3-jährige grundständige Hochschulausbildung)
4. Die therapierenden und fördernden Fachkräfte bei einem Kind	<p>Gegebenenfalls ab ca. 3 Jahre</p> <ul style="list-style-type: none"> • Physiotherap. + Bobathkurs • Ergotherapie. + Bobathkurs • LogotherapeutIn • FrühförderIn • KindergärtnerIn • SonderkindergärtnerIn <p>alle hintereinander</p>	<p>Physiotherap. + Vojta-Kurs</p> <ul style="list-style-type: none"> • ErgotherapeutIn • LogotherapeutIn • FrühförderIn • KindergärtnerIn • SonderkindergärtnerIn (nach anderen und verschiedene Methoden) 	<ul style="list-style-type: none"> • Komplex, d. h. therapeutisch und pädagogisch, arbeitende/r Akademische/r Mehrfachtherapie-KonduktorIn ist zuständig für durchschnittlich 2 – 2,5 Kinder in einer Gruppe. • Gruppengröße: 4 – 10 Kinder je nach Alter • je Gruppe mind. 2 Akad. Mehrfachtherapie-KonduktorInnen: eine/r mit therap. (Physio-, Ergotherapie.) und eine/r mit pädag. Grundausbildung (FrühförderIn, KindergärtnerIn, LehrerIn,

	mit dem Kind arbeitend) = additives, nur teilweise einheitliches System	arbeitend) = additives, uneinheitliches System	ungar. KonduktorIn)
5. Art der Interaktion und Lernmilieu	<p>Fast immer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Einzeltherapie durch TherapeutInnen plus Anleitung der Eltern • Kind wird von Erwachsenen behandelt • emotionaler Kontakt und Wohlbefinden d. Kindes wird beachtet • Sprache wird nicht systematisch angewendet und gefördert, nur spontan im persönlichen Kontakt • kognitive Bereiche nicht systematisch miteinbezogen 	<p>Nur:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Einzeltherapie durch TherapeutInnen plus Anleitung der Eltern • Kontakt mit dem Kind während der Behandlung rein physisch: festhalten u. manuelle Druckpunkte in best. Ausgangsstellungen • Emotionalität u. Wohlbefinden des Kindes während der Behandlung werden nicht beachtet (meist Unlust, Angst u. schmerzgefülltes Schreien) • Sprache wird meist nicht angewendet zu Kommunikation • kognitive Bereiche werden überhaupt nicht miteinbezogen 	<ul style="list-style-type: none"> • Größtenteils Konduktiv Mehrfachtherapeutische Gruppenförderung, aber kombiniert mit Mehrfachtherapeutischer Einzelförderung. • Zuerst arbeitet die Mutter mit dem Kind in der Elternschule u. wird angeleitet. Ab ca. 3 Jahre arbeitet in 5 – 6-stündigen Gruppen täglich dieselbe Mehrfachtherapie-Konduktorin und dann das Kind möglichst selbständig. • Mehrfachtherapie-KonduktorInnen, Gruppe, Tagesablauf und die komplexen Schwerpunktprogramme bleiben stabil. (Die Schwerpunktprogramme umfassen täglich etwa je 1/3 motor., 1/3 sprachliche und kognitive und 1/3 Selbsthilfetrainingsprogramme.) • Das Kind wird in jedem Augenblick als fühlendes, denkendes und handlungsfähiges Subjekt und Interaktionspartner gesehen und auf diesen 3 Persönlichkeitsebenen immer gleichzeitig positiv angesprochen und systematisch aktiviert.
6. Dauer und Frequenz	<ul style="list-style-type: none"> • durchschnittlich 2-3 TherapeutInnen 1x Woche 45-60 Minuten Einzeltherapie plus • Elternarbeit zu Hause 	<ul style="list-style-type: none"> • Bei einer Physiotherapeutin mit Vojta-Kurs 1x / Woche ca. 30 Minuten plus • Elternarbeit zu Hause • „Soll“ • täglich 3 – 4 je 	<ul style="list-style-type: none"> • Kond. Mehrfachth. Einzelförderung bei Babies (0-12 Monate) 1x / Woche: 90 Minuten plus Elternarbeit: ~ 1 Stunde / Tag (durchführbar) • Kond. Mehrfachth. Elternschulgruppe (1 Elternteil mit 1 – 3 jährigem Kleinkind): 2 – 3x pro Woche je 2 – 2 ½ Std. plus Elternarbeit: ~ 1 Stunde /

	<ul style="list-style-type: none"> • „Soll“ • täglich ~ 3 Stunden (undurchführbar) plus Alltagsituation 	10-15 Minuten (= undurchführbar)	<p>Tag (durchführbar)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kond. Mehrfachth. Kindergartengruppe (3 – 6 jährige Kinder), täglich 5 – 6 Stunden plus Elternarbeit ½ Stunde / Tag (durchführbar) • Kond. Mehrfachth. Schulgruppen (6 – 15 jährige Kinder), täglich 6 – 7 ½ Stunden plus Elternarbeit: nur kurzes Heimprogramm (z. B. Dehnen, therap. Gehen etc.), Alltagssituationen ca. ½ Stunde / Tag (durchführbar)
<p>7. Medizinische Voraussetzung u. Bewegungstherapeut. Grundlagen</p>	<p>a) genaue fachärztliche Diagnose u. Verordnung</p> <p>b) Behandlungsplanerstellung durch die jeweilige Therapeutin (Austausch der verschiedenen Therapeuten, die gegebenenfalls nach Bobath arbeiten)</p> <p>c) fachärztliche Verlaufskontrolle</p> <p>d) patholog. Bewegungsmuster werden manuell gehemmt und</p> <p>e) normale Bewegungen physisch durch spezielle Grifftechniken faziilitiert (Handlung)</p> <p>f) Bewegungen werden möglichst alltagsnah angeboten</p> <p>g) immer wird ganzkörperlich</p>	<p>a) genaue fachärztliche Diagnose u. Verordnung</p> <p>b) motor. Ziele erstellen die TherapeutInnen</p> <p>c) In passiv eingenommenen u. gehaltenen Stellungen werden über manuell stimulierte Reflexpunkte unbewusst ablaufende, globale Bewegungsaktionen provoziert (meist in Form isometrischer Kontraktionen, d. h. die Bewegungsausführung wird nicht zugelassen) wie: - Reflexkriechen - Reflexumdrehen die aus Ortho- u. Phylogenese stammen und</p> <p>d) als Grundvoraussetzung für: - Schwerpunkt-</p>	<p>a) genaue fachärztliche Diagnose u. Verordnung</p> <p>b) individuelle Kond. Mehrfachth. Zielerstellung durch Arzt und Akad. Mehrfachth. Konduktorin und Zuordnung zu adäquater Gruppe</p> <p>c) fachärztliche Verlaufskontrolle, laufende Dokumentation durch die Mth.-Konduktorin</p> <p>d) Die bewegungstherapeutischen Ziele sind in konduktiv-komplexer Art u. Weise immer vernetzt mit emotional-sozialen, sprachlichen u. kognitiven Zielen u. die nächsten Schritte sind auf die aktiven Möglichkeiten des einzelnen Kindes abgestimmt.</p> <p>e) Voraussetzungen für optimales Lernen: „ Zielerkenntnis, positive Motivation, höchstmögl. u. kontinuierliche sensomotor. Aktivität u. Bewusstheit sowie, Zielerreichung müssen bei allen Handlungen des Kindes, auch beim Bewegungslernen, durch Mehrfachtherap.-KonduktorInnen gesichert werden.</p>

	<p>gearbeitet</p> <p>h) Selbstbezeichnung: neurophysiolog. Entwicklungstherap., folgt der sog. normalen motor. Entwicklung</p>	<p>verlagerung-</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gleichgewicht- - Körperstabilisierung- - Fortbewegung u. - Aufrichtung <p>angesehen werden</p> <p>e) folgt streng der sog. normalen motor. Entwicklung u. verbietet Kindern, passiv zu vertikalisieren</p>	<p>f)</p> <p>Neuro- u. bewegungsphysiologisch wird nicht notwendigerweise der sog. normalen motor. Entwicklung gefolgt, sondern v. a. bei spastischen Zerebralparetikern Folgendes fokussiert:</p> <ul style="list-style-type: none"> - das Einnehmen vertikaler Lagen aus Bauch oder Rücklage (unter Umgehung der Kriechstellung, des Kniestandes oder Hocke) von „oben herunter“ zum Sitz, Stand - der Gebrauch der Hände und Arme als aktives Fixierungselement - die möglichst selbständige Fortbewegung auf den Beinen in aufrechter Position, das Gehen mit zunehmender Gewichtsübernahme
<p>8. Behandlungstechniken bzw. Techniken des Bewegungslernens und Bewegungskontrolle</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Patholog. Bewegungsmuster u. patholog. assoziierte Reaktionen (z. B. durch Anstrengung hervorgerufen) sollen vermieden werden und physiolog. sollen durch die peripher am Körper des Kindes ansetzende. • Hand der Therapeutin gebahnt werden. Die Techniken heißen Initiieren, Stimulieren, Facilitieren, Stabilisieren (push, pull, tapping) an best. Schlüsselpunkten • Das Kind soll sich nicht bewusst 	<p>Durch Druck (= Reizung des Periosts = schmerzhaft!) an best. Punkten werden folgende Koordinationskomplexe in isometrischer Muskelspannung ausgelöst:</p> <ul style="list-style-type: none"> • in Bauchlage: Reflex-Kriechen • in Seitenlage u. Rückenlage: Reflex-Umdrehen • durch gleichzeitiges Drücken mehrerer Druckpunkte: räumliche Summation • durch längeres Anhalten: zeitliche Summation 	<ul style="list-style-type: none"> • Die Hand der Mth. Konduktorin ist immer („das zuletzt angewandte „H“: erst nach Herz, Hirn die Hand“ – H. Keil) nur aktivitätsunterstützend und - nicht gegen den Willen d. Kindes Reaktionen auslösend (wie bei Vojta) und ebenso - nicht ohne Aufmerksamkeit u. Bewusstheit des Kindes Reaktionen auslösend wie bei Bobath, sondern ist eines von mehreren möglichen Fazilitationsmitteln, die alle primär zentral neuropsychologisch, neuropädiatrisch und neurophysiologisch ansetzen. • Die Erreichung orthofunktionaler Ziele ist Sinn der motor. Schwerpunktaufgaben und Programme unter • Vermeidung patholog. Bewegungsmuster und patholog. assoziierter Reaktionen. Dies wird erreicht durch:

	<p>korrigieren, sondern die durch die Hand der Therapeutin kontrollierten Stellungen und Bewegungen Unbewusst spüren und so Erlernen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Bewegungskontrolle ausschließlich peripher u. durch phys. Einwirkung d. Therapeutin 	<ul style="list-style-type: none"> - kontrollierte Ausgangsstellungen - mentale Bewegungsplanung - multisensorielle, kontinuierliche, aktive, möglichst selbständige (ev. unterstützte), d. h. zentrale Bewegungskontrolle - all dies v. a. durch das Rhythmisch kontinuierliche Intendieren unter Verwendung autodirektiver Bewegungsformeln.
9. Motivation des Kindes und Bewegungsstimulation	<ul style="list-style-type: none"> • Durch emotionale Zuwendung der versch. TherapeutInnen • Durch div. Spielangebote • Bewegungsstimulationen größtenteils peripher 	<ul style="list-style-type: none"> • Nicht relevant • Stimulation rein physisch durch Stellungen und Druckpunkte 	<p>Motivation u. Bewegungsstimulation größtenteils autogen, d. h. zentral durch positive stabile emotionale Beziehungen und Erkenntnisprozesse, die sich gegenseitig stimulieren und stattfinden zwischen dem einzelnen Kind, d. Mth.-Konduktorin und den anderen Teilnehmern der Gruppe: gute Stimmung erhöht Lernbereitschaft u. -fähigkeit, Vorbildwirkung einer gleichzeitig arbeitenden, gleiche Ziele anstrebenden Gruppe</p> <ul style="list-style-type: none"> • durch entwicklungsaltersgerechtes und interessantes Angebot • durch erfüllbare Aufgaben • durch Erfolgsverstärkung
10. Typische Geräte und Hilfsmittel	<ul style="list-style-type: none"> • Matte am Boden • Therapietisch gepolstert • Therapieball • Hängematte • Schaukelbrett • Lagerungskeile • div. Sitzgeräte mit korrigierenden u. fixierenden 	Therapietisch gepolstert	<p>multifunktionale, größtenteils selbständig in Verwendung zunehmende Therapiegeräte wie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Therapiepritsche • Sprossenstuhl • mobile u. fixierte Sprossenwände • Reitsitz- u. Lattenschemel • Lattenbänke • fixierbare Holzkeile auf Sessel oder Schemel • Holzboxen verschiedener

	<p>Adaptierungen</p> <ul style="list-style-type: none"> • div. Lagerungs- u. Stehgeräte wie • Bauchschrägliegebrett • Stehständer • div. Gehgeräte: • Rollator • Walter • Gehbänkchen • Stöcke • div. Wagen u. Rollstühle mit korrigierenden Adaptierungen 		<p>Höhen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Holzstufen • Bodenleitern • schiefe Ebenen • Hand- u. Armstäbe • Handreifen • Schnüre • Sandsäcke <p>Indoor-Gehgeräte:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Geh-Pritschen • Gehbarren • mobile Sprossenwände • Sprossenstühle • Gehbänkchen • Stöcke
<p>11. Transfer in Alltagssituationen</p>	<ul style="list-style-type: none"> • fast nur durch Eltern zu Hause • ist inhaltlich, personell, zeitlich, räumlich und instrumentelle weder in Kindergarten noch Schule systematisch eingeplant 	<p>Findet innerhalb des konduktiv gestalteten und strukturierten Tagesauflaufs täglich während ca. eines Drittels der Anwesenheitszeit in Form von Selbsthilfe-Trainingseinheiten statt und ist</p> <p>inhaltlich personell zeitlich räumlich u. instrumentell</p> <p>so gestaltet, dass die Kinder kontinuierlich aktiv sein können</p>	

<p>12. Rolle der Eltern</p>	<p>Bleiben Hauptausführende („Co-Therapeuten“) der versch. therapeutischen Anforderungen</p> <ul style="list-style-type: none"> • meist bis Pubertät • große Dauerbelastung in der Eltern-Kind-Beziehung 	<p>bleiben Hauptausführende der Vojta’schen Behandlung durchschnittlich</p> <ul style="list-style-type: none"> • bis zum 4. / 5. Lebensjahr, spätestens dann meist • Wechsel zu stärker funktionell ausgerichteten, psychisch weniger belastenden Therapiemethoden 	<ul style="list-style-type: none"> • Eltern sind Hauptausführende nur bis zum • Lebensjahr, danach Hauptgewicht der Kond. Mehrfachth. Förderung • in den Kindergarten- und Schulgruppen (wesentliche Entlastung der Eltern)
<p>13. Hauptanliegen</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Förderung v. a. der großmotorischen (durch Physioth.), feinmotor. (durch Ergoth.) und sprachlichen (Logopäd.) Entwicklung • auf die speziellen Probleme des Kindes eingehend entsprechend der sog. Normalen Entwicklung zur Erreichung größtmöglicher Selbständigkeit 	<ul style="list-style-type: none"> • will Beitrag leisten zur Haltungs- und Bewegungskoordination • selbständige Vertikalisation in „normaler“ Umgebung wird erwartet 	<ul style="list-style-type: none"> • Die mehrfachtherapeutischen (physio-, ergo-, logotherapeutischen) Anteile dieses Fördersystems sind eingebettet in eine • alters- und behinderungsadäquate pädagogische Förderung zum Zweck einer komplexen, vernetzten und systematisch aufgebauten Persönlichkeitsentwicklung zur Erlangung frühest- und größtmöglicher Selbständigkeit und Selbststeuerung.

11.8.14 Univ.-Klinik für Kinder- und Jugendheilkunde Innsbruck (Ergänzung zur Stellungnahme Stiftung Pfennigparade)

Sehr geehrte Damen und Herren,

von einem Auslandsaufenthalt zurückgekehrt, finde ich mich mit der dringenden Bitte konfrontiert, als ärztlicher Leiter der Ausbildung in Wien eine - ergänzende - Stellungnahme abzugeben, zu den Ihnen bereits zugegangenen Stellungnahmen der KFI Wien, Institut Keil und Stiftung Pfennigparade als Ausbildungsstätten und Partnereinrichtungen im EU-Projekt, sowie des europäischen Arbeitskreis der konduktiv tätigen TherapeutInnen.

Wobei mir die Ihnen bereits zugegangenen definitiven Papiere leider nicht vorliegen, dagegen eine „dead-line“: 17.02.2003 - mit Frau Berisha vereinbart und offenbar von Ihnen vorgegeben.

Ich weiß nicht, ob ich immer noch der einzige Arzt bin, der mit Bobath, Vojta, „KE“ sowie dem Halliwick-Konzept (Behinderten-Schwimmen etc) auch praktisch vertraut ist.

Jedenfalls gehören diese ‚Methoden‘ seit Jahren zum therapeutischen Instrumentarium in den Therapeutischen Teams, in denen ich ärztlich aktiv bin.

Ich schätze sie und schließe mich daher nicht völlig den mir vorliegenden einschränkenden Ausführungen an, besonders, was Bobath und Vojta anlangt. Viele positive Veränderungen dort sind nicht zuletzt indirekt der Kenntnisnahme von KF - Prinzipien zu verdanken („Bobath-NDT, Vojta and Petoe (CE) - a personal view.“ H. Haberfellner. M. Velickovic & B. Neville Editors. Elsevier, Amsterdam. In press.)

Aus den Erfahrungen der letzten Jahre möchte ich die Bemühung um eine ausgewogenen therapeutischen Anteil an der KF betonen. Besonders in der Arbeitsgruppe um Frau Keil, aber auch in München und England. Dies hebt sie von Budapest u. a. Institutionen ab - weswegen die Ihnen sicherlich bekannte negative Einschätzung der KF durch die neuropädiatrische Gesellschaft hier nur sehr bedingt greift.

Die Empfehlung einer ärztlichen Verordnung nach dem Heilmittelkatalog durch einen mit den Prinzipien der KF vertrauten Arzt möchte ich voll unterstützen. Die Notwendigkeit von und das Verständnis für Kompromisse wird durch die mir vorliegende Stellungnahme (Pkt. 21 „...an Zentren oder in Praxen?“) aus meiner Sicht schön belegt.

Kompromisse sind aus medizinischen, ökonomischen und psychosozialen Gründen bei dieser Arbeit sinnvoll und aus lokalen Ursachen meist unvermeidbar. - Daher die unbedingt nötige ärztliche Verordnung und Kontrolle.

GMFT und die Münchener Untersuchungsvorrichtungen für die Überprüfung der Handmotorik sind aus meiner Sicht erste Schritte in die richtige Richtung aber noch keine definitiven Messinstrumente (Pkt. 13).

Was die KF aus meiner Sicht besonders auszeichnet, ist ihr Schwerpunkt auf dem Erlernen der für die Bewältigung de Alltags relevanten ‚Fertigkeitsmotorik‘ (Pkt. 26/c), das Nutzen gruppenspezifischer Aspekte für motorisches Lernen, die ausgefeilte Motivationstechnik in Richtung Selbstständigkeit und vor allem Selbstverantwortlichkeit und die ausgiebige und systematische Verwendung spezifisch menschlicher

„Errungenschaften“: Verwendung der Hände, der Sprache und des Sprechens bei den genannten (Pkt. 1) Indikationsgruppen.

11.8.15 Verein für Menschen mit Körperbehinderung Nürnberg

Konduktive Förderung und nach Petö in Nürnberg

Ende 1994	TV Bericht Förderung nach Petö
Februar 1995	Gespräch zwischen dem Petö-Institut und dem Vorstandsvorsitzenden des Vereins zur Förderung spast. gelähmter Kinder e. V. in Budapest
August 1995	Voruntersuchung von über 70 Kindern durch Konduktorinnen des Petö-Institut beim Verein zur Förderung spastisch gelähmter Kinder e. V. in Nürnberg
September 1995	Vertrag zwischen dem Petö-Institut und dem Verein zur Förderung spastisch gelähmter Kinder e. V. über die Durchführung von konduktiver Förderung in Nürnberg *Organisation der konduktiven Förderung in Nürnberg *Entsendung von 5 Konduktorinnen (2 x 3 Wochen), davon 1 Gruppenleiterin *Auswahl der Kinder (Petö-Institut) *Zusammenstellung der Gruppe (Petö-Institut) *Durchführung der konduktiven Förderung in Nürnberg
Oktober 1995	Start der konduktiven Förderung: Kleinkinder / Vorschulkinder Ausführung durch Konduktorinnen des Petö-Instituts *2 Gruppen Kleinkinder (bis 4 Jahre) für 3 Wochen, pro Tag 3 Stunden *2 Gruppen Vorschulkinder (bis 6 Jahre) für 3 Wochen, pro Tag 3 Stunden
November 1996	Start der konduktiven Förderung: Schulkinder Ausführung durch Konduktorinnen des Verein zur Förderung spastisch gelähmter Kinder e. V. und des Petö-Instituts *Schulkinder (6 bis 16 Jahre) für 5 Wochen, pro Tag 3 Stunden konduktive Förderung, nachmittags *Klein-/ Vorschulkinder (bis 7 Jahre) für 3 Wochen, pro Tag 3 Stunden konduktive Förderung, vormittags

Fragen zum therapeutischen Nutzen

1. Auf welche Erkrankung bzw. Indikation (Diagnose + Leitsymptomatik) bezieht sich Ihre Stellungnahme?

Zerebralpareesen (unabhängig von der Ursache und Stadium) wie spastische Tetraparese, Hypotonie, Ataxie, Athetose, Hemiplegie, Paraplegie, Spina Bifida sowie das Parkinson-Syndrom und Multiple Sklerose mit

- erhöhtem oder hypotonem Muskeltonus im ganzen Körper, halbseitig oder in den oberen bzw. in den unteren Extremitäten betont;
- eingeschränkter Fortbewegung in allen Formen;
- eingeschränkten Bewegungsmöglichkeiten der oberen Extremitäten und unterentwickelten Feinmotorik;
- vorhandenen pathologischen Reflexen und Reaktionen;
- erhöhtem Risiko von sekundären orthopädischen Deformitäten des Skelettes und der Muskulatur;
- zerebellaren Koordinationsstörungen;
- Schwierigkeiten beim Essen und Trinken (Schlucken, Kauen, Saugen);
- Schwierigkeiten der Ausdrucksfähigkeit und der Sprache;
- Teilfunktionsstörungen des Nervensystems wie Aphasie, Apraxie usw. bzw. Störungen des abstrakten Denkens;
- Wahrnehmungsstörungen im Körperschema, Orientierung, Perzeption;
- Kognitiven Fähigkeitsstörungen und Gedächtnisstörungen;
- allgemeinen Konzentrationsstörungen und speziellen Lernunfähigkeiten wie Dyslexie, Dyscalculie;
- mangelhafter Eigenaktivität und Motivation und primärer oder sekundärer geistigen Retardation.

Eine Indikation zur Konduktiven Förderung ist begründet, wenn einige von den oben genannten Symptomen vorhanden sind. Der Kontakt und die Lernfähigkeit sind jedoch Hauptkriterium zur erfolgreichen Förderung.

Ausschlusskriterien:

- Schwere Beeinträchtigungen der physischen Belastbarkeit durch Entwicklungsanomalien von Herz und Kreislauf oder extremer Krampfaktivität
- Schwerste Sinnesbeeinträchtigungen (Gehörlosigkeit oder Blindheit)
- Genetische Erkrankungen mit überwiegend geistiger Behinderung
- Orthopädische Probleme, die eine körperliche Belastung verbieten

Vergl.: Berufsbild der Konduktor (III/1.)

(Bundesverband der in Deutschland tätigen Konduktor/innen e. V.)

Vergl.: Diagnoseblatt und Thesenpapier zur Qualitätskriterien der Konduktiven Forderung (Pinneberger Arbeitskreis, 2000)

2. Anhand welcher diagnostischer Verfahren und ggf. welchen nach prüfbaren Parametern wird die o. g. Indikation festgestellt?

<p>Durch neurologische, orthopädische fachärztliche Untersuchungen und anschließender konduktiver Untersuchung.</p> <p>Vergl.: Michael Rochel: Medizinische Verantwortung bei Konduktiver Förderung und Rehabilitation, Band 2, Seite 21; Verlag modernes lernen, Dortmund</p>
<p>3. Wie hoch ist die Prävalenz / Inzidenz der o. g. Erkrankung in Deutschland?</p>
<p>Vergl.: Rainer Blank, Hubertus von Voss: Konduktive Förderung nach Petö -Evaluation einer alltags und aufgabenorientierten Therapie bei Kindern mit Zerebralpareesen im Kindergarten- und Vorschulalter, Kapitel 1.1, Seite 2</p>
<p>4. Wie ist der Spontanverlauf bei der o. g. Erkrankung?</p>
<p>Da derzeit praktisch kein Betroffener ohne irgendeine Therapie, Förderung, Behandlung oder medizinische Versorgung bleibt und die Krankheitsbilder durch die sekundären Symptome und die Begleitsymptome von Patient zu Patient sehr unterschiedlich sein können, ist die exakte Beschreibung des Spontanverlaufes kaum möglich.</p> <p>Je schwerer die klinischen Symptome und die assoziierten sensorischen, sprachlichen und intellektuellen Störungen sind, desto intensiver treten Verschlechterungen im Gesamtzustand durch Inaktivitätsatrophien, Kontrakturen, Koordinationsstörungen bis zum weitgehenden Funktionsverlust im Alltag ein.</p> <p>Die Deformitäten des Skelettes können zu Funktionsstörungen der inneren Organe, zu Schmerzzuständen, zur Verschlechterung des Kreislaufes und der Atmung führen.</p>
<p>5. Welche Methoden stehen zur Behandlung der o. g. Erkrankung grundsätzlich zur Verfügung?</p>
<p>Krankengymnastik nach Bobath und Vojta, Ergotherapie, Logopädie usw.</p> <p>Vergl.: Rainer Blank, Hubertus von Voss: Konduktive Förderung nach Petö -Evaluation einer alltags und aufgabenorientierten Therapie bei Kindern mit Zerebralpareesen im Kindergarten- und Vorschulalter-, Kapitel 1.2.1, Seite 2 - 4</p>
<p>6. Welche prioritären Ziele gelten für die Behandlung der o. g. Erkrankung / Indikation?</p>
<ul style="list-style-type: none">· Lockerung der spastischen bzw. Kräftigung der hypotonen Muskulatur;· Kontrakturen und Deformitäten vorbeugen;· Förderung der Bewegungskoordination, wie z. B. die Hand-Hand-, Hand-Fuß-, Augen-Hand- und Hand-Mund-Koordination;· Verbesserung der Handfähigkeiten und der Feinmotorik;· Förderung der selbstständigen Fortbewegung;· Förderung der Wahrnehmung;· Förderung der Sprach- und Ausdrucksfähigkeit;· Selbstständiges Essen, Trinken, sich Waschen, An- und Ausziehen, Toilette benutzen;· Aktivität und Selbstständigkeit fördern;· Integration;· Eine möglichst selbstständige Lebensführung zu erreichen;· Lebensqualität zu verbessern.
<p>7. Welche dieser Ziele sind (ggf. teilweise) in welchem Stadium der Erkrankung und in welchem Lebensalter mit der o. g. Methode zu erreichen?</p>

Abhängig von Art und Schwere der Behinderung und davon wie früh mit der Förderung angefangen wurde, können Kinder oft schon in den Regelkindergarten/Schule integriert werden

Unter Berücksichtigung der Gesetzmäßigkeiten menschlicher Erfahrungsbildung muss Konduktive Förderung zum frühestmöglichen Zeitpunkt begonnen werden, um eine optimale Wirkung zu entfalten. Eine genaue „zeitliche Bestimmung“ kann hier nicht vorgenommen werden, da die Erfolge/Ziele unterschiedlich einsetzen.

In jedem Lebensalter und unabhängig von der Schwere des Krankheitsbildes sind erfahrungsgemäß nachweisbare Effekte hinsichtlich der Erreichung und Erhaltung optimaler Bewegungsfähigkeit sowie der Kommunikationsfähigkeit und Aktivität zu erreichen.

Verg.: Annette Fink: Erfolge der Konduktiven Förderung, Praxis der Konduktiven Förderung nach A. Petö, Kapitel 13, Seite 118-120, Ernst Reinhardt Verlag

8. Wie ist die Wirksamkeit einer Behandlung mit der o. g. Methode im Vergleich zu anderen (etablierten) Behandlungs-Methoden und / oder im Vergleich zum Spontanverlauf?

Die Petö-Methode erzielt im Vergleich zu den anderen Methoden eine Annäherung an die altersgerechte geistige und motorische Entwicklung.

Die anderen Behandlungsmethoden betrachten in ihrem Therapiegrundsatz welche Fähigkeiten bei den Behinderten durch die Schädigungen des Zentralen Nervensystems fehlen, d. h. wozu der Betroffene nicht fähig ist.

Dagegen werden in der Konduktiven Förderung in allen Bereichen funktionelle Fertigkeiten entwickelt, die dem Kind/Erwachsenen altersentsprechend sind.

Es werden Positionen wie Stehen, Sitzen altersentsprechend und aktiv geübt und verschiedene Formen der Fortbewegung wie Robben, Krabbeln, Laufen erlernt und die Handfertigkeiten vielseitig gefördert. Dadurch wird die gesamte Muskulatur gekräftigt und frühzeitige Deformitäten und Kontraktionen des Bewegungsapparates vorgebeugt.

Bei kontinuierlicher und konsequenter Förderung kann im Vergleich zum Spontanverlauf oder zu anderen Behandlungsmethoden eine deutlich frühere Selbstständigkeit in motorischen und lebenspraktischen Bereichen erreicht werden.

Die Patienten brauchen im Vergleich zu Förderungen mit anderen Methoden grundsätzlich weniger Hilfsmittel.

Durch die Konduktive Förderung verinnerlicht der Patient eine aktive und selbstständige Lebensweise. Dieses ermöglicht ein unabhängigeres Leben, wodurch im späteren Leben unter Umständen auf teure Hilfsmittel und -geräte, bzw. auf extra Pflegepersonal verzichtet werden kann.

Die Petö-Methode ist alltagsorientiert und verbessert dadurch direkt die Lebensqualität der Betroffenen und dessen Familie.

Vergl.: Annette Fink: Petös Grundannahmen, Praxis der Konduktiven Förderung nach A. Petö, Kapitel 3.2., Seite 35, Ernst Reinhardt Verlag

Vergl.: Annette Fink: Erfolge der Konduktiven Förderung, Praxis der Konduktiven Förderung nach A. Petö, Kapitel 13, Seite 118-120, Ernst Reinhardt Verlag

Vergl.: Michael Rochel: Konduktive Förderung nach Petö im Institut Kinderneurologie Königstein - neurologisch/medizinische Aspekte-, Das behinderte Kind frühzeitig fördern, Seite 78-8 1, Wissenschaftsverlag Wellingsbüttel, Hamburg

Pilotprojekt in der Taunusklinik Königstein, Weber, Rochel, 1992, Forschungsbericht Nr. 224 von Bundesministerium für Arbeit und Soziales 1992

9. Ist angesichts der von Ihnen ggf. unter Frage 5 aufgeführten Behandlungsalternativen die Behandlung mit der o. g. Methode erforderlich und wenn ja, warum?

Die herkömmlichen Therapiemöglichkeiten greifen spezielle Problembereiche auf, wobei die Schädigungen des Nervensystems komplexe Behinderungen darstellen. Die motorischen, kognitiven, sensorischen, psychischen und sozialen Fähigkeiten sind gleichermaßen betroffen.

Die konduktive Sichtweise betrachtet den Behinderten als komplexes Wesen und konzentriert sich auf die Entwicklung der Gesamtpersönlichkeit. Affektive, psycho-soziale und interaktive, kognitive sowie motorische Kompetenzen und die Aneignung lebenspraktischer Fähigkeiten werden nicht isoliert gefördert, sondern in komplexen Programmen gleichermaßen berücksichtigt.

Die Förderung wird von einer dem Entwicklungsalter adäquaten motivierenden und aktivierenden Gruppenpädagogik getragen.

Die Betroffenen haben nur eine Bezugsperson, die ihre Entwicklung langfristig begleitet und anhand der Beobachtungen die Förderung auf die individuellen Bedürfnisse optimal anpasst. Das Petö-Konzept geht gezielt auf lebenspraktische Bereiche ein, verbessert dadurch direkt die Lebensqualität der Betroffenen und deren Familie.

Die Konduktive Förderung bietet eine ganzheitliche Förderung aus der Palette der verschiedenen Therapiemöglichkeiten an. Jeder Patient sollte die Chance haben, die für ihn bestgeeignete Fördermöglichkeit zu erhalten.

Die Wirksamkeit dieser Methode wird von Eltern, Betroffenen, Therapeuten und Ärzten in hohem Maße belegt und kann nicht durch die alleinige Behandlung herkömmlicher Therapiemethoden ersetzt werden. Die Belege berufen sich hier auf Beobachtungen, Therapieaufzeichnungen und Aussagen von Betroffenen. Der wissenschaftlich fundierte Effektivitätsnachweis fehlt genauso bei den neurophysiologischen Behandlungen nach Bobath und Vojta, die dennoch von den Krankenkassen finanziert werden.

Vergl.: Urteil des Bundesverwaltungsgerichtes vom 31.5.2002, 5 C 36.01 - OVG 4 L 4857/99, dem gemäß die Beurteilung des Effektes einer bestimmten Förderungsmaßnahme denjenigen Personen überlassen bleiben sollte, die den Betroffenen am besten kennen.

Vergl: Michael Rochel: Konduktive Förderung nach Petö im Institut Kinderneurologie Königstein – neurologisch/medizinische Aspekte-. Das behinderte Kind frühzeitig fördern, Seite 78-81, Wissenschaftsverlag Wellingsbüttel, Hamburg

Vergl.: Rainer Blank, Hubertus von Voss: Konduktive Förderung nach Petö -Evaluation einer alltags und aufgabenorientierten Therapie bei Kindern mit Zerebralpareesen im Kindergarten- und Vorschulalter-, Kapitel 1.2.2, Seite 4 - 6

10. Welche einzelnen Maßnahmen kommen zum Einsatz und wie lange dauern die einzelnen Therapieeinheiten?

Der komplexe Tagesablauf besteht aus verschiedenen Aufgabeneinheiten mit anschließender lebenspraktischer Anwendung des Erlernten. Die Dauer der verschiedenen Einheiten sind je nach Art der Förderung unterschiedlich (Blockförderung, in der Regel 3 Wochen Ganz- oder Halbtagsförderung kontinuierliche Forderung 1 —2 mal wöchentlich halbtags; Einzelförderung).

Die verschiedenen Einheiten im Fall einer Halbtagsförderung (3 Stunden) sind z. B.:

- Förderung des Platz- und Positionswechsels (ca. 45 Min.)
- Geh- und Stehprogramm (ca. 15 Min.)
- Individuelles Förderprogramm (ca. 60 Min.)
- Förderung der Grob- und Feinmotorik (ca. 30 Min.)
- Kognitivprogramm (ca. 30 Min.)

<p>Zwischen den verschiedenen Einheiten wird ermöglicht das Erlernte in lebenspraktische Situationen umzusetzen, wie z. B.: individuelle Fortbewegung, Essen, Trinken, sich An/Ausziehen, Toilette benutzen usw.</p> <p>Bei der Ganztagsförderung (6 Stunden) erhöht sich der zeitliche Ablauf entsprechend, außerdem muss Zeit für Ruhepausen bzw. Freispiel gewährt werden.</p>
<p>11. Gibt es Unterschiede im Anteil pädagogischer Intervention in Abhängigkeit vom Entwicklungs- / Lebensalter bzw. vom Ausmaß der motorischen / geistigen Behinderung der betroffenen Kinder und wie hoch ist der jeweilige Anteil?</p>
<p>Bei kontinuierlicher Förderung vom 2 - 6. Lebensjahr ist das Verhältnis des therapeutischen zum pädagogischen Anteil ca. 50 % zu 50 %.</p> <p>Bei der Förderung von Säuglingen, im Schulalter, bei Jugendlichen und bei Erwachsenen, bzw. in der Blockförderung ist das Verhältnis des therapeutischen zum pädagogischen Anteil ca. 70 % zu 30 %.</p>
<p>12. Wie lange sollte die Behandlung insgesamt durchgeführt werden und welche Kriterien sind hierfür maßgebend?</p>
<p>Das Ziel der Konduktiven Förderung ist es, eine höchstmögliche Selbstständigkeit in allen Lebensbereichen zu erreichen und dadurch die Integration/Wiedereingliederung in die Gesellschaft zu ermöglichen.</p> <p>Um dieses Ziel möglichst früh zu erreichen, ist erfahrungsgemäß eine intensive, kontinuierliche Förderung bis zur Integration erforderlich. Die Förderung endet, wenn sichtbar keine weiteren Fortschritte mehr erzielt werden können, bzw. nicht mehr erreicht werden kann, z. B. bei Jugendlichen nach der Pubertät. Im Anschluss besteht die Möglichkeit der jederzeitigen individuellen Beratung.</p> <p>Die Konduktive Förderung sollte also so lange fortgesetzt werden bis das Erlernte automatisiert ist und/oder sich keine Erfolge mehr einstellen.</p> <p>Vergl.: Annette Fink: Erfolge der konduktiven Förderung, Praxis der Konduktiven Förderung nach Andras Petö, Kapitel 13., Seite 116-120, Ernst Reinhardt Verlag</p>
<p>13. Mit welcher Diagnostik (z. B. Untersuchungstechniken, Apparaten, Gesundheitsskalen) werden die therapeutischen Ergebnisse (Zielgrößen) gemessen?</p>
<p>Adäquate Messkriterien für die Erfolge der Konduktiven Förderung müssen erst noch entwickelt werden. Um den Verlauf der Förderung zu dokumentieren, können nicht Kriterien anderer Behandlungsmethoden übernommen werden wie, z. B. die Lokomotionsstufen nach Vojta, da diese nicht auf die Ausrichtungskriterien der Konduktiven Förderung abgestimmt sind.</p> <p>Maßgebend ist die Lebensqualität der Betroffenen.</p> <p>Vergl.: Michael Rochel: Medizinische Verantwortung bei Konduktiver Förderung und Rehabilitation, Verlag modernes lernen, Dortmund</p> <p>Vergl.: Rainer Blank, Hubertus von Voss: Konduktive Förderung nach Petö -Evaluation einer alltags und aufgabenorientierten Therapie bei Kindern mit Zerebralpareesen im Kindergarten- und Vorschulalter</p>
<p>14. Ist die Behandlung mit der o. g. Methode alternativ oder additiv anzuwenden?</p>
<p>Wenn die Konduktive Förderung kontinuierlich (täglich, halb- oder ganztags) statt findet, sollte sie grundsätzlich als eigenständige Methode alternativ angeboten werden. Im Fall einer Block-Förderung kann jedoch eine additive Anwendung begründet werden.</p>

<p>15. Kommt diese Methode nur als Einzeltherapie oder auch als Gruppentherapie zur Anwendung, worin bestehen entsprechende Zuordnungskriterien? Für den Fall, dass eine Gruppenbehandlung sinnvoll bzw. möglich ist, geben Sie bitte an, wie groß die Gruppen sein sollten, in denen eine bestmögliche Behandlung aus medizinischer Sicht realisiert werden kann.</p>
<p>Konduktive Förderung findet grundsätzlich in Gruppen statt. Dynamische Prozesse, wie gegenseitige Rückmeldung und Motivation, Vorbildfunktion, Unterstützung bei der sprachlichen, motorischen und kognitiven Entwicklung können so genutzt werden. Die Gruppengröße und die Zusammensetzung der Gruppe hängt von den Räumlichkeiten, vom Personal und von der Art und Schwere der Behinderung der Gruppenmitglieder ab. Im allgemeinen sind etwa 4 - 10 Kinder in einer Gruppe. Auf diese Kinderzahl kommen in der Block-Förderung 2 - 4, in der kontinuierlichen Förderung 2 -3 Konduktor/Innen.</p> <p>Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass die optimale Entwicklung Einzelner, am besten außerhalb der Gruppe, in der sog. Einzelförderung zu erreichen ist.</p> <p>Vergl.: Rainer Blank, Hubertus von Voss: Konduktive Förderung nach Petö -Evaluation einer alltags und aufgabenorientierten Therapie bei Kindern mit Zerebralpareesen im Kindergarten- und Vorschulalter-, Kapitel 1.3.2, Seite 7</p>
<p>16. Welche Risiken sind mit der Behandlung mittels der o. g. Methode verbunden?</p>
<p>Bei einer kontinuierlichen und qualitativen Durchführung der Konduktiven Förderung, mit regelmäßiger neurologischer und orthopädischer fachärztlicher Konsultation bestehen keine. bzw. keine größeren Risiken, als bei anderen Methoden.</p>
<p>17. Gibt es verschiedene Varianten 1 definierbare Einzelbestandteile der o. g. Methode, wie werden sie bezeichnet, worin bestehen die Unterschiede und welche sind als optimal anzusehen?</p>
<p>Der konduktive Tagesablauf ist aus speziellen Förderprogrammen aufgebaut. Siehe dazu Frage 10. Während des Förderprozesses müssen Ziele und Aufgaben ständig dem Können und der Entwicklung der Gruppe und deren einzelner Mitglieder angepasst werden.</p>
<p>18. Welches Therapieschema / definierbare Einzelbestandteile muss / müssen in welchem Stadium der o. g. Erkrankung eingehalten werden und wie ist dieses belegt?</p>
<p>Vergl.: Rainer Blank, Hubertus von Voss: Konduktive Förderung nach Petö -Evaluation einer alltags und aufgabenorientierten Therapie bei Kindern mit Zerebralpareesen im Kindergarten- und Vorschulalter-, Kapitel 1.3, Seite 7-12</p>
<p>19. Welche Qualifikationen sind vom verordnenden Arzt und vom behandelnden Therapeuten zu fordern?</p>
<ul style="list-style-type: none">· Ärzte mit Fachkenntnissen und Erfahrung in Neurologie und /oder Orthopädie.· Für die Konduktor/Innen ist eine qualitative Ausbildung, regelmäßige Weiterbildungen und nach Bedarf konduktive Fachsupervision erforderlich. <p>Vergl.: Berufsbild der Kond. (11/3. und VIII.), Bundesverband der in Deutschland tätigen Konduktor/Innen e. V.</p>
<p>20. Kann Ihres Erachtens die „Konduktive Förderung nach Petö“ wie die Maßnahmen der physikalische Therapie, der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie oder der Ergotherapie als Einzel-Heilmittel verordnet und durchgeführt werden oder handelt es sich um eine standardisierte Kombination- ähnlich der so formulierten Kombination im Bereich der Physikalischen Therapie?</p>
<p>Die Konduktive Förderung ist eine eigenständige Methode, welche als Einzel-Heilmittel verordnet werden kann.</p>

<p>21. Sollte die „Konduktive Förderung nach Petö in hierfür geeigneten selbst-ständigen Therapeutenpraxen oder sollte sie in anderen Einrichtungen (z. B. sozialpädiatrische Zentren, Frühfördereinrichtungen, Rehabilitations-Einrichtungen) durchgeführt werden?</p>
<p>Die Konduktive Förderung kann sowohl in selbstständigen Therapeutenpraxen, als in anderen Einrichtungen durchgeführt werden. Voraussetzung der qualitativen Ausführung ist jedoch ein entsprechend ausgebildetes Fachpersonal, in selbstständigen Praxen mit mehrjähriger Berufserfahrung und eine regelmäßige konduktive Fachsupervision.</p> <p>Vergl.: Frage 19.</p> <p>Vergl.: Berufsbild der Konduktor (IV. und VIII.), Bundesverband der in Deutschland tätigen Konduktor/Innen e. V.</p>
<p>22. Werden andere Methoden hierdurch überflüssig und warum?</p>
<p>Nein. Die Konduktive Förderung ist eine Alternative zu den anderen Förderungsmethoden. Jedoch ist die Konduktive Förderung gerade für schwerbehinderte Kinder und Erwachsene (z. B. Schlaganfall, MS usw.) eine Therapiemethode, die durch die intensive Blockförderung die Möglichkeit bietet, enorme motorische Fortschritte zu erzielen.</p>
<p>Ergänzende Fragen zur Wirtschaftlichkeit</p>
<p>23. Wie hoch sind die Kosten der Behandlung eines Patienten mit der o. g. Methode? (je Anwendung/je Therapiezyklus /je Kalenderjahr)</p>
<p>In unserer Einrichtung verrechnen wir derzeit 116,70 € bei 6 Stunden-Förderung/Tag und 58,35 € bei 3 Stunden-Förderung/Tag.</p> <p>In der Regel geht man von einer Förderung von 4 x 3 Wochen/Jahr aus = ca. 60 Fördertage, davon 30 x 116,70 € und 30 x 58,35 € = 5.251,50 €</p>
<p>24. Wie sind die Kosten einer Behandlung mit der o. g. Methode im Vergleich zu etablierten Methoden?</p>
<p>Herkömmliche Therapie in der Frühförderung</p> <p>Medizinische Therapie (KG, Ergo, Logo)</p> <p>38,35 €/Stunde x 2 Std./Woche x 44 Wochen = 3.374,60 €</p> <p>Pädagogische Therapie</p> <p>46,60 €/Stunde x 2 Std./Woche x 44 Wochen = 4.100,80 €</p> <p>7.475,60 €</p> <p>Unserer Meinung nach ist die Konduktive Förderung langfristig erheblich günstiger, als Einzeltherapiemaßnahmen für einen begrenzten, bestimmten Personenkreis.</p> <p>Nach kontinuierlicher konduktiver Förderung (KF) ist ein derart therapiertes Kind in Pflegestufe 1; das herkömmlich therapierte Kind bleibt ein Leben lang in Pflegestufe III. Siehe auch Kostenersparnisberechnung nach Dr. Rochel.</p> <p>Wenn durch die Konduktive Förderung erreicht wird, dass ein Mensch mit Behinderung anstelle im Heim z. B. im „betreuten Wohnen“ außerhalb einer Einrichtung leben kann, so erspart sich der Staat erhebliche Kosten:</p> <p>Beispiel: Heimkosten mtl. 2.500,-- €</p> <p>Kosten „betreutes Wohnen“ - 800,-- €</p>

1.700,-- € x 12 = 20.400,-- € x 50 Jahre
= 1.020.000,-- €

25. Welche Kosten könnten durch den Einsatz der o. g. Methode vermieden werden?

Bei der Konduktiven Förderung werden grundsätzlich weniger Hilfsmittel benötigt. Langfristig ist damit zu rechnen, dass ein Großteil der Patienten in niedrigere Pflegestufen eingeteilt werden kann. Kosten für Hilfsmittel und Medikamente werden geringer. Die Förderung ist zeitlich begrenzt.

Vergl.: Frage 23

Sonstiges

26. Gibt es zusätzliche Aspekte, die in den oben aufgeführten Fragen nicht berücksichtigt wurden?

An dieser Stelle möchten wir einige wichtige Aspekte zum Beratungsthema äußern.

1. Um eine optimale Wirkungsweise der Konduktiven Förderung und Verbesserung der Lebensqualität des Betroffenen zu erreichen, ist eine maximale Zusammenarbeit mit den Eltern/Angehörigen, Pädagogen, Therapeuten, behandelnden Ärzten und anderen Bezugspersonen nötig, demnach sind regelmäßige Familien-, Kindergarten-, Schulbesuche und Konsultationen mit anderen Fachkräften erforderlich.

2. Die Konduktive Förderung setzt eine qualitative hochwertige Ausbildung voraus. Eine Qualitätssicherung durch konduktive Fachsupervision ist im gesamten Bereich erforderlich und ist auch nach der Ausbildung besonders wichtig.

Der Bundesverband der in Deutschland tätigen KonduktorInnen ist zur engen Zusammenarbeit mit den derzeit laufenden Aus- und Weiterbildungen bestrebt, insbesondere im Bereich der praktischen Ausbildung. Um die Qualität der Konduktiven Förderung langfristig zu sichern, wäre eine akademische Konduktoren-Ausbildung erforderlich.

Wir würden deshalb eine zweistufige Ausbildung begrüßen, bestehend aus einer sehr praxisorientierten Grundausbildung und einem anschließenden Fachhochschul-Hochschullehrgang mit akademischem Abschluss. Diese Lösung würde in der Förderung Personalkosten sparen, für hohe Qualität sorgen und gleichzeitig für leitende und verantwortliche Positionen akademischen Konduktor-Fachkräfte mit mehrjähriger Berufserfahrung bieten.

3. Das System der Konduktiven Förderung ist zur kontinuierlichen Förderung entwickelt worden.

Studien, wie Weber, Roche(, 1992 sowie Voss, Blank, 2001, welche die Konduktive Förderung als sogenannte Blockförderung nur in beschränkten Altersgruppen untersuchten, können dadurch die Wirksamkeit nur teilweise belegen. Die Blockförderung war/ist eine finanzielle/personelle Notlösung. die in der zur Zeit vorhandenen Situationen sinnvoll ist. Es wäre jedoch nicht richtig, wenn die Konduktive Förderung sich in Deutschland nur in dieser Form etablieren würde.

11.8.16 Zentrum für Frühbehandlung und Frühförderung (mit Anlage: Arbeitskreis 2 des Pinneberger Treffens der Konduktiven Einrichtungen in Deutschland)

Thesenpapier zur Konduktiven Förderung

Konduktive Therapie / Förderung (KT / KF) muss eine Regelfinanzierung erhalten.

Voraussetzung dafür sind folgende Qualitätskriterien

I. Die Indikation zur KT / KF ist gemeinsam von einer/m Ärztin/Arzt und einem/r Diplom-KonduktorIn zu stellen.

II. Die Ergebnisse der Vor-, Eingangs- und verlaufsuntersuchung werden in einem standardisierten Befundbogen dokumentiert (siehe Anlage 1). Angebotsform, Zeitdauer und Therapieziele müssen in Form eines Therapieplanes festgelegt werden.

III. Die ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung in standardisierter Form muss beim Kostenträger vorgelegt werden (s. Anlage 2).

IV. Um eine wohnortnahe Behandlung zu gewährleisten, ist ein gefächertes Angebot entsprechend der Bedarfslage erforderlich.

V. Konduktive Einrichtungen sollten folgende Voraussetzungen erfüllen:

- KT / KF wird ärztlich begleitet.
- Die Leitung der KT / KF erfolgt durch Diplom-KonduktorInnen oder gleichwertig ausgebildete Konduktorinnen.
- Mindestens zwei KonduktorInnen stehen ständig zur Verfügung.
- Fachsupervision ist regelmäßig gewährleistet.
- Ausreichend große Therapieräume sind vorhanden.

Wir haben uns bewusst nicht auf die Begriffe Therapie, Förderung oder Rehabilitation bezüglich der konduktiven Behandlung festgelegt, um den Überlegungen zu Finanzierungsmodellen einen entsprechenden Spielraum zu lassen.

Ausführungen zum Thesenpapier

Was ist Konduktive Therapie/Förderung?

Durch Konduktive (lat. zusammenführende) Therapie/Förderung (KT / KF) sollen Entwicklung-, Wahrnehmungs- und Lernprozesse bei Kindern mit cerebralen Funktionsstörungen gleichgewichtig positiv beeinflusst werden. Nach ärztlicher

Verordnung und unter ärztlicher Aufsicht wird das Entwicklungs- und Handlungskonzept ganzheitlich organisiert und von Diplom-Konduktorinnen durchgeführt. KT / KF erfordert das interdisziplinäre Zusammenführen von medizinisch-therapeutischen (krankengymnastischer, ergotherapeutischer, logopädischer) mit psychologischen und heilpädagogischen Erkenntnissen. Die untere Altersgrenze für KT / KF ist bei ca. 6 Monaten (entsprechend Entwicklungsalter) anzusetzen. Eine Altersbegrenzung nach oben ergibt sich nicht.

Zu I

a) Diagnosen

KT / KF ist erfolgreich anwendbar bei folgenden Syndromen:

- Infantile Zerebralparese (Hemi-, Tetraparese, dyskinetische Bewegungsstörung)
- Spina bifida-Syndrom
- Z. n. Schädel-Hirn-Trauma u. a. erworbene Hirnfunktionsstörungen (Ertrinkungsunfall, Intoxikation, Tumor, Gefäßverschluss u. a.)
- Z. n. Enzephalitis mit Residualsyndrom
- Muskelhypotonie-Syndrom
- Ataxie-Syndrom

b) Ausschlusskriterien

KT / KF ist nur in begründeten Einzelfällen und / oder nach zeitlich begrenzter Teilnahme geeignet für Patienten mit

- höhergradiger Seh- und/oder Hörstörung,
- eingeschränkter Kommunikationsmöglichkeit bei geistiger Behinderung oder autistischer Störung,
- therapieresistentem Anfallsleiden
- progredienter Enzephalopathie
- neuromuskulärer Erkrankung.

Zu II und III

In der Anlage der standardisierte Befundbogen zur Vor- bzw. Eingangsuntersuchung und die standardisierte ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung

Zu IV

Aktueller Stand der Leistungserbringer für die KT / KF

Zur Zeit wird Konduktive Therapie/Förderung in Deutschland in folgenden Institutionen angeboten:

- Einrichtungen von Elternvereinen
- Sozialpädiatrische Zentren
- Rehabilitationskonflikten

- Frühfördereinrichtungen
- Kindergärten
- Sonderschulen
- Freie Praxen

Diese unterschiedlichen Einrichtungen werden von den Eltern mit ihren Kindern je nach regionalem und zeitlichem Angebot genutzt.

Stand der Angebotsformen

Zur Zeit wird die Konduktive Therapie/Förderung in Deutschland in folgenden Formen angeboten:

Eltern-Kind-Gruppe

- Säuglingsalter bis ein Jahr als Einzelbehandlung, Dauer in der Regel 1 bis 2mal pro Woche 75 Minuten
- Kleinkindalter (ein bis drei Jahre) in kleinen Gruppen, Dauer in der Regel 1 bis 3mal pro Woche 120 - 240 Minuten
- Blockweise Therapie in kleinen Gruppen (2-3 Mal pro Jahr)

Gruppe im Kindergartenalter

- kontinuierliche KT / KF ein- bis mehrfach wöchentlich mind. 3 Stunden
- blockweise KT / KF mehrmals pro Jahr, Dauer täglich (Mo. bis Fr.) mindestens 4 Stunden
- kontinuierliche KT / KF im Kindergarten

Gruppe im Schulalter

- kontinuierliche KT / KF nachmittags einmal bis mehrmals pro Woche, Dauer in der Regel 3 Stunden
- blockweise KT / KF meist während der Ferien, Dauer täglich (Mo. bis Fr.) mindestens 4 Stunden
- kontinuierliche KT / KF in der Schule mindestens 2 Stunden pro Tag

Behandlung von Jugendlichen und Erwachsenen

- kontinuierliche KT / KF nachmittags, einmal bis mehrmals pro Woche, Dauer mindestens 2 Stunden pro Tag
- blockweise KT / KF mehrmals jährlich, Dauer täglich (Mo. bis Fr.) mindestens 4 Stunden

Zu V

Ärztliche Begleitung der KT / KF

Die Indikation zur KT / KF wird in einer Vorsorgeuntersuchung (Thesenpapier) gemeinsam, von einem neuropädiatrisch und orthopädisch ausgerichteten Arzt / Ärztin und einer Konduktorin / einem Konduktor erstellt. Der Therapieverlauf wird ärztlich begleitet. Eine Zusammenarbeit mit kinderneurologisch orientierten Kinderorthopäden und nach Bedarf mit anderen Fachärzten muss gewährleistet sein. Dabei muss die

Ausübung der KT / KF nicht an bestimmte Einrichtungen gebunden sein (z. B. Sozialpädiatrische Zentren). Der fachliche Austausch kann durch ein Netzwerk mit anderen Einrichtungen gewährleistet werden, was nicht nur kostengünstiger ist, sondern auch eine flächendeckende Versorgung mit der KT / KF ermöglicht

Personelle Ausstattung Die Leitung der KT / KF muss durch KonduktorInnen erfolgen. Die hierfür qualifizierten KonduktorInnen sind zur Zeit Absolventen der Petö-Hochschule in Budapest oder müssen eine gleichwertige Ausbildung nachweisen.

Zur Leitung einer Gruppe müssen mindestens zwei Jahre Konduktive Berufserfahrung nachgewiesen werden. In Deutschland wird eine Ausbildung qualifizierter KonduktorInnen angestrebt.

Die Zahl der KonduktorInnen pro Gruppe richtet sich nach Anzahl und Struktur der Gruppe. Es muss mindestens eine Konduktorin pro Gruppe anwesend sein. In jeder Einrichtung sollten mindestens zwei KonduktorInnen arbeiten.

Inhaltliche Voraussetzungen

- Indikationsstellung erfolgt gemeinsam durch KonduktorInnen und Ärzte. Ein standardisierter Voruntersuchungsbogen und eine standardisierte ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung für die schriftliche Antragstellung beim Kostenträger soll verwendet werden (s. Anlage>).
- Verlaufsdokumentation: mindestens einmal pro Jahr als standardisierter Bericht durch Ärzte und KonduktorInnen.
- Fachsupervision der KonduktorInnen soll durch KonduktorInnen mit mehrjähriger Berufserfahrung durchgeführt werden, die vom Bundesverband der in Deutschland tätigen KonduktorInnen anerkannt sind.
- Fachlicher Austausch der KonduktorInnen mit anderen Therapeuten und Einrichtungen; Durchführen von Hausbesuchen, Anleiten der Eltern, Führen von Elterngesprächen.
- Personelle Kontinuität ist anzustreben. Arbeitsverträge sollten für mindestens ein Jahr abgeschlossen werden.

Räumliche Ausstattung

Es müssen mindestens zwei große Räume vorhanden sein, da durch das Stellen der therapeutischen Hilfsmittel der Raumbedarf recht groß ist. Bzgl. der sanitären Anlagen, Küche, Aufenthaltsraum gelten die bestehenden Vorschriften für die bauliche Gestaltung vergleichbarer Einrichtungen. Für die KT / KF sind spezifische Hilfsmittel (Pritschen, Barren, Sprossenstühle, Leitern) erforderlich.

Ziele

Bislang wird KT / KF sowohl als kontinuierliche, als auch blockweise Förderung angeboten. Die blockweise oder regelmäßig tageweise Förderung ist sinnvoll als reine Reha-Maßnahme z. B. nach orthopädischen Operationen oder Schädelhirntraumen, zeigt aber nachgewiesener Maßen auch positive Therapieeffekte bei allen anderen Indikationen. Im Prinzip ist jedoch eine regelmäßige Behandlung an 5 Tagen in der Woche anzustreben.

Anlage 1 Untersuchungsbericht

Untersuchungsbericht

Name/Vorname: _____

Geb.-Datum: _____

Straße/Hausnr.: _____

PLZ/Ort: _____

Tel.: _____

Datum der Voruntersuchung: _____

Untersucher:

Diagnose:

Bisherige Therapien:

Kond. Förderung (wann, wo):

Andere Therapien:

Bewertung bitte ankreuzen:

1. Motorik

0=nicht möglich; 1=mit max. Hilfe; Eigenakt, erkennbar; 2=mittlere Hilfe; 3=wenig Hilfe; 4=ohne Hilfe, aber noch nicht korrekt oder sehr langsam; 5= korrekt, mit normalem Tempo

						Hilfsmittel/Hilfestellung	
Kopfkontrolle:	0	1	2	3	4	5	_____
Drehen:	0	1	2	3	4	5	_____
Robben:	0	1	2	3	4	5	_____
Krabbeln:	0	1	2	3	4	5	_____
Kniestand:	0	1	2	3	4	5	_____
Laufen:	0	1	2	3	4	5	_____

Spontane Fortbewegungsart: _____

Hinstellen:		0	1	2	3	4	5	_____
Stehen:		0	1	2	3	4	5	_____
Hinsetzen aus dem Stand:		0	1	2	3	4	5	_____
Hinsetzen aus dem Liegen:		0	1	2	3	4	5	_____
Sitzen:		0	1	2	3	4	5	_____
Handmotorik (Greifen, Halten, Loslassen) R/L:		0/0	1/1	2/2	3/3	4/4	5/5	_____
Handmotorik (Pinzettengriff) R/L:		0/0	1/1	2/2	3/3	4/4	5/5	_____

2. Sozialer Bereich

0=nicht mögl.; 1=sehr stark eingeschränkt; 2=stark eingeschr.; 3=mittelgr. eingeschr.;
 4= wenig eingeschr.; 5= altersgemäß

Kontaktaufnahme:	0	1	2	3	4	5
Sprachverständnis:	0	1	2	3	4	5
Sprache:	0	1	2	3	4	5
Konzentrationsfähigkeit:	0	1	2	3	4	5
Motivierbarkeit:	0	1	2	3	4	5
Gruppenfähigkeit:	0	1	2	3	4	5

Anmerkungen:

3. Selbständigkeit:

0= keine Eigenaktivität; 1= mit max. Hilfe, Eigenakt. Erkennbar; 2= mittlere Hilfe; 3= wenig Hilfe; 4= ohne Hilfe, aber noch nicht korrekt oder sehr langsam; 5= altersgemäß

Essen:	0	1	2	3	4	5
Trinken:	0	1	2	3	4	5
An- und Ausziehen:	0	1	2	3	4	5

0= Tag und Nacht Windeln, sagt nicht Bescheid; 1= mit Topftraining manchmal Erfolg, sagt nicht Bescheid; 2= mit Topftraining trocken, sagt nicht Bescheid; 3= sagt nicht Bescheid, gibt auf Nachfrage richtige Antwort; 4= sagt von sich aus Bescheid, nässt selten ein (z. B. nachts); 5= Tag und Nacht komplett trocken.

Sauberkeit:	0	1	2	3	4	5
-------------	---	---	---	---	---	---

Anmerkungen:

4. Orthopädischer Befund:

Datum der letzten orthopädischen Untersuchung: _____

Ergebnis: keine volle Belastbarkeit: Kontrollbedürftiger Befund voll belastbar

Hüfte(R/L)	<input type="checkbox"/>					
Knie (R/L)	<input type="checkbox"/>					
Fuß (R/L)	<input type="checkbox"/>					

Ergebnis: keine volle Belastbarkeit: Kontrollbedürftiger Befund voll belastbar

Obere Extr. (R/L):	<input type="checkbox"/>					
Wirbelsäule:	<input type="checkbox"/>					
Röntgenbilder lagen vor	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>		

Datum der letzten Aufnahme: _____

Anmerkungen:

5. Neurologischer Befund:

Datum der letzten neurologischen Untersuchung: _____

Ergebnis:

Anfallsleiden: ja nein

wenn ja: medikamentös eingestellt: ja nein

Anmerkungen:

6. Wahrnehmung:

Nicht möglich Restwahrnehmung vorh. leichte Einschr. keine Einschr.

Sehen (R/L)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hören (R/L)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anmerkungen:

7. Ergebnis der Voruntersuchung:

Das Kind ist für die kond. Förderung geeignet:: ja nein

Empfohlene Gruppe:

Empfohlene Dauer:

Anmerkungen:

8. Sonstige Anmerkungen:

Datum/Unterschrift/Stempel: _____

Anlage 2 Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung

**Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung
 zur Aufnahme einer Konduktiven Therapie**

Erstantrag

Wiederholungsantrag

Einträge nach Krankenversicherungskarte

Diagnose:

- spastische Diplegie
- spastische Tetraplegie
- Hemiplegie
- choreoathetische Bewegungsstörung
- Hypotonie-/Ataxie-Syndrom
- Lumbosakrale Spina bifida

Beschreibung der Behandlungsarten in den letzten 2 Lebensjahren:	Ja	Nein	von	bis
Krankengymnastik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
heilpädagogische Frühförderung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Ergotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Kinderneurologische Untersuchung wurde durchgeführt am _____

Orthopädische Untersuchung wurde durchgeführt am _____

Unter den bisherigen Fördermaßnahmen ist es zu einem Entwicklungsstillstand gekommen ja nein

Auf Grund der Diagnose in Verbindung mit den vorgenannten Prüfungen halten wir eine Konduktive Therapie für notwendig ja nein

Ausschlusskriterien liegen vor ja nein

evtl. notwendige Zusatzvermerke:

Die Kostenübernahme wird beantragt für folgenden Zeitraum (Mindestbehandlungsdauer 12 Monate):

Ort, Datum, Unterschrift

_____ (Ort, Datum) _____ (Unterschrift)

Kostenübernahmeerklärung der Krankenkasse

Die Kosten werden gemäß Vertrag übernommen ab dem _____

Weitere Hinweise: _____

_____ (Ort, Datum) _____ (Unterschrift)

Anlage 3 Anbieter Konduktiver Förderung in Deutschland

(in alphabetischer Reihenfolge)

Abt. „Schritt für Schritt“ Dieter Brune Westbarthauer Str. 75 33829 Borgolzhausen 05421-4229	FortSchritt e. V. Peter von Quadt Ferdinand-v.-Miller-Str. 14 82343 Niederpöcking 08151-2041
Der erste Schritt Essen Irmhild Michael Hexentaufe 12 45134 Essen 0201-440632	FortSchritt e. V. Neubrandenburg Andrea Blischke Robert-Blum-Str. 34 17033 Neubrandenburg 0395-5822661
Elterngruppe Heikendorf / Kiel Sieglinde Luick-Mähl Am Heidberg 12 24226 Heikendorf / Kiel 0431-242804	FortSchritt Freiburg Regina Huber Reinhard-Booz-Str. 3 79249 Merzhausen 0761-408520
Elterngruppe München Südost Bernhard Lechner Schießstättenweg 1 85625 Glonn 08093-3957	FortSchritt Hannover / Förderzentrum Frank Heilmann Walsroder Str. 26 b 30851 Langenhagen 0511-7852503
FortSchritt Horst Thomas Vivaldistr. 1 48147 Münster 0251-234399	FortSchritt im Revier e. V. Udo Fischer Stallhermstr. 43 45968 Gladbeck
FortSchritt Aschaffenburg Karl Krumbholz Behringstr. 15 63768 Hösbach 06021-57923	FortSchritt Li. Niederrhein Herbert Siegersma Paul-Therstappen-Str. 11 41334 Nettetal 02153-730563

FortSchrift Berlin/Brandenburg
Aniko Dobschlaff
Schillerplatz 2
16278 Angermünde
03331-23134

FortSchrift Niederbayern / Oberpfalz
Norbert Petschat
Riedäckerring 13
94259 Kirchberg
09927-9021332

FortSchrift Dortmund
Petra Braumandl-Martenka
Remigiusstr. 25
44359 Dortmund
0231-331950

FortSchrift Nordhessen
Barbara Klemm-Röbig
Schöneberger Str. 3
34128 Kassel
0561-884587

FortSchrift e. V.
Hans-Dieter Schwarz
Jean-Paul-Str. 12
40470 Düsseldorf

FortSchrift Sachsen-Anhalt
Kerstin Mann
Weberstr. 17
39576 Stendal
03931-217237

FortSchrift Stuttgart e. V.
Uwe-Peter Weigmann
Ernst-Sachs-Str. 51
73207 Plochingen
07153-25052

Schritt für Schritt
Wolfgang Vogt
Jungfrauenthal 18
20149 Hamburg
040-447262

FortSchrift Würzburg e. V.
Martina Geutler
Am Hölzlein 116
97076 Würzburg
0931-2785576

Sozialpädiatrisches Zentrum
Dr. med. R. Pothmann
Virchowstr. 20
46047 Oberhausen

Hephata Hess. Diakoniezentrum e. V.
Dr. med. Reinhard Schneider
Sachsenhäuser Str. 24
34613 Schwalmstadt

Sozialpädiatrisches Zentrum
Kinderklinik Kohlhof
Dr. H. Penner
Klinikweg 1-5
66539 Neunkirchen
06821-636200

Institut Kinderneurologie
Dr. Michael Rochel

Steh auf und lauf Zeven
Elke Bellmann-Door

Kirchstr. 9
61462 Königsstein
06174-92470

Auenweg 5 a
27404 Zeven
04281-8874

ITZ Haus Franken GmbH
Helga Sander
Störnhofer Berg 15-17
91364 Unterleinleiter
09194-721152

Stiftung Pfennigparade Konduktive Förderung
Beate Höß-Zenker
Barlachstr. 38
80804 München
089-30616207

Kinderzentrum München
Dipl. Psych. Claudia Kohne
Heiglhofstr. 63
81377 München
089-71009355

Verein z. Förderung spastisch gelähmter Kinder
u. a. Körperbehinderter e. V.
Anita Moos-Hlavacek
Zerzabelshofstr. 29
90478 Nürnberg
0911-4626350

Klinikzentrum Mühlengrund
Dr. med. H. Kienle
Andreas Engelhoven
Mühlenstr. 25
34537 Bad Wildungen
05621-82605

Zentrum für Frühbehandlung und Frühförderung
e. V.
Dr. Tordis Horstmann
Maarweg 130
50825 Köln
0221-95425002

Ponte Kö e. V.
Joachim Tentscher
Rudelsburgpromenade 22
06628 Bad Kösen
034463-26644

11.8.17 Sozialpädiatrisches Zentrum und Fachklinik für Sozialpädiatrie und Entwicklungsrehabilitation des Bezirks Oberbayern

Anbei senden wir Ihnen noch die 2 zusätzlich gewünschten Exemplare des Abschlußberichtes. Gegenüber den Gremien möchten wir nochmals einem Punkt, den wir wiederholt als Kritikpunkt gehört haben und auf den wir teilweise im Bericht schon argumentativ eingegangen sind, nochmals vorweg mit einigen teilweise zusätzlichen Argumenten begeben.

So handelt sich häufiger um die Kritik, dass wir keinen randomisierten Vergleich von 2 Therapiegruppen durchgeführt haben.

Hierzu einige Argumente nochmals tabellarisch zusammengefasst:

	Kontrollierte randomisierte Studie (mit interindividuellem Vergleich von zwei Gruppen unterschiedlicher Kinder mit vs. ohne Therapie)	Kontrollierte Zeitvergleichsstudie (mit einer Gesamtgruppe und intraindividuellem Longitudinalvergleich von unterschiedlichen Zeiträumen mit vs. ohne Therapie)
Erforderlicher Stichprobenumfang	Stichprobe doppelt so hoch wie bei intraindividuellem Zeitvergleich	+ halb so große Gesamtstichprobe wie bei Fremdgruppenvergleich möglich
Sample- und selection-Bias	+/- Auch durch Randomisierung nicht ausgeschlossen, zunehmend bei kleinen Stichproben und großer Anzahl intervenierender Variablen	+ Kein Sample- und Selection-Bias (alle Kinder, die die Einschlusskriterien erfüllen, werden aufgenommen), Kinder als „eigene Kontrollen“
Run-in-/Wash-out-Effekte	+ Kaum relevant, da nur Vorher – Nachher – Vergleich	- Relevant, jedoch designabhängig abschätzbar
Zeitlicher Verlauf des Effektes	-/+ i. d. R. nur vorher – nachher – Vergleich, keine Aussage über zeitlichen Verlauf des Effektes (designabhängig)	+/- Untersuchung zu mehreren Zeitpunkten, d. h. Abbildung des Verlaufes des Effektes
Ausfallrisiko	- Hoch (da u. U. nicht gewünschte Therapie aufgelöst)	+ Niedrig

Mit dem von uns realisierten Design erhielten die Kinder 4 Monate lang Basisförderung vor und nach einer neunmonatigen Petö-Phase, die im wesentlichen eine Basisförderung plus die Petö-Intensivblöcke bedeutete. Damit war das durchschnittliche Alter der Kinder zur Therapie- und zur Pausenzeit ähnlich.

Run-in- und Wash-out-Effekte führten mit diesem Design eher zu einer Unterschätzung des Therapieerfolges, was im Sinne eines konservativen Ansatzes in Kauf genommen wurde.

Im optimalen Fall wären für unsere Studie 2x32 Kinder (n=64 Gesamtgruppe) für einen Fremdgruppenvergleich zur Verfügung gestanden. Angesichts der zu erwartenden Effektstärke wäre dies eine viel zu kleine Stichprobe gewesen. Da außerdem gerade bei nicht-medikamentösen, komplexen Therapieformen (ohne mögliche Verblindung

der Intervention) mit erhöhten Ausfallsraten zu rechnen ist (bis 50 %, s. Reddihough et al. 1998), wäre eine 4mal so hohe Gesamtstichprobe notwendig gewesen. Nachdem aufgrund der vorgegebenen Einschlusskriterien ca. 30-40 % der CP-Kinder nicht für eine Konduktive Förderung entweder infrage kommen oder wegen zu schwacher Intelligenz, Hüftluxation und Nicht-Zugehörigkeit zu einer VdAK-AEV-Kasse von vorneherein auszuschließen sind, wäre für eine randomisierte Studie mit Fremdgruppenvergleich mindestens 500 - 600 Kinder als Ausgangsstichprobe anzusetzen gewesen, eine angesichts einer Inzidenz von 0,1 - 0,2 % vergleichsweise seltenen Störung und der weiteren Vorgabe, dass nur Vorschulkindern (aus Gründen der Schulpflicht und der geforderten Homogenität der Petö-Gruppen) an der Studie teilnehmen konnten, eine kaum realistisch erreichbare Zahl.

Nach Green (1984) besteht folgende Hierarchie der Aussagekraft bei der evidenzbasierten Therapiebewertung:

1. Mehrere randomisierte kontrollierte klinische Studien,
2. Eine randomisierte kontrollierte klinische Studie
3. klinische Studien mit historischen Kontrollen
4. Beobachtungsstudien mit Kontrollgruppe
5. Auswertung von Computerdatenbanken
6. Fälle mit Literaturkontrollen
7. Fälle ohne Kontrollen
8. Fallstudie

Wir betrachten unsere kontrollierte Studie mit intraindividuellem Zeitvergleich nach Abwägung der Vor- und Nachteile gegenüber einer randomisierten Studie mit interindividuellem Vergleich als nahezu gleichwertig und siedeln diese hinsichtlich ihrer Aussagekraft knapp unter Stufe 2 (nach Green) an. Als Vorteil, ja von einigen Autoren sogar bei nicht-medikamentösen Therapiestudien geforderter Standard (s. Scherzer 2000), betrachten wir, dass wir - wie in der Alltagspraxis - intraindividuelle Zeitvergleiche der Therapie untersucht haben und damit die Wirkung beim individuellen Kind ‚mit sich selbst‘ verglichen haben.

Die erreichte Evidenzstufe stellt nach unserer Meinung aufgrund der Komplexität der zu untersuchenden Therapie, der speziellen, komplex gestörten Klientel und der damit verbundenen zahlreichen Einflussvariablen somit das am besten Erreichbare dar.

Dennoch haben wir explorativ Fremdgruppenvergleiche (nicht-randomisiert) im Anschluss an das ABA-Design zusätzlich durchgeführt, bei denen die gefundenen Effekte im wesentlichen bestätigt wurden (wegen zu geringer Stichproben jedoch meist nicht signifikant).

Der Aufbau einer Fremdgruppe mit alternativer Therapie wurde auch von Anfang an versucht. Diese Versuche scheiterten jedoch sehr bald wegen der extrem hohen Ausfallsquote und wegen der extrem geringen Bereitschaft der Eltern, die ihre Kinder zu kassen-rechtlich anerkannten Therapien (Vojta, Ergotherapie, Bobath) brachten, diese - selbst unter nicht-randomisierten Bedingungen - wissenschaftlich evaluieren zu lassen.

11.9 Standardisierte Auswertung

11.9.1 Primärstudien

11.9.1.1 Standardisierter Auswertungsbogen

Bearbeiter: _____

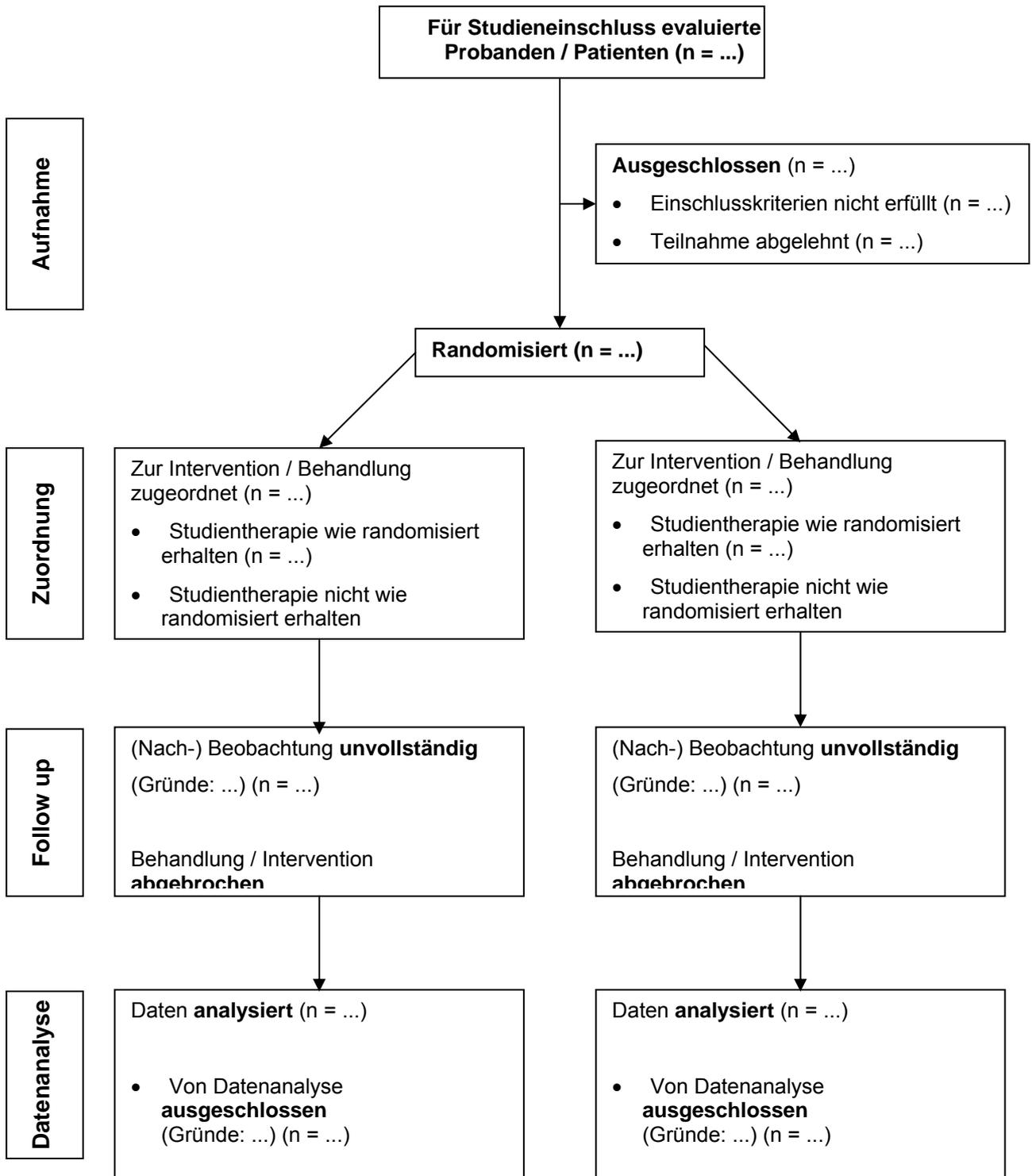
Studie mit Quelle: _____

Nr.	Feld	Hinweise für die Bearbeitung
Allgemeine Angaben		
	Quelle	
1	Studientyp nach Durchsicht <i>Zuordnung zu einem der folgenden Studientypen:</i>	Studie <input type="checkbox"/> mit randomisierter Vergleichsgruppe <input type="checkbox"/> mit nicht-randomisierter Vergleichsgruppe <input type="checkbox"/> mit Vergleichen über Zeit und Ort (z. B. historische Kontrollen) <input type="checkbox"/> Kohorten-Studien <input type="checkbox"/> Fall-Kontroll-Studien <input type="checkbox"/> Studie ohne Vergleichsgruppe („Vorher/Nachher-Studie“) <input type="checkbox"/> Fallserie <input type="checkbox"/> Fallbericht / Kasuistik <input type="checkbox"/> Nicht eindeutig zuzuordnen
2	Bezugsrahmen	Auftraggeber und Finanzierung Hinweise auf Interessenkonflikte?
3	<i>(In der Studie formulierte)</i> Fragestellung der Studie	z. B. Überlegenheit / Äquivalenz? Nutzen / Risiko?
Studienmethodik		
4	Ein- / Ausschluss-Kriterien	z. B. Alter, (Dauer und) Schweregrad der Erkrankung / Behinderung Die wichtigsten Ausschlusskriterien nennen (eine Auflistung sämtlicher Ausschlusskriterien ist häufig nicht sinnvoll)
5	Intervention: Petö-Therapie	Ausführliche Beschreibung der Maßnahmen, Intensität, Dauer
6	Behandlung der Vergleichsgruppe(n)	s. Punkt 5
7	Therapeuten	Von wem wurde die Behandlung (Petö-Therapie und Kontrolle) durchgeführt? Ausgebildete Konduktoren? Physiotherapeuten ?
8	Zahl der Zentren Vergleichbarkeit	Vergleichbarkeit der Studiendurchführung in den einzelnen Zentren
9	Randomisierung Concealment	Nur als Begriff angegeben oder detaillierte Beschreibung? Verdeckte Randomisierung („concealed randomisation“)? Falls keine Randomisierung, wurde ein alternatives Verfahren zur besseren Vergleichbarkeit (z. B. Matching) eingesetzt?
10	Verblindung des Therapeuten bei der Erfolgskontrolle	War der Therapeut, der die Erfolgskontrolle durchführte, gegenüber der Behandlung der Patienten verblindet? Wie wurde die Verblindung erzielt?
11	Primäre Zielkriterien	Welche Zielkriterien (outcomes) wurden von Autoren als primäre Zielkriterien angeführt. Sind die Zielkriterien für die Patienten auch klinisch bedeutsam (z. B. Verbesserung der Fertigkeiten der Selbstversorgung wie Essen, Aufstehen, Sprach-Fertigkeiten, elterlicher Stress)? Mit welchen Instrumenten und in welcher Form erfolgte die Erfassung der Zielkriterien (z. B. Interview, Untersuchung, standardisierte Fragebögen)? Waren die Instrumente validiert ?
12	Sekundäre Zielkriterien	Hier ist im Allgemeinen eine Beschränkung auf eine Auswahl von sekundären Zielkriterien möglich.
13	Fallzahlplanung	War eine Fallzahlplanung (Power-Berechnung) durchgeführt worden?

Ergebnisse		
14	Zahl eingeschlossener / ausgewerteter Patienten	Wie viele Patienten wurden in die Studie eingeschlossen? Wie viele Patienten sind im Laufe der Studie ausgeschieden (Drop-outs)? Sind die Ausfälle dokumentiert und begründet? Zum eigenen Verständnis kann die Darstellung des Patientenflusses nach dem CONSORT-Flussdiagramm (siehe Anlage) hilfreich sein.
15	Umgang mit Patientenverlusten in der Analyse	Wie wurde in der Analyse mit Drop-outs verfahren? – Intention-to-treat-Analyse (die ausgeschiedenen Patienten gehen trotzdem in die Analyse ein) – Analyse per protocol (nur die Patienten, die bis zum Ende beobachtet wurden, gehen in die Analyse ein)?
16	Dauer der Intervention Nachbeobachtung	z. B. Petö-Therapie für 6 Monate, dann Erfolgskontrolle z. B. nach weiteren 3 Monaten ohne Petö-Therapie erneute Erfolgskontrolle, um die Nachhaltigkeit der Maßnahme zu erfassen
17	Vergleichbarkeit der Behandlungsgruppen	Sind die Gruppen bzgl. wichtiger demographischer oder prognostischer Parameter vergleichbar (z. B. bzgl. Alter, Geschlecht, Schweregrad, relevanter prognostischer Faktoren etc.)?
18	Intervention Ko-Interventionen	Waren die beiden Behandlungsmaßnahmen vergleichbar (z. B. war die Behandlung in der Kontrollgruppe genauso intensiv?) Wurden die Gruppen bis auf die Petö-Therapie gleich behandelt oder fanden zusätzliche Behandlungen statt ?
19	Ergebnisse	Darstellung der wichtigsten Ergebnisse, wenn möglich mit Zahlenwerten (evtl. ist eine tabellarische Aufbereitung hilfreich) Handelt es sich hier um eine Intention-to-treat-Analyse oder eine Analyse „per protocol“
20	Unerwünschte Therapiewirkung	Berücksichtigung von unerwünschten Therapiewirkungen, Risiken und Komplikationen
Schlussfolgerungen		
21	Fazit der Autoren	Stichwortartige Zusammenfassung der Schlussfolgerungen (conclusions) der Autoren der Studie.
22	Evidenz-Einstufung (gemäß BUB-Richtlinien)	<input type="checkbox"/> I: Evidenz aus einer randomisierten, kontrollierten Studie <input type="checkbox"/> IIa: Evidenz aus einer anderen prospektiven Interventionsstudie <input type="checkbox"/> IIb: Evidenz aus einer Kohorten- oder Fallkontroll-Studie <input type="checkbox"/> IIc: Evidenz aus einem zeitlichen / räumlichen Vergleich <input type="checkbox"/> III: Fallserien und Einzelfallberichte; Meinungen anerkannter Experten / Konsensuskonferenzen; Assoziationsbeobachtungen, pathophysiologische Studien.
23	Abschließende Bewertung durch den Bearbeiter, dabei sind folgende Punkte zu berücksichtigen:	<ul style="list-style-type: none"> – Darstellung der Patienten-Rekrutierung – Angemess. Beschreibung der Petö- und der Kontrollgruppe – Angemess. Beschreibung des Studienkontextes – Beschreibung der Petö- und der Vergleichsintervention – Beschreibung der eingesetzten statistischen Methoden – Darstellung der Ergebnismessung <p>Berücksichtigung:</p> <p>ja <input type="checkbox"/>;</p> <p>nein <input type="checkbox"/>, da z. B.</p> <ul style="list-style-type: none"> – wichtige Patientengruppen nicht berücksichtigt – Endpunkte nicht (patienten-) relevant – Vergleichsbehandlung keine reale Alternative – andere schwerwiegende Mängel im Studiendesign – nicht auf deutschen Versorgungskontext übertragbar <p>sonstige Gründe</p> <hr style="width: 20%; margin-left: 0;"/>

Anlage zum standardisierten Auswertungsbogen:

Fluss-Diagramm zum Verbleib der eingeschlossenen Patienten einer randomisierten klinischen Studie (nach dem Consort-Statement)



11.9.1.2 Auswertung der Studien mit der formal besten Evidenz

Allgemeine Angaben		
	Quelle	Cottam P, Mc Cartney E, Cullen C (1985) British Journal of Disorders of Communication 20, 45-60. The effectiveness of conductive education principles with profoundly retarded multiply handicapped children
1	Studientyp nach Durchsicht Zuordnung zu einem der folgenden Studientypen:	Studie mit nicht-randomisierter Vergleichsgruppe
2	Bezugsrahmen	Studie von Wissenschaftlern der Universitäten Sheffield und Manchester Keine Hinweise auf Interessenkonflikte
3	<i>(In der Studie formulierte)</i> Fragestellung der Studie	Nutzen der konduktiven Förderung im Vergleich zu einer Routineversorgung in eine Spezialschule für behinderte Kinder in den West Midlands
Studienmethodik		
4	Ein- / Ausschluss-Kriterien	Es wurden 14 Kinder mit Schwermehrfachbehinderung ausführlich untersucht mit einem validierten Messinstrumentarium für linguistische, praelinguistische, motorische und alltägliche Fertigkeiten (insgesamt 72 Items). Die Kinder sollten mindestens 6 Monate die Schule besucht haben und älter als 4 Jahre sein. Ausgeschlossen wurde ein Kind mit starker Sehbehinderung und ein Kind, das nicht am Tisch sitzen konnte sowie 2 Kinder, die die Testobergrenzen erreicht hatten. Es wurden je zwei Kinder mit vergleichbarem Entwicklungsstand als Paare zusammengenommen und jeweils zufällig der Experimentalgruppe oder der Kontrollgruppe zugeordnet. Während des Studienzeitraumes von 22 Monaten wurde allerdings ein Kind in der Experimentalgruppe nach 13 Monaten ausgetauscht gegen ein vergleichbares Kind, weil das Index-Kind sich erheblich verschlechtert hatte (Verlust der Sitzfähigkeit). Nur bei einem Paar bestanden erhebliche spastische Zerebralpareesen und bei zwei weiteren Kindern der Kontrollgruppe dyskinetische Zerebralpareesen. Alle Kinder waren geistig behindert aus unterschiedlichen Ursachen bzw. wegen unterschiedlicher Erkrankungen. Das Alter bei Studienbeginn lag zwischen 5 – 15 Jahren.
5	Intervention: Petö-Therapie	22 Monate wurden zwei spezielle Förder- oder Lernprogramme angeboten, ein Programm zum Trinken - und ein Programm zum Essenlernen. In den ersten 12 Monaten wurde das Trinken und in den folgenden 10 Monaten das Essen gefördert. Zwei Personen (eine Konduktorin und ein speziell angeleiteter Lehrer) übten jeden Vormittag 25 Minuten mit Hilfe spezifischer Techniken (Gruppensetting, rhythmisches Intendieren, adäquate Hilfsmittel usw.).
6	Behandlung der Vergleichsgruppe(n)	Die Interventionen erfolgten zusätzlich zu dem täglichen Programm der Schule. Die Kontrollgruppe beschäftigte sich in der Übungszeit der anderen Gruppe mit adäquatem Spielmaterial.
7	Therapeuten	Eine ausgebildete Konduktorin
8	Zahl der Zentren Vergleichbarkeit	Die Studie fand in <u>einer</u> Schule statt.
9	Randomisierung Concealment	Es wurde ein alternatives Verfahren zur besseren Vergleichbarkeit (matching) verwendet (siehe 4.)
10	Verblindung des Therapeuten bei der	Während der Behandlungsphase wurden die Kinder alle 6 – 8 Wochen getestet, dabei wurden die Untersucher nicht verblindet.

	Erfolgskontrolle	
11	Primäre Zielkriterien	zehn Variable aus dem Testinstrumentarium, die als primäre Zielkriterien angeführt werden: darunter auch Trink- und Essfertigkeiten, Vokal-Imitationen und Sprachverständnis. Überprüfung mit dem speziell validierten Testinstrumentarium, das bereits eingangs eingesetzt wurde.
12	Sekundäre Zielkriterien	Es wurde nicht zwischen Haupt- und Nebenzielkriterium unterschieden.
13	Fallzahlplanung	Keine Fallzahlplanung (Power-Berechnung)
Ergebnisse		
14	Zahl eingeschlossener / ausgewerteter Patienten	10 Probanden; 5 in der Interventionsgruppe (ein Teilnehmer wurde ausgetauscht), 5 in der Kontrollgruppe Ein Proband wurde nach 13 Monaten ausgetauscht, der Indexpatient hatte sich motorisch so verschlechtert, dass die Lernprogramme nicht mehr durchgeführt werden konnten.
15	Umgang mit Patientenverlusten in der Analyse	Nur die Patienten, die bis zum Ende beobachtet worden sind, wurden ausgewertet. Die Auswertung der ausgetauschten Patienten erfolgte jeweils am Ende der Behandlungsperiode.
16	Dauer der Intervention Nachbeobachtung	Petö-Therapie für 22 Monate, mit mehrfachen Erfolgskontrollen Keine Nachbeobachtung, aber auch keine signifikante Veränderung in der Zeitreihe während der Studiendauer von 22 Monaten.
17	Vergleichbarkeit der Behandlungsgruppen	Matched pairs sind ausreichend vergleichbar hinsichtlich ihres Entwicklungsstandes; Grunderkrankungen sind dagegen sehr unterschiedlich, was zu unterschiedlichen Prognosen führt. Aus diesem Grund schied ein Kind während der Studie aus, das sich verschlechtert hatte (Cri-du-chat Syndrom)
18	Intervention Ko-Interventionen	Die beiden Behandlungsmaßnahmen waren vergleichbar, da die zusätzlichen Interventionen in der Experimentalgruppe relativ kurz waren. Die Gruppen wurden bis auf die Petö-Therapie gleich behandelt .
19	Ergebnisse	In einer Ergebnistabelle werden die Gesamtscores der Entwicklung zu den 14 unterschiedlichen Testzeitpunkten präsentiert. Die Differenzen zwischen den letzten Testzeitpunkten wurden zwischen den matched pairs nach dem Wilcoxon Matched Pairs Signed Rank Test geprüft. Es ergab sich keine Evidenz dafür, dass die Experimentalgruppe größere Fortschritte erreicht hatte als die Kontrollgruppe. Außerdem wurde die Rate des Fortschritts vom ersten (Basisscore) zum letzten Zeitpunkt (Finalscore) geprüft für jede der zehn Variablen bei jedem Kind. Dabei fand sich bei keiner Variablen ein konsistenter Fortschritt in der Entwicklung! In beiden Gruppen fanden sich vergleichbare Fortschritte in der gesamten Entwicklung.
20	Unerwünschte Therapiewirkung	Keine
Schlussfolgerungen		
21	Fazit der Autoren	Es konnten keine signifikanten Unterschiede in der Gesamtentwicklung oder bei einzelnen Variablen gefunden werden. Eine zusätzliche regelmäßige Fördermaßnahme nach dem Petökonzept erwies sich damit nicht als effektiv.
22	Evidenz-Einstufung (gemäß BUB-Richtlinien)	Ila: Evidenz aus einer anderen prospektiven Interventionsstudie
23	Abschließende	– Darstellung der Patienten-Rekrutierung:

<p>Bewertung durch den Bearbeiter, dabei sind folgende Punkte zu berücksichtigen:</p>	<ul style="list-style-type: none"> gut – Beschreibung der Petö- und der Kontrollgruppe: gut – Beschreibung des Studienkontextes ausreichend; es fehlen aber genauere Hinweise über die Tagesablauf in der Schule und die Routineprogramme – Beschreibung der Petöintervention: gut – Beschreibung der eingesetzten statistischen Methoden: ist erfolgt – Darstellung der Ergebnismessung in einfacher tabellarischer Form und in prägnanten Sätzen ist der Studie angemessen. Die Ergebnisse werden sehr kritisch diskutiert und insbesondere die Nachteile deutlich herausgestellt: die Interventionen sind relativ kurz und zu sehr auf einzelne Ziele festgelegt. <p>Die Studie sagt, dass zumindest bei geistig behinderten Kindern eine kurze Intervention nicht effektiv ist. Ob eine längere Intervention (z. B. täglich 2-3 Stunden) effektiver wäre, kann nicht beurteilt werden.</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Allgemeine Angaben		
	Quelle	Weber KS, Rochel M. Konduktive Förderung für cerebral geschädigte Kinder. Medizinische Rehabilitation zerebralgeschädigter Kinder im Alter von 3 bis 7 Jahren durch Konduktive Förderung. Komplexes und interdisziplinäres Zusammenführen von Entwicklungs-, Lern- und Erziehungsprozessen. Forschungsbericht. Bonn: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung. 1992
1	Studientyp nach Durchsicht	Studie mit nicht-randomisierter Vergleichsgruppe geplant, aber nur unvollständig durchgeführt
2	Bezugsrahmen	Auftraggeber und Finanzierung: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung Hinweise auf Interessenkonflikte gibt es nicht.
3	<i>(In der Studie formulierte)</i> Fragestellung der Studie	Effektivität der Konduktiven Förderung, Äquivalenz zur Standardbehandlung in Deutschland.
Studienmethodik		
4	Ein- / Ausschluss-Kriterien	Aus Krankengut einer Kinderneurologischen Praxis wurden 39 Kinder mit infantiler Zerebralparese im Alter von 3-6 Jahren erfasst. Voraussetzung zur Studienteilnahme waren: einfaches Sprachverständnis, keine Essstörungen (z. B. Sonde), kontaktfreudiges, aktives motivierbares Verhalten. Vergleichbarkeit der Familien-Sozialstruktur in der Gruppe sollte gegeben sein. Es nahmen 12 Kinder an der Studie teil. 12 Kinder wurden als Kontrollgruppe erfasst; Es waren Kinder, deren Eltern aus unterschiedlichen Gründen die Teilnahme als Probanden verweigerten.
5	Intervention: Petö-Therapie	Gruppenbehandlung nach dem Prinzip der Konduktiven Förderung in einer speziellen Einrichtung: <ul style="list-style-type: none"> - werktäglich vormittags von 9.00 Uhr bis 12.45 Uhr. - 2,5 Konduktorinnen für 12 Kinder. - Ergänzende Elternarbeit. - Förderung der Motorik, von Wahrnehmungsprozessen, der Gruppenfähigkeit und Emotion, des Sprachvermögens, der Kognition bei lebenspraktischen Aufgabenstellungen - Behandlungsdauer 2 Jahre!
6	Behandlung der Vergleichsgruppe(n)	Keine exakten Angaben. Förderung in heimatnahen Sonderkindergarten und zusätzliche häusliche krankengymnastische und/oder andere Therapien
7	Therapeuten	Drei in Budapest ausgebildete und erfahrene Konduktorinnen.
8	Zahl der Zentren Vergleichbarkeit	Behandlung in einem Zentrum
9	Randomisierung Concealment	Keine Randomisierung. In beiden Gruppen mittelgradig bis schwer behinderte Kinder mit heterogener neurologischer Symptomatik
10	Verblindung des Therapeuten bei der Erfolgskontrolle	Keine Verblindung
11	Primäre Zielkriterien	Zielkriterien waren für die Patienten klinisch bedeutsam (z. B. Verbesserung der Fertigkeiten der Selbstversorgung wie Essen, Aufstehen, Sprachfertigkeiten, elterlicher Stress). Ausführliche Untersuchungsprogramm der Studiengruppe mit klassischen

		neurologischen und entwicklungsneurologischen Tests, speziellen Untersuchungsprogrammen aus Sicht der Konduktorinnen. Ein eigenes Programm wurde zusammengestellt, das in dieser Form nicht validiert wurde.
12	Sekundäre Zielkriterien	Sekundäre Ziele waren Vorbereitung zum Schulbesuch
13	Fallzahlplanung	keine Fallzahlplanung
Ergebnisse		
14	Zahl eingeschlossener / ausgewerteter Patienten	– Studienkinder – Kontrollkinder Von der Studiengruppe keine wurden drop outs berichtet. Die Kontrollgruppe verweigerte die Teilnahme an den geplanten ausführlichen Untersuchungsprogrammen. Keine klaren Angaben wie viel Kontrollkinder untersucht wurden.
15	Umgang mit Patientenverlusten in der Analyse	Keine Angaben
16	Dauer der Intervention Nachbeobachtung	Petö- Therapie für 24 Monate, mehrfache Zwischenuntersuchungen und Entwicklungsstand nach 2 Jahren als Erfolgskontrolle.
17	Vergleichbarkeit der Behandlungsgruppen	Gruppenvergleichbarkeit: Alter, Schweregrad, psychosoziale Faktoren.
18	Intervention Ko-Interventionen	Interventionen in der Kontrollgruppe wurden durch retrospektive Elternbefragung dokumentiert. Individuelle Behandlung
19	Ergebnisse	Es wurden nur Einzelfallanalysen dokumentiert. Keine statistische Auswertung! Die Analyse des Verlaufes erfolgte bei den Studienkindern entsprechend dem vorgesehenen Untersuchungsprotokoll.
20	Unerwünschte Therapiewirkung	Hierzu gibt es keine detaillierten Angaben.
Schlussfolgerungen		
21	Fazit der Autoren	Die Konduktive Erziehung erscheint ebenso erfolgreich wie die Standardbehandlung. Sie hat den Vorteil einer mehrdimensionalen, interaktiven bzw. ganzheitlichen Förderung. Die Methode sollte als ein zusätzliches Angebot für bestimmte Kinder oder Familie in Deutschland etabliert werden. Eine Anpassung an deutsche Verhältnisse ist notwendig. Aber bestimmte Rahmenbedingungen und Essentials können dabei nicht beiseite gelassen werden. Siehe hierzu Publikation: Weber K (1996) Erfahrungen mit Konduktiver Frühförderung im Forschungs- und Entwicklungsprojekt seit 1990 aus pädagogischer Sicht. Frühförderung interdisziplinär. 15. Jg.: 59-66
22	Evidenz-Einstufung (gemäß BUB-Richtlinien)	III: Fallserien und Einzelfallberichte
23	Abschließende Bewertung durch den Bearbeiter	– Darstellung der Patienten-Rekrutierung: ja – Angemess. Beschreibung der Petö- und der Kontrollgruppe: ja – Angemess. Beschreibung des Studienkontextes: ja – Beschreibung der Petö- und der Vergleichsintervention; ja – Beschreibung der eingesetzten statistischen Methoden: entfällt – Darstellung der Ergebnismessung: ja

		<p>Der Plan, eine vergleichende Studie durchzuführen, konnte letztendlich nicht realisiert werden.</p> <p>Die Aussage, dass die Konduktive Erziehung ebenso erfolgreich wie die Standardbehandlung sei, kann nicht nachvollzogen werden, da die Studiendurchführung eine wissenschaftlich verlässliche Angabe nicht zulässt. Dazu wäre eine Äquivalenz-Studie mit entsprechender Fallzahlberechnung und Studiendurchführung erforderlich.</p>
--	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Allgemeine Angaben		
	Quelle	Bairstow P. Evaluation of conductive education: The selection process. Educational & Child Psychology 1992; 9 (1): 57-63
1	Studientyp nach Durchsicht	keine Studie; einführender Artikel zur Selektion von Kindern, die im Rahmen einer Studie behandelt werden sollen. Ziel der Studie ist u. a. die Prüfung der Effektivität der konduktiven Erziehung [Anmerkung: Auswertung der angekündigten Studie siehe: <i>Bairstow P, Cochrane R, Hur J.</i> <i>Evaluation of Conductive Education for children with cerebral palsy. Final report (Part 1 and 2). London, HMSO, 1993.]</i>
2	Bezugsrahmen	Behandlung von Kindern mit Zerebralpareesen
3	Fragestellung der Studie	Keine Fragestellung, sondern Darstellung der Problemlage in England seit den 1960er Jahren. Seit der Zeit bestand ein zunehmendes Interesse an der konduktiven Erziehung (Petö) in England.
Studienmethodik		
4	Ein- / Ausschluss-Kriterien	<p>In dem Artikel wird der dreistufige Selektionsprozess zur Auswahl der für die Petö-Behandlung geeigneten Kinder beschrieben.</p> <p><u>Stufe 1:</u> Vorschlag zur Aufnahme in die Petö-Gruppe durch Eltern oder Agenturen / Organisationen aufgrund der Kriterien:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Zerebralparese - Alter der Kinder 3 bis 4 Jahre - Wohnort in der Nähe von Birmingham - kein schweres mentales Handicap, keine Blindheit, kein Autismus, keine weitere Krankheit, keine Medikation, die die Fähigkeit zur Teilnahme am Programm beeinflusst
		<p><u>Stufe 2:</u> Assessment durch ungarische Petö-Konduktoren unter Berücksichtigung folgender Punkte:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Analyse der Krankenakte, - Eltern-Fragebogen mit Informationen zur Schwangerschaft, zur Geburt und zur frühkindlichen motorischen Entwicklung - direkte Beobachtung und Assessment des Kindes unter Berücksichtigung der mentalen Fähigkeiten, der Fähigkeit zur Kontaktaufnahme und der Kommunikationsfähigkeiten. <p><u>Stufe 3:</u> endgültige Zusammenstellung einer Petö-Behandlungsgruppe</p>
5	Intervention: Petö-Therapie	Die durchzuführende Behandlung der Petö-Gruppe wird in diesem Artikel nicht beschrieben.
6	Behandlung der Vergleichsgruppe(n)	Die durchzuführende Behandlung der Vergleichs-Gruppe wird in diesem Artikel nicht beschrieben.
7	Therapeuten	nicht näher dargelegt

8	Zahl der Zentren Vergleichbarkeit	nicht näher dargelegt
9	Randomisierung Concealment	nicht Gegenstand der Publikation
10	Verblindung des Therapeuten bei der Erfolgskontrolle	nicht Gegenstand der Publikation
11	Primäre Zielkriterien	nicht Gegenstand der Publikation
12	Sekundäre Zielkriterien	nicht Gegenstand der Publikation
13	Fallzahlplanung	nicht Gegenstand der Publikation
Ergebnisse		
14	Zahl eingeschlossener / ausgewerteter Patienten	n = 57 Kinder wurden in der Stufe 1 ausgewählt n = 41 waren nach der Stufe 2 geeignet n = 18 wurden nach der Stufe 3 für die Petö-Gruppe ausgewählt.
15	Umgang mit Patientenverlusten in der Analyse	nicht näher dargelegt
16	Dauer der Intervention Nachbeobachtung	nicht Gegenstand der Publikation
17	Vergleichbarkeit der Behandlungsgruppen	nicht Gegenstand der Publikation
18	Intervention Ko-Interventionen	nicht Gegenstand der Publikation
19	Ergebnisse	Von den ursprünglich vorgeschlagenen n = 57 Kinder wurden n = 41 als geeignet angesehen und schließlich n = 18 für die Petö-Gruppe ausgewählt. Aufgrund epidemiologischer Daten einer bestimmten Region wurde außerdem die Frage untersucht, wie viele Kinder für die Petö-Behandlung geeignet wären. Entsprechend einer ausgewählten Region wurden n = 75 Fälle von Kindern, 3 bis 4 Jahre alt, mit Zerebral-Paresen identifiziert. Von den n = 75 mussten in der Stufe 1 schon n = 37 ausgeschlossen werden. Von den verbliebenen n = 38 konnten n = 32 einem Assessment nach Stufe 2 zugeführt werden; danach wurden n = 10 wegen nicht vorhandener Eignung ausgeschlossen (bzw. hochgerechnet n = 12, falls die 38 einem Assessment unterzogen würden). Zusammen wären somit n = 49 (n = 37 plus n = 12) <u>nicht</u> für die Petö-Behandlung geeignet (65 %).
20	Unerwünschte Therapiewirkung	nicht Gegenstand der Publikation

Schlussfolgerungen		
21	Fazit der Autoren	Zur Effektivität der Petö-Behandlung können noch keine Aussagen getroffen werden. Aber selbst wenn die Petö-Behandlung bessere Ergebnisse als die übliche Behandlung der Kinder erbringen sollte, bleibt festzustellen, dass die Mehrheit von 65 % von vorn herein nicht für die Petö-Behandlung geeignet sei.
22	Evidenz-Einstufung (gemäß BUB-Richtlinien)	III Meinungen anerkannter Experten; Assoziationsbeobachtungen
23	Abschließende Bewertung durch den Bearbeiter, dabei sind folgende Punkte zu berücksichtigen:	<ul style="list-style-type: none"> – Darstellung der Patienten-Rekrutierung detailliert erläutert – Angemess. Beschreibung der Petö- und der Kontrollgruppe Auswahlkriterien der Kontrollgruppe für die Studie nicht dargelegt – Angemess. Beschreibung des Studienkontextes ja – Beschreibung der Petö- und der Vergleichsintervention in dieser Publikation nicht dargelegt – Beschreibung der eingesetzten statistischen Methoden nein – Darstellung der Ergebnismessung ja <p>Die Publikation hatte nicht das Ziel, Ergebnisse zur Effektivität bzw. zum therapeutischen Nutzen der Konduktiven Förderung nach Petö zu präsentieren. Beschrieben und kommentiert wird der Auswahlprozess hinsichtlich einer Eignung für die Petö-Behandlung.</p>

Allgemeine Angaben		
	Quelle	Bairstow P, Cochrane R, Hur J. Evaluation of conductive education for children with cerebral palsy. Final report (Part I + II). London: HMSO. 1993
1	Studientyp nach Durchsicht	Studie mit nicht-randomisierter Vergleichsgruppe
2	Bezugsrahmen	<p>Sponsor: Department of Education and Science Durchführung: School of Psychology, University of Birmingham (Bildung eines unabhängigen Forscherteams) Studie wurde im Rahmen einer umfassende Evaluation mehrerer Aspekte der Petö-Therapie durchgeführt:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Übereinstimmung der Therapieformen des Birmingham Institute for Conductive Education mit dem Petö-Institut in Budapest – Darstellung der Prinzipien der Konduktiven Förderung mit Hypothesengenerierung der essentiellen Komponenten für eine effektive Implementierung der Methode – Bewertung der Wirksamkeit der Konduktiven Therapie bei Kindern mit Zerebralparese am Birmingham Institute im Vergleich zur Wirksamkeit anderer britischer Programme – Darstellung des Ausmaßes der Übertragbarkeit der Konduktiven Therapie auf Großbritannien
3	Fragestellung der Studie	Ziel der Studie war es, die Wirksamkeit der Konduktiven Therapie bei zerebralparetischen mittels Behandlung am Birmingham Institute for Conductive Education im Vergleich zu einer Behandlung in speziellen britischen Förderprogrammen zu evaluieren.
Studienmethodik		
4	Ein- / Ausschluss-Kriterien	<p>Auswahl der Kinder für die Konduktive Therapie am Birmingham Institute</p> <p>Phase 1. Erstauswahl/Meldung durch Organisationen und Eltern nach "öffentlicher" Ausschreibung nach folgenden Kriterien:</p> <p><u>Einschlusskriterien:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Diagnose: Zerebralparese, Geburtsdatum: 1.1.1983-31.8.1985, Wohnort in zumutbarer Entfernung zum Birmingham-Institut <p><u>Ausschlusskriterien:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Geistige Behinderung, Blindheit, Taubheit, Krankheit (nicht näher definiert), epileptisch Anfälle <p>Phase 2. Beurteilung der "Tauglichkeit" für die Behandlung mittels Konduktiver Therapie" durch zwei erfahrene KonduktorInnen des Petö-Institutes. Diagnosestellung und Bewertung des Schweregrades der Zerebralparese bei für "tauglich" befundenen Kindern</p> <p>Phase 3. Auf Grund von Platzbeschränkungen erfolgte die Zusammenstellung einer aus therapeutischen Gesichtspunkten "geeigneten" Gruppe durch die KonduktorInnen (20 Kinder), die im Rahmen von drei "Einschulungsterminen" (10 im Januar 1988, 8 zwischen September und Oktober 1988 und zwei im September und Januar 1990).</p> <p><i>[Anmerkung: kein Einfluss der Forschergruppe auf die Auswahl und Zusammenstellung der Kinder durch die ungarischen KonduktorInnen.]</i></p> <p><u>Auswahl der Kinder für das spezielle britische Förderungsprogramm im Großraum Manchester</u> <i>[1-jährige Verzögerung der Auswahl der Kontrollgruppe und Aufnahme der Förderung durch die nachträgliche Erstellung von Auswahlkriterien zur Gewährleistung einer möglichst identischen "gematchten" Kontrollgruppe, da die Birmingham-Gruppe unter nicht-publizierten und nicht-standardisierten Bedingungen im Rahmen der Begleitung durch das Budapester Petö-Institut ausgewählt wurde.]</i></p>

		<p>Phase 1. Gezieltes Anschreiben von Eltern im Großraum Manchester anhand der Register von Behörden und Organisationen, um aus Gründen der Vergleichbarkeit möglichst identische Kinder für das Programm zu gewinnen.</p> <p>Phase 2. Beurteilung von "Tauglichkeit", Diagnose und Schweregrad durch zwei verblindete erfahrene KonduktorInnen am Petö-Institut in Budapest. Des Weiteren Beurteilung aller Kinder durch Befragung der Eltern mittels der "self-help, social age scale and communication age scale" des "Developmental Profile 2"</p> <p>Phase 3. Hauptvariable zur Zusammenstellung der Vergleichsgruppe war die "self-help scale" des "Developmental Profile 2" zur Beurteilung der Autarkie in Verrichtungen des täglichen Lebens. Diesbezüglich wurden 20 Kinder mit ähnlichen Profilen zu den Birmingham-Kindern ausgewählt.</p> <p><i>[Anmerkungen zur endgültigen Gruppenzusammenstellung Herausnahme eines Kindes wegen schwerer geistiger Behinderung und mangelnder Testfähigkeit aus der Birmingham-Gruppe: zum Erhalt der Vergleichbarkeit konsekutive Herausnahme dreier Kinder aus der mit ähnlichem Störungs-Schweregrad Manchester-Gruppe.]</i></p>
5	Intervention: Petö-Therapie	<p>Dezidierte Beschreibung der am Birmingham Institute durchgeführten Behandlungsmaßnahmen/Komponenten:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Regeln für Kinder und KonduktorInnen – Rolle der KonduktorInnen – Gruppen-Arbeit – Nutzung von Hilfsmitteln, – Singen – rhythmische Intention – Fazilitation <p>Schwierigkeiten bei der Übertragung des Petö-Systems auf die britischen/lokalen Verhältnisse</p> <ul style="list-style-type: none"> – Personal. Initial waren 10 britische Schullehrer mit Berufserfahrung in einem Petö-Trainee-Status unter halbjährlicher Anleitung zweier ungarischer KonduktorInnen im Birmingham Institute sowie halbjährlicher Ausbildung am Budapester Petö-Institut; hiervon brachen 5 die Ausbildung im Laufe der Studie ab. KonduktorInnen im Petö-Institut haben in der Regel keine vorherige Berufsausbildung; daraus resultierende Schwierigkeiten mit Auswirkungen auf die im Petö-System wechselnde Hierarchie und die Art der Konduktor-Kind-Beziehungen (innere Ambivalenz bei den Lehrern); des Weiteren Schwierigkeiten der ungarischen KonduktorInnen mit den britischen Rahmenbedingungen und Schul-/Erziehungssystem. – Unterbringung/Aktivitäten des täglichen Lebens. Im Gegensatz zum Petö-Institut keine Unterbringung der Kinder am Institut (fehlende gemeinsame Übung von Aktivitäten des täglichen Lebens vor und nach den Unterrichtseinheiten). – Medizinische Versorgung. Keine medizinische Kompetenz im Birmingham Institute im Vergleich zum Petö-Institut. – Verzahnung mit Schulsystem. Fehlende Verzahnung mit nachfolgenden Schulen im Vergleich zum Petö-System. – Gruppen-Transfer. Nur eine Petö-Klasse am Birmingham-Institute im Vergleich zum Petö-Institut; daher keine Möglichkeit des Transfers von Kindern mit schnellen bzw. langsamen Lernerfolgen in eine passendere Gruppe. – Außenaktivitäten. Nur wenige Exkursionen im Birmingham-Institute im Vergleich zum Petö-Institut. – Kommunikationsprobleme zwischen ungarischen Konduktorinnen und Eltern. <p>Unterschiede zwischen Birmingham und Manchester-Gruppe:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Mehrere "Zwischen-Einschulungstermine" in der Birmingham-Gruppe

		<ul style="list-style-type: none"> – Deutlich mehr Unterrichtsstage und längere Tagesunterrichtsdauer am Birmingham Institute im Vergleich zur Manchester Gruppe – 4-fach höhere Zeit-Intensität für physisch-funktionelle Übungen, der Hälfte der Zeit für erziehungswissenschaftliche Methoden im Birmingham Institute im Vergleich zur Manchester Gruppe
6	Behandlung der Vergleichsgruppe(n)	<p>Spezielles Britisches Erziehungsprogramm (Special Education), welches nach Aussage der Autoren primär auf die kognitive Ebene zur Verbesserung der körperlichen Fähigkeiten bzw. des zielgerichteten Handelns fokussiert.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Behandlung durch englische Lehrer mit unterschiedlicher Ausbildung – Gruppenansatz ist weniger ausgeprägt als im Petö-System; individuelles Eingehen auf die Kinder steht im Vordergrund – Nutzung vielfältiger Hilfsmittel zur Erlangung einer Funktion/Bewältigung einer Verrichtung – Aufteilung des Tagesunterrichtes in mehrere Abschnitte, teilweise auch unstrukturierter Art
7	Therapeuten	Von wem wurde die Behandlung (Petö-Therapie und Kontrolle) durchgeführt? Ausgebildete Konduktoren? Physiotherapeuten?
8	Zahl der Zentren	2
9	Randomisierung	Keine Randomisierung. Verblindung der KonduktorInnen bei der Beurteilung der Tauglichkeit und Einstufung der Kinder für die Manchester-Gruppe
10	Verblindung des Therapeuten bei der Erfolgskontrolle	Nein; Bewertung durch die behandelnden Lehrer/Mütter mittels Fragebogen und Interviews.
11	Primäre Zielkriterien	<p>Zielgrößen/Messinstrumente:</p> <p>1. Vineland Adaptive Behaviour Scales aus der "classroom edition" (Sparrow, Bella & Cicchetti, 1985) zur Beurteilung von</p> <ul style="list-style-type: none"> – Aktivitäten des täglichen Lebens – Zwischenmenschlicher Beziehungsfähigkeiten – Spiel- und Freizeitverhalten <p>2. Developmental Profile 2 (ohne Akademische Altersskala; Alpern et al., 1986) zur Beurteilung von</p> <ul style="list-style-type: none"> – Kommunikation – Körperlichen Fähigkeiten – Sozialen Fähigkeiten – Autarkie
12	Sekundäre Zielkriterien	Keine Unterscheidung zwischen primären und sekundären Zielkriterien getätigt
13	Fallzahlplanung	Keine Angaben zu einer etwaigen à priori-Power-Berechnung
Ergebnisse		
14	Eingeschlossene / ausgewertete Patienten Art der Analyse (ITT oder per-protocol)	<p>Konduktive Therapie-Gruppe: 19 Kinder Kontroll-Gruppe: 17 Kinder Ausgeschlossene Kinder wurden nicht in der Analyse berücksichtigt</p>
15	Umgang mit Patientenverlusten in der Analyse	s. o.
16	Studiendauer: Dauer der Intervention Nachbeobachtungsdauer	<p>3 Jahre nicht angegeben</p>
17	Vergleichbarkeit der Behandlungsgruppen	Der statistische Vergleich zeigte keine signifikanten Unterschiede bezüglich der körperlichen, sozialen und funktionalen Variablen als auch des sozio-ökonomischen Status zwischen den beiden Gruppen.

18	Intervention Ko-Interventionen	In der Birmingham-Gruppe wurde im Vergleich zur Manchester-Gruppe die 4-fache Zeit zum Trainieren körperlicher Fähigkeiten aufgewendet.
19	Ergebnisse	<p>Lehrer-Angaben anhand der Vineland-Skala:</p> <ul style="list-style-type: none"> – keine signifikanten Gruppen-Unterschiede hinsichtlich der Autarkie. – Im Zeitverlauf fanden sich innerhalb beider Gruppen signifikante Verbesserungen hinsichtlich Grobmotorik, Spiel- und Freizeitverhalten, zwischenmenschlicher Beziehungsfähigkeiten, Aktivitäten des täglichen Lebens <p>Antworten der Mütter im Developmental Profile 2</p> <ul style="list-style-type: none"> – Keine signifikanten Gruppen-Unterschiede <p>Innerhalb der Gruppen signifikante Verbesserungen bezüglich Kommunikationsverhalten, körperlichen Fähigkeiten, Sozialverhalten, Autarkie</p>
20	Unerwünschte Therapiewirkung	Verschlechterung hinsichtlich der Hüftbeweglichkeit/-bewegungen in der Gruppe der Kinder mit Konduktiver Therapie im Gegensatz zur Manchester-Gruppe. Teilweise direktives Auftreten der KonduktorInnen gegenüber den Eltern mit dem Verbot, orthopädische Chirurgen zu konsultieren.
Schlussfolgerungen		
21	Fazit der Autoren	<ul style="list-style-type: none"> – Sowohl die Kinder in der Interventions- als auch Kontrollgruppe machten Fortschritte in funktionaler und körperlicher Hinsicht hinsichtlich der untersuchten Eigenschaften. – Bei der überwiegenden Zahl der untersuchten Variablen nahm die Varianz der Defizite bei den Kindern unter der Behandlung mittels Konduktiver Therapie im Zeitverlauf nicht mehr ab als bei den Kindern, die mittels der üblichen britischen Spezialfördermaßnahmen behandelt wurden. – Die Konduktive Therapie im Birmingham Institute zeigte keine größeren Fortschritte in den angewandten funktionalen Tests als die übliche britische Spezialförderung. <p>Als problematisch wurden von den Autoren der mangelnde theoretische Hintergrund, die fehlende Standardisierung, die Rigidität, die hohe Selbsteinschätzung bezüglich der Erfolgsaussichten sowie die teilweise Widersprüchlichkeit des Petö-Systems zum Untersuchungszeitpunkt gesehen.</p> <p>Des Weiteren gab es Probleme hinsichtlich der Einbettung des Birmingham Institutes in das britische System, intra- und interpersonelle Rollenkonflikte durch den Einsatz von ausgebildeten britischen Lehrern mit Berufserfahrung als Petö-Trainees im Birmingham Institut sowie den Einsatz von ungarischen KonduktorInnen mit andersartigem Systemhintergrund.</p> <p>Folgende methodische Mängel wurden von den Autoren genannt:</p> <ul style="list-style-type: none"> – die fehlende randomisierte Zuteilung der Kinder; – ein möglicher Selektionsbias durch die Selbstmeldung der Eltern in der Konduktiven Therapie-Gruppe; – die subjektive und teilweise willkürlich erscheinende Auswahl/Zuordnung der Kinder durch die KonduktorInnen und dabei aufgetretene Fehleinschätzung der Erkrankungsschwere sowie der Ausschlusskriterien bei einem Kind aus der Konduktiven Therapiegruppe und drei Kindern aus der Kontrollgruppe.
22	Evidenz-Einstufung (gemäß BUB-Richtlinien)	Ila
23	Abschließende Bewertung durch den Bearbeiter	Es handelt sich um eine prospektive Studie mit zeitversetzter Kontrollgruppe, welche die Wirksamkeit einer auf englische Verhältnisse adaptierten Konduktiven Therapiemethode im Birmingham Institute for Conductive Education mit einem speziellen britischen Förderungsprogramm in Manchester im Rahmen einer nicht-randomisierten bei Kindern mit Zerebralparese verglichen hat. Die mittels konduktiver Therapie im Birmingham Institute behandelten Kinder zeigten hinsichtlich der untersuchten funktionalen und körperlichen Eigenschaften vergleichbare Fortschritte wie die mittels der speziellen britischen

		<p>Förderung im Raume Manchester behandelten Kinder. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass der im Rahmen der konduktiven Förderung insgesamt als auch zum Trainieren körperlicher Funktionalität erfolgte Zeitaufwand höher als in der Kontrollgruppe war.</p> <p>Die Aussagekraft der Studie ist allerdings aufgrund der skizzierten methodischen Mängel deutlich eingeschränkt.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Darstellung der Patienten-Rekrutierung: ja - Angemess. Beschreibung der Petö- und der Kontrollgruppe: ja - Angemess. Beschreibung des Studienkontextes: ja - Beschreibung der Petö- und der Vergleichsintervention: ja - Beschreibung der eingesetzten statistischen Methoden: ja - Darstellung der Ergebnismessung: ja <p>Das methodische Vorgehen wird detailliert beschrieben; Mängel im methodischen Vorgehen konnten von den Untersuchern nicht beeinflusst werden, wurden aber ausführlich dargestellt und hinsichtlich der Einschränkung der Aussagekraft bewertet. Die zur Ergebnismessung eingesetzten Messinstrumente waren reliabel und valide, jedoch nicht speziell für die Besonderheiten von Kindern mit Zerebralparese angepasst. Die Ergebnisbewertung erfolgte durch die behandelnden Lehrer bzw. Mütter. Die zur statistischen Auswertung eingesetzten Verfahren sind bis auf die fehlende <i>a-priori</i>-Power-Berechnung als adäquat anzusehen.</p> <p>Die Studie gibt trotz der immanenten methodischen Mängel Hinweise bezüglich der Wirksamkeit der Konduktiven Therapie im Vergleich zu anderen Methoden. Aufgrund der Mängel bei der Studienplanung und -durchführung kann nicht von einer nachgewiesenen Äquivalenz der Petö-Methode zur üblichen Versorgung ausgegangen werden.</p>
--	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Allgemeine Angaben		
	Quelle	Catanese AA, Coleman GJ, King JA, Reddiough DS. Evaluation of an early childhood program based on principles of conductive education: the Yooralla project. Journal of paediatrics and child health 1995; 31 (5): 418-22
1	Studientyp	prospektive kontrollierte Studie
2	Bezugsrahmen	Behandlung der infantilen Zerebralparese bei Kindern im Vorschulalter und im ersten Schuljahr
3	<i>(In der Studie formulierte)</i> Fragestellung der Studie	Evaluation eines auf der konduktiven Erziehung nach Petö (conductive education = CE) aufbauenden Programms für Kinder mit Zerebralparesen im Vorschul- und frühen Schulalter
Studienmethodik		
4	Ein- / Ausschlusskriterien	Einschlusskriterien: – gesicherte Diagnose einer Zerebralparese – ansonsten nicht weiter definiert – Kinder zwischen 4 bis 7 Jahren alt Ausschlusskriterien nicht definiert.
5	Intervention: Petö-Therapie	n=17 Kinder, Intervention selbst nicht eingehend beschrieben: es soll sich um ein aus der Petö-Methode weiterentwickeltes Programm handeln, welches auf die Bedürfnisse in Australien abgestimmt sei. keine Angaben – zur täglichen Behandlungsdauer – zu eingesetzten Techniken – zur Gesamtbehandlungsdauer – zur Qualifikation der Therapeuten
6	Behandlung der Vergleichsgruppe(n)	n=17 Kinder, Vergleichsintervention nicht näher beschrieben: es soll sich um eine individuell ausgerichtete Physiotherapie gehandelt haben; keine Angaben – zur eingesetzten Technik – zur täglichen Therapiedauer – zur Qualifikation der Therapeuten
7	Therapeuten	Anzahl der Therapeuten (Gesamtzahl bzw. Zahl pro Proband) und Qualifikation der Therapeuten nicht benannt.
8	Zahl der Zentren	nicht bekannt
9	Randomisierung Concealment	nicht durchgeführt
10	Verblindung des Therapeuten bei der Erfolgskontrolle	Den Auswertern von Videobändern und Assessments soll die Zuteilung der Kinder zu den Gruppen nicht bekannt gewesen sein.
11	Primäre Zielkriterien	„Vulpe Assessment Battery“ (VAB) mit Funktionen Grobmotorik, Feinmotorik, Sprachverständnis, Sprachfähigkeit, Aktivitäten des täglichen Lebens Vorgehen: Aufzeichnung von Videobändern und Elternbefragungen zu Beginn und am Ende der Studie, die Bänder wurden nach festgelegten Kriterien ausgewertet
12	Sekundäre Zielkriterien	Befragung der Eltern (Fragebogen zu Fähigkeiten und Stress: QRS-F Scores = questionnaire on resources and stress) Tests zur Ermittlung kognitiver Fähigkeiten der Kinder
13	Fallzahlplanung	nicht durchgeführt.
Ergebnisse		
14	Zahl eingeschlossener / ausgewerteter Patienten	n=34 Kinder, (18 Jungen, 16 Mädchen) mit einer Zerebralparese; zunächst wurden die Kinder der Interventionsgruppe ausgewählt (nähere Details nicht dargestellt). Dazu wurden nach Möglichkeit Kinder mit gleichen Charakteristika für die Vergleichsintervention gesucht. Kinder zwischen 4 und 7 Jahren alt.
15	Umgang mit Patientenverlusten in	entfällt

der Analyse																																			
16	Dauer der Intervention, der Nachbeobachtung	Studiendauer 26 Wochen keine weitere Nachbeobachtungszeit																																	
17	Vergleichbarkeit der Behandlungsgruppen	<p>Tabellarische Übersicht zur Ausprägung der Zerebralparese und zum Ausmaß der intellektuellen Schädigung:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th><i>Intervention</i></th> <th><i>Vergleich</i></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="3">Zerebralparese:</td> </tr> <tr> <td>leicht</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>mäßig</td> <td>11</td> <td>7</td> </tr> <tr> <td>schwer</td> <td>1</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>gesamt</td> <td>17</td> <td>17</td> </tr> <tr> <td colspan="3">intellektuelle Schädigungen:</td> </tr> <tr> <td>leicht</td> <td>6</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>mäßig</td> <td>7</td> <td>7</td> </tr> <tr> <td>schwer</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>gesamt</td> <td>17</td> <td>17</td> </tr> </tbody> </table> <p>Weitere Daten zur Vergleichbarkeit nicht dargestellt (z. B. gleiche Verteilung Mädchen / Jungen? weitere Krankheiten / Behinderungen?)</p>		<i>Intervention</i>	<i>Vergleich</i>	Zerebralparese:			leicht	5	5	mäßig	11	7	schwer	1	5	gesamt	17	17	intellektuelle Schädigungen:			leicht	6	6	mäßig	7	7	schwer	4	4	gesamt	17	17
	<i>Intervention</i>	<i>Vergleich</i>																																	
Zerebralparese:																																			
leicht	5	5																																	
mäßig	11	7																																	
schwer	1	5																																	
gesamt	17	17																																	
intellektuelle Schädigungen:																																			
leicht	6	6																																	
mäßig	7	7																																	
schwer	4	4																																	
gesamt	17	17																																	
18	Intervention Ko-Interventionen	Das aus der Petö-Methode entwickelte Programm wurde nicht näher dargestellt. Auch das Physiotherapieprogramm wurde nicht näher dargelegt.																																	
19	Ergebnisse	<ol style="list-style-type: none"> 1. Darlegung der Video-Ergebnisse zur VAB: „Grobmotorik, Feinmotorik, Sprachverständnis, Sprachausführung, gepflegtes Aussehen (Grooming) und Essfähigkeiten“ als Vorher-Nachher-Vergleich nach Interventions- und Vergleichsgruppe in Mittelwerten und Standardabweichungen; nach Abschluss der Studie hatten sich alle Werte verbessert (Ausnahme Grobmotorik in der Vergleichsgruppe leicht verschlechtert). 2. „Retrospektive“ Einschätzung der Gesamterscheinung für jede Gruppe für die Kategorien „Grobmotorik, Feinmotorik, Sprachverständnis, Sprachausführung, ADLs und Compliance“: danach hätten sich die Werte für die Interventionsgruppe verbessert, die Werte der Vergleichsgruppe verschlechtert. 3. Einschätzung der Betreuungspersonen (Eltern) zu: „Sprachverständnis, Sprachausführung, Essfähigkeit, soziale Interaktion, Spielen, Toilettenbenutzung, gepflegtes Aussehen“. 4. QRS-F Scores nicht dargestellt, der Unterschied sei nicht erheblich 5. Die kognitiven Tests zeigten Verbesserungen in beiden Gruppen (Einzeldaten nicht dargestellt); wobei in der Vergleichsgruppe bessere Fortschritte zu verzeichnen waren. <p>Zusammengefasst zeigen beide Gruppen in fast allen Fähigkeiten Verbesserungen im Vorher-Nachher-Vergleich, die Interventionsgruppe (CE) zeigt eine größere Verbesserung der motorischen Fähigkeiten; die Vergleichsgruppe weist größere Fortschritte hinsichtlich der sozialen Interaktion aus.</p>																																	
20	Unerwünschte Therapiewirkung	nicht ermittelt																																	
Schlussfolgerungen																																			
21	Fazit der Autoren	Konduktive Erziehung (CE) vermag wahrscheinlich die motorische Entwicklung zerebralparetischer Kinder fördern und zu einer größeren Elternunterstützung führen. Randomisierte kontrollierte Studien mit einer angemessenen Probandenzahl sind erforderlich, um die vorläufigen, unverbindlichen Ergebnisse zu bestätigen.																																	
22	Evidenz-Einstufung	Ila																																	
23	Abschließende Bewertung durch den Bearbeiter	Prospektive kontrollierte Studie mit Mängeln, die jedoch von den Autoren nicht verschwiegen wurden (keine Fallzahlplanung, keine Zufallszuteilung zu den Behandlungsgruppen etc).																																	

		<p>Bewertung der Kernfragen:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Darstellung der Patientenrekrutierung: Zunächst Auswahl der Probanden für die Interventionsgruppe aus einer geplanten oder auch laufenden Petö-Behandlung, anschließend wurden vergleichbare Probanden ausgewählt, die mittels Physiotherapie behandelt wurden. Die Art und Weise der Diagnosesicherung einer Zerebralparese wurde nicht dargelegt. – Angemessene Beschreibung der CE und Vergleichsgruppe: Die Gruppen wurden nur hinsichtlich eines Schweregrades der Zerebralparese (leicht, mäßig, schwer) und der intellektuellen Schädigung (leicht, mäßig, schwer) charakterisiert. Die zugrunde liegenden Definition zu „leicht“, „mäßig“ und „schwer“ fehlen. – Angemessene Beschreibung des Kontext der Studie: Es wird deutlich, dass eine Gruppe von zerebralparetischen Kindern mit einem neuen Programm auf der Basis des ungarischen Petö-Programms behandelt wird. Es sei jedoch nicht bekannt, ob dieses adaptierte Programm der „üblichen“ Therapie vergleichbar oder überlegen sei. – Beschreibung des Petö-Programms / der eingesetzten Maßnahmen: Das konkret durchgeführte CE-Programm wurde nicht dargestellt. Es ist nicht bekannt, was, wie, in welcher Intensität und von wem in der CE-Gruppe und in der Vergleichsgruppe tatsächlich gemacht wurde. Es fehlt eine Darstellung der jeweiligen Interventionen und Techniken, die in den jeweiligen Gruppen zur Anwendung kamen. – Beschreibung der statistischen Methoden: Es wurden Varianz-Analysen durchgeführt. – Darstellung der Ergebnismessung: Angemessene Darstellung der eingesetzten Messmethoden und der Auswertungsprozeduren. Die Darstellung der Ergebnisse erfolgte teilweise in Tabellen, teilweise in Textform. Insgesamt ist die Ergebnisdarstellung nicht in allen Bereichen transparent und nachvollziehbar, so dass nicht alle berechneten Werte nachvollzogen werden können. <p>Zusammenfassend lässt sich die erste positive Einschätzung der Autoren hinsichtlich der Steigerung motorischer Fähigkeiten nur mit Einschränkungen nachvollziehen. Nachvollziehbar ist jedoch, dass weitere kontrollierte randomisierte Studien mit guter Studienplanung, -durchführungen und -auswertung nötig sind, um die hier erwähnte, aber nicht ausreichend dargestellte Petö-Variante bewerten zu können.</p>
--	--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Allgemeine Angaben		
	Quelle	Coleman GJ, King JA, Reddihough DS. A pilot evaluation of conductive education-based intervention for children with cerebral palsy: The Tongala project. Journal of paediatrics and child health 1995; 31 (5): 412-7
1	Studientyp	prospektive vergleichende Studie
2	Bezugsrahmen	Teilnahme an einem an Petö angelehnten Programm bzw. Teilnahme an einem üblichen Förderungsprogramm für Kinder
3	<i>(In der Studie formulierte)</i> Fragestellung der Studie	Evaluation eines an der Petö-Methode angelehnten Programms bei Kindern mit einer Zerebralparese
Studienmethodik		
4	Ein- / Ausschluss-Kriterien	Kinder mit Zerebralparese, die zum Einschluss bzw. Ausschluss führenden Schädigungsbilder bzw. Fähigkeitsstörungen wurden nicht dargelegt. Kinder für die CE-Gruppe wurden aus bestehenden CE-Behandlungseinrichtungen rekrutiert, Kinder für die Kontrollgruppe wurden aus etablierten Kinderbehandlungsgruppen gewonnen.
5	Intervention: Petö-Therapie	n=11 Kinder in der CE-Gruppe (Petö-orientiertes Programm) in 5 Zentren, Behandlungsfrequenz 5x wöchentlich bis 5x zweiwöchentlich, Behandlungsdauer je Einheit nicht angegeben
6	Behandlung der Vergleichsgruppe(n)	n=9 Kinder in der „üblichen“ Gruppe in 4 Zentren (in 3 Zentren Gruppentherapie, 1 Zentrum Einzelbehandlungen) Behandlungsdauer je Einheit und Frequenz nicht angegeben
7	Therapeuten	
8	Zahl der Zentren	9 Zentren, 5 in der CE-Gruppe, 4 in der Kontrollgruppe
9	Randomisierung Concealment	keine Randomisierung
10	Verblindung des Therapeuten bei der Erfolgskontrolle	Verblindung des Video-Auswerters.
11	Primäre Zielkriterien	Assessment zu Beginn der Beobachtung (Video-Aufnahmen, Vulpe Assessment Battery – VAB) Auswertung der Videos durch drei unabhängige Personen (zwei Physiotherapeuten, 1 Sprachtherapeut). Diese Personen waren gegenüber der Intervention verblindet. Assessment bei Eltern: Fragebogen zu Ressourcen und Stress (questionnaire on resources and stress – QRS-F)
12	Sekundäre Zielkriterien	-
13	Fallzahlplanung	keine
Ergebnisse		
14	Zahl eingeschlossener / ausgewerteter Patienten	n=26 Kinder wurden zunächst ausgewählt, 6 zogen sich während der Studie zurück, so dass n=20 ausgewertet wurden. 10 Mädchen, 10 Jungen, zwischen 19 und 69 Monaten alt, Durchschnittsalter 45 Monate
15	Umgang mit Patientenverlusten in der Analyse	nicht näher dargelegt Die 6 Drop out's wurden nicht in die Bewertung einbezogen.
16	Dauer	26 Wochen

	der Intervention der Nachbeobachtung	
17	Vergleichbarkeit der Behandlungsgruppen	Vergleichbarkeit wurde nicht dargelegt. Insgesamt hatten die Kinder folgende Schädigungen: spastische Diplegie: n=7 spastische Tetraplegie: n=11 Hemiplegie: n=1 athetotische CP: n=1
18	Intervention Ko-Interventionen	siehe 5. und 6.
19	Ergebnisse	Die Werte für die VAB und den QRS-F wurden erhoben, Mittelwerte und Standardabweichungen berechnet. Hinsichtlich der Videoaufnahmen wurde die Interrater-Reliabilität untersucht. Die Reliabilitäts-Koeffizienten lagen zwischen 0,94 und 0,98. Es wurden Vorher-Nachher-Vergleiche zu den Videoaufnahmen hinsichtlich der Grobmotorik, Feinmotorik, des Sprachverständnisses, der Sprachausführung, der Körperpflege und des Essen vorgenommen. In beiden Gruppen zeigten sich meist Verbesserungen. Für die Fähigkeiten Sprachverständnis, Sprachausführung, organisatorisches Verhalten, Essen, Kleiden, soziale Interaktion, Spielen, Toilettengang und Pflege wurden die Werte der Betreuer ausgewertet. Es kam in beiden Gruppen zu Verbesserungen, die Interventions-Gruppe sei etwas besser gewesen. Hinsichtlich der QRS-F- Scores zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen der Kontroll- und Interventionsgruppe.
20	Unerwünschte Therapiewirkung	nicht erhoben
Schlussfolgerungen		
21	Fazit der Autoren	Ein wichtiges Ergebnis der Studie sei, ein reliables und valides Vorgehen für ein quantitatives Assessment für Kinder mit einer Zerebralparese zu entwickeln. Die Behandlungsergebnisse werden dadurch relativiert, dass die Gruppen sehr klein waren und die Gruppen gewählt werden konnten, also keine Randomisierung erfolgte. Es gab jedoch einen Trend für bessere Ergebnisse in der Interventionsgruppe. Kontrollierte randomisierte Studien sind erforderlich.
22	Evidenz-Einstufung	Ila
23	Abschließende Bewertung durch den Bearbeiter	Bewertung der Kernfragen: – Darstellung der Patienten-Rekrutierung Nur sehr knappe Beschreibung hinsichtlich des Auswahlverfahrens und warum 6 von 26 Kindern aus der Studie verloren gingen. – Angemess. Beschreibung der Petö- und der Kontrollgruppe Weder die Interventions- noch die Kontrollgruppe wurde hinsichtlich der medizinischen Charakteristika beschrieben. Es bleibt unklar, ob die Gruppen vergleichbar sind. – Angemess. Beschreibung des Studienkontextes Ziel und Zweck der Studie wurden beschrieben. – Beschreibung der Petö- und der Vergleichsintervention Das konkret durchgeführte CE-Programm wurde nicht dargestellt. Es ist nicht bekannt, was, wie, in welcher Intensität und von wem in der CE-Gruppe und in der Vergleichsgruppe tatsächlich gemacht wurde. Es fehlt eine Darstellung der jeweiligen Interventionen und Techniken, die in den jeweiligen Gruppen zur Anwendung kamen. – Beschreibung der eingesetzten statistischen Methoden

		<p>Methodik wurde vorgestellt</p> <ul style="list-style-type: none">- Darstellung der Ergebnismessung Tabellarische Darstellung im Vorher-Nachher-Vergleich für die Interventions- und die Kontrollgruppe. Signifikanzberechnungen waren unübersichtlich bzw. nicht richtig nachvollziehbar. <p>Insgesamt befasst sich die Studie zu weiten Teilen damit, ob die eingesetzte Messmethodik anwendbar ist. Die wird bejaht.</p> <p>Hinsichtlich der Frage, ob die betroffenen Kinder von einer Petö-orientierten Behandlung mehr profitieren können als von einer „konventionellen“ Behandlung, konnten keine überzeugenden Daten gefunden werden, so dass die Durchführung einer kontrollierten randomisierten Studie auch von den Studienautoren gefordert wurde. Den Nutzen einer Petö-orientierten Behandlung im Vergleich zu üblichen Behandlungsstrategien konnte diese Studie nicht nachweisen.</p>
--	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Allgemeine Angaben		
	Quelle	Hur J, Cochrane R. Academic performance of children with cerebral palsy: A comparative study of conductive education and British special education programmes. British Journal of Developmental Disabilities 1995; 41 (80, Pt 1): 33-41
1	Studientyp nach Durchsicht <i>Zuordnung zu einem der folgenden Studientypen:</i>	Studie mit nicht-randomisierter Vergleichsgruppe
2	Bezugsrahmen	Auftraggeber und Finanzierung durch die Britische Regierung keine Hinweise auf Interessenkonflikte
3	<i>(In der Studie formulierte)</i> Fragestellung der Studie	Ziel der Studie war, die Unterschiede der akademischen Fähigkeiten von Kindern zu evaluieren, die eine konduktive Erziehung in Birmingham oder ein spezielles Erziehungsprogramm in Manchester erhielten. Es wurde von der Hypothese ausgegangen, dass Kinder mit einem speziellen Erziehungsprogramm besser hinsichtlich der akademischen Fähigkeiten sind, während Kinder mit einer konduktiven Erziehung größere Fortschritte hinsichtlich der physischen Fähigkeiten erlangen. <i>[Die Methodik und Vorgehensweise der Behandlung wird nicht detailliert beschrieben. Es handelt sich um Teilergebnisse der Studie, die bereits 1993 publiziert wurde : Bairstow P, Cochrane R, Hur J.: Evaluation of Conductive Education for children with cerebral palsy. Final report (Part 1 and 2). London, HMSO, 1993.]</i>
Studienmethodik		
4	Ein- / Ausschluss-Kriterien	Zerebralparese; ansonsten nicht eingehend dargelegt.
5	Intervention: Petö-Therapie	keine ausführliche Beschreibung der Maßnahmen, Intensität, Dauer
6	Behandlung der Vergleichsgruppe(n)	s. Punkt 5
7	Therapeuten	keine ausführliche Beschreibung
8	Zahl der Zentren Vergleichbarkeit	1 Gruppe in Birmingham, 3 Schulen in Manchester
9	Randomisierung Concealment	nein; „Das Untersuchungsteam hatte keinen Einfluss auf die Auswahl der Kinder in der Birmingham Gruppe. Deshalb war eine randomisierte Zuteilung nicht möglich.“
10	Verblindung des Therapeuten bei der Erfolgskontrolle	nein
11	Primäre Zielkriterien	Vergleich der akademischen Fertigkeiten: Lesen, Schreiben und Rechnen in den beiden unterschiedlich geförderten Gruppen in Birmingham(CE) und Manchester (Standard) im Verlauf einer zweijährigen Studie mit standardisierten und validierten Psychologische Tests
12	Sekundäre Zielkriterien	Weitere Zielkriterien werden nicht aufgeführt.
13	Fallzahlplanung	keine Fallzahlplanung
Ergebnisse		
14	Zahl eingeschlossener /	n=36 Kinder, n=19 mit konduktiver Erziehung (Birmingham), 10 Jungen, 9 Mädchen

	ausgewerteter Patienten	n=17 mit anderer spezieller Erziehung (Manchester), 5 Jungen, 12 Mädchen 5 bis 6,5 Jahre alt durchschnittlicher IQ Birmingham: 83,5, Manchester 85,1 <i>[Hinweis auf die Publikation Bairstow 1993!]</i>																																																												
15	Umgang mit Patientenverlusten in der Analyse	entfällt																																																												
16	Dauer der Intervention Nachbeobachtung	Die Tests wurden zweimal jährlich durchgeführt, Gesamtzeitraum 2 Jahre																																																												
17	Vergleichbarkeit der Behandlungsgruppen	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Variables</th> <th colspan="3">Children in Conductive Education (N = 19)</th> <th colspan="3">Children in Comparison Group (N = 17)</th> <th colspan="3">Significance</th> </tr> <tr> <th>Time 1 Mean</th> <th>Time 2 Mean</th> <th>Time 3 Mean</th> <th>Time 1 Mean</th> <th>Time 2 Mean</th> <th>Time 3 Mean</th> <th>Group</th> <th>Time</th> <th>G x T</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>IQ</td> <td>85.5</td> <td>84.1</td> <td>81.9</td> <td>83.2</td> <td>88.6</td> <td>85.2</td> <td>ns</td> <td>ns</td> <td>ns</td> </tr> <tr> <td>Self-Help Age Differential Score</td> <td colspan="3">Mean -25.8</td> <td colspan="3">Mean -25.0</td> <td colspan="3">t = .0075 ns</td> </tr> <tr> <td>Severity of Handicapping Condition</td> <td colspan="3">Frequency Severe 10 Moderate 4 Mild 5</td> <td colspan="3">Frequency Severe 6 Moderate 6 Mild 5</td> <td colspan="3">x² = 2.64 ns</td> </tr> <tr> <td>Parental Social Class</td> <td colspan="4">Frequency 1 & 2, 3M & 3N, 4 & 5, Unemployed 8 4 2 5</td> <td colspan="4">Frequency 1 & 2, 3M & 3N, 4 & 5, Unemployed 5 5 3 4</td> <td colspan="2">x² = .009 ns</td> </tr> </tbody> </table> <p>Social Class 1 and 2 = Professional and intermediate occupations Social Class 3M and 3N = Skilled manual and skilled non-manual occupations Social Class 4 and 5 = Semi-skilled and non-skilled manual</p> <p>Classification of Occupation and Coding Index (1980)</p>	Variables	Children in Conductive Education (N = 19)			Children in Comparison Group (N = 17)			Significance			Time 1 Mean	Time 2 Mean	Time 3 Mean	Time 1 Mean	Time 2 Mean	Time 3 Mean	Group	Time	G x T	IQ	85.5	84.1	81.9	83.2	88.6	85.2	ns	ns	ns	Self-Help Age Differential Score	Mean -25.8			Mean -25.0			t = .0075 ns			Severity of Handicapping Condition	Frequency Severe 10 Moderate 4 Mild 5			Frequency Severe 6 Moderate 6 Mild 5			x ² = 2.64 ns			Parental Social Class	Frequency 1 & 2, 3M & 3N, 4 & 5, Unemployed 8 4 2 5				Frequency 1 & 2, 3M & 3N, 4 & 5, Unemployed 5 5 3 4				x ² = .009 ns	
Variables	Children in Conductive Education (N = 19)			Children in Comparison Group (N = 17)			Significance																																																							
	Time 1 Mean	Time 2 Mean	Time 3 Mean	Time 1 Mean	Time 2 Mean	Time 3 Mean	Group	Time	G x T																																																					
IQ	85.5	84.1	81.9	83.2	88.6	85.2	ns	ns	ns																																																					
Self-Help Age Differential Score	Mean -25.8			Mean -25.0			t = .0075 ns																																																							
Severity of Handicapping Condition	Frequency Severe 10 Moderate 4 Mild 5			Frequency Severe 6 Moderate 6 Mild 5			x ² = 2.64 ns																																																							
Parental Social Class	Frequency 1 & 2, 3M & 3N, 4 & 5, Unemployed 8 4 2 5				Frequency 1 & 2, 3M & 3N, 4 & 5, Unemployed 5 5 3 4				x ² = .009 ns																																																					
18	Intervention Ko-Interventionen	In der CE-Gruppe wurden mehr Stunden für nicht akademisch orientierte Förderung geleistet und die Vorgehensweisen (unabhängig von CE) beim Erwerb schulischer Fertigkeiten waren unterschiedlich. Aber die Stundenzahl für Lesen, Schreiben und Rechnen waren gleich!																																																												
19	Ergebnisse	Die akademischen Fertigkeiten unterscheiden sich in den beiden Gruppen nicht statistisch signifikant. TABLE II Academic performance of children in Conductive Education and children in Comparison Group <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Variables</th> <th colspan="2">Conductive Education (N = 19)</th> <th colspan="2">Comparison Group (N = 17)</th> <th colspan="3">P</th> </tr> <tr> <th>Time 1 mean</th> <th>Time 2 mean</th> <th>Time 1 mean</th> <th>Time 2 mean</th> <th>Group</th> <th>Time</th> <th>G x T</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Reading</td> <td>32.9</td> <td>43.4</td> <td>34.0</td> <td>42.3</td> <td>ns</td> <td><.001</td> <td>ns</td> </tr> <tr> <td>Mathematics</td> <td>30.4</td> <td>35.2</td> <td>28.4</td> <td>34.6</td> <td>ns</td> <td><.001</td> <td>ns</td> </tr> </tbody> </table> <p>Beide Gruppen erzielten während der zwei Jahre Fortschritte.</p>	Variables	Conductive Education (N = 19)		Comparison Group (N = 17)		P			Time 1 mean	Time 2 mean	Time 1 mean	Time 2 mean	Group	Time	G x T	Reading	32.9	43.4	34.0	42.3	ns	<.001	ns	Mathematics	30.4	35.2	28.4	34.6	ns	<.001	ns																													
Variables	Conductive Education (N = 19)			Comparison Group (N = 17)		P																																																								
	Time 1 mean	Time 2 mean	Time 1 mean	Time 2 mean	Group	Time	G x T																																																							
Reading	32.9	43.4	34.0	42.3	ns	<.001	ns																																																							
Mathematics	30.4	35.2	28.4	34.6	ns	<.001	ns																																																							
20	Unerwünschte Therapiewirkung	Im Hinblick auf die akademischen Fertigkeiten keine Nebenwirkungen.																																																												
Schlussfolgerungen																																																														
21	Fazit der Autoren	Die akademischen Fertigkeiten in der CE Gruppe aus Birmingham und der Standard Gruppe aus Manchester waren nicht unterschiedlich, obwohl unterschiedliche Lerntechniken für Lesen und Schreiben eingesetzt worden waren und die Zahl der Stunden für motorische Übungen sich signifikant																																																												

		<p>unterschieden.</p> <p>Unter Hinweis auf die Veröffentlichung von Bairstow et al. 1993 ist festzustellen, dass in der Gruppe mit konduktiver Erziehung keine besseren Ergebnisse hinsichtlich der Grob- und Feinmotorik erzielt werden, sogleich die Gruppe mit konduktiver Erziehung die physischen Aktivitäten deutlich intensiver übt.</p>
22	Evidenz-Einstufung (gemäß BUB-Richtlinien)	Ila
23	Abschließende Bewertung durch den Bearbeiter	<p>Die Darstellung der Patientenrekrutierung, die Beschreibung der Behandlungsgruppen und des Kontextes der Studie ebenso wie des Petö-Programms erfolgen in dieser Publikation nicht angemessen. Diese Daten lassen sich der Publikation von Bairstow et al. 1993 entnehmen.</p> <p>Die statistische Methode ist ausreichend beschrieben. Die Ergebnismessung erfolgte unverblindet mit validierten Instrumenten (standardisierte Tests) zu zwei Messpunkten, die ein Jahr auseinander lagen, im Verlauf der zweijährigen Studiendauer.</p> <p>Aus der Studie lässt sich allerdings nicht schließen, dass die konduktive Erziehung hinsichtlich der akademischen Fähigkeiten der anderen speziellen Erziehung gleichwertig ist, da das Studiendesign dieses nicht abgeprüft hat. Es wurde durch die Untersuchung nur belegt, dass die spezielle Erziehung in Manchester nicht überlegen war. Zur Frage der Gleichwertigkeit der Ergebnisse hätte ein anderes Studiendesign gewählt werden müssen.</p>

Allgemeine Angaben		
	Quelle	Rochel M. Kontrollierte Erfahrungen mit der Konduktiven Förderung im Projekt Taunusklinik aus medizinischer Sicht. Frühförderung interdisziplinär 1996; 15 (2): 67-72
1	Studientyp nach Durchsicht	Fallserie
2	Bezugsrahmen	Berichtet wird aus medizinischer Sicht (Autor: Dr. med.) über die Studie: <i>Weber K , Rochel M</i> <i>Medizinische Rehabilitation zerebralgeschädigter Kinder im Alter von 3-7 Jahren durch Konduktive Förderung. Komplexes und interdisziplinäres Zusammenführen von Entwicklungs- und Lern- und Erziehungsprozessen.</i> <i>Forschungsbericht (1992) (224, Sozialforschung) Konduktive Förderung für cerebral geschädigte Kinder. Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung.</i> [Anmerkung: Auswertung siehe bei Weber K , Rochel M]
3	Fragestellung der Studie	keine Fragestellung formuliert
Studienmethodik		
4	Ein- / Ausschluss-Kriterien	<u>Einschlusskriterien:</u> – hier nicht dargelegt <u>Ausschlusskriterien:</u> – Stoffwechselerkrankungen – progrediente neurodegenerative oder neuromuskuläre Erkrankungen – therapieresistente Epilepsie
5	Intervention: Petö-Therapie	keine ausführliche Beschreibung der Maßnahmen, Intensität, Dauer
6	Behandlung der Vergleichsgruppe(n)	entfällt, da keine Vergleichsgruppe beschrieben
7	Therapeuten	Von wem die Behandlung (Petö-Therapie und Kontrolle) durchgeführt wurde, ist nicht näher dargelegt worden.
8	Zahl der Zentren Vergleichbarkeit	1
9	Randomisierung Concealment	entfällt

10	Verblindung des Therapeuten bei der Erfolgskontrolle	entfällt
11	Primäre Zielkriterien	Berichtet wird über folgende Zielkriterien: <ul style="list-style-type: none"> – Entwicklung des Laufalters – Entwicklung des Perzeptionsalters – Entwicklung des Sprechalters – Entwicklung des Sozialalters
12	Sekundäre Zielkriterien	nicht benannt
13	Fallzahlplanung	keine Fallzahlplanung
Ergebnisse		
14	Zahl eingeschlossener / ausgewerteter Patienten	„Aus einer Vielzahl der jährlich untersuchten und behandelten Kinder (über tausend pro Jahr) wurden zunächst n = 39 Kinder ausgesucht.“ Die Kinder und Eltern wurden zu einer ausführlichen Beratung über das Projekt eingeladen. Aufgrund der Ausschlusskriterien kamen n = 21 Kinder in die engere Wahl. Schließlich wurden n = 12 endgültig für die Projektgruppe (Petö) ausgewählt.
15	Umgang mit Patientenverlusten in der Analyse	entfällt; alle 12 durchliefen das Projekt
16	Dauer der Intervention Nachbeobachtung	nicht näher erläutert
17	Vergleichbarkeit der Behandlungsgruppen	entfällt
18	Intervention Ko-Interventionen	nicht näher dargelegt
19	Ergebnisse	Zur Auswertung gelangten: <ul style="list-style-type: none"> – kinderneurologische Befundbögen – Protokolle der Elterngespräche – Testuntersuchungsergebnisse – Fotoserien neuer Entwicklungsschritte – Videoaufnahmen einer standardisierten Videountersuchung, um dynamische, qualitative Entwicklungs- und Verhaltensbeobachtungen festzuhalten Exemplarisch wurden vorgestellt: <ul style="list-style-type: none"> – Entwicklung des Laufalters – Entwicklung des Perzeptionsalters – Entwicklung des Sprechalters – Entwicklung des Sozialalters

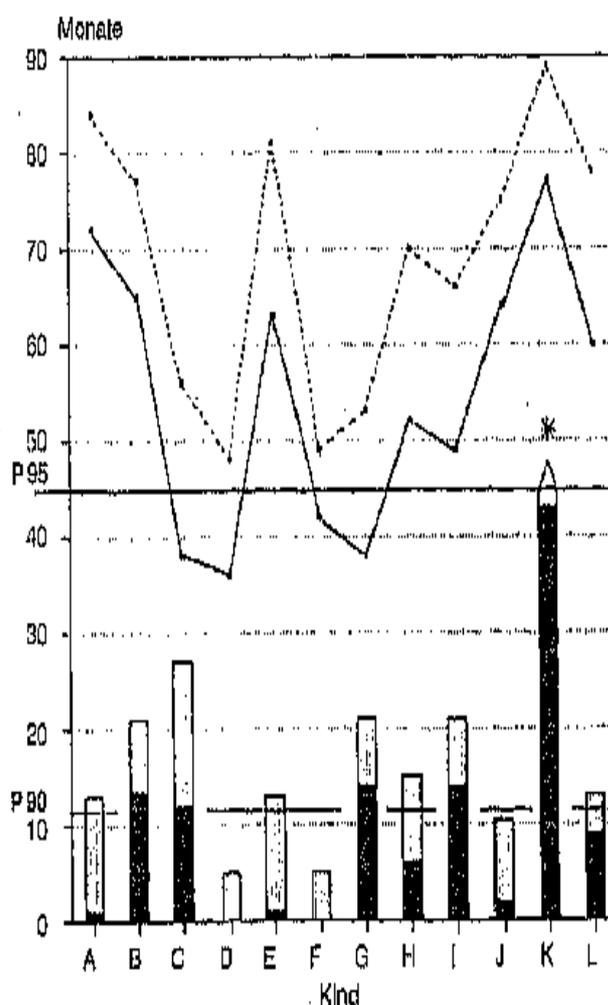


Abbildung 1: Darstellung der Entwicklung des Laufalters aller zwölf Kinder. Die schraffierte Säule stellt das Entwicklungsalter bei der Anfangsuntersuchung, die leere Säule das Entwicklungsalter bei der Enduntersuchung dar. Die darüber liegende untere Linie zeigt das Alter des Kindes bei der Anfangsuntersuchung, die darüber liegende bei der Enduntersuchung. * in der Abbildung bedeutet das geschätzte Entwicklungsalter des Kindes bei der Enduntersuchung. + in der Abbildung bedeutet das geschätzte Entwicklungsalter bei der Anfangsuntersuchung.

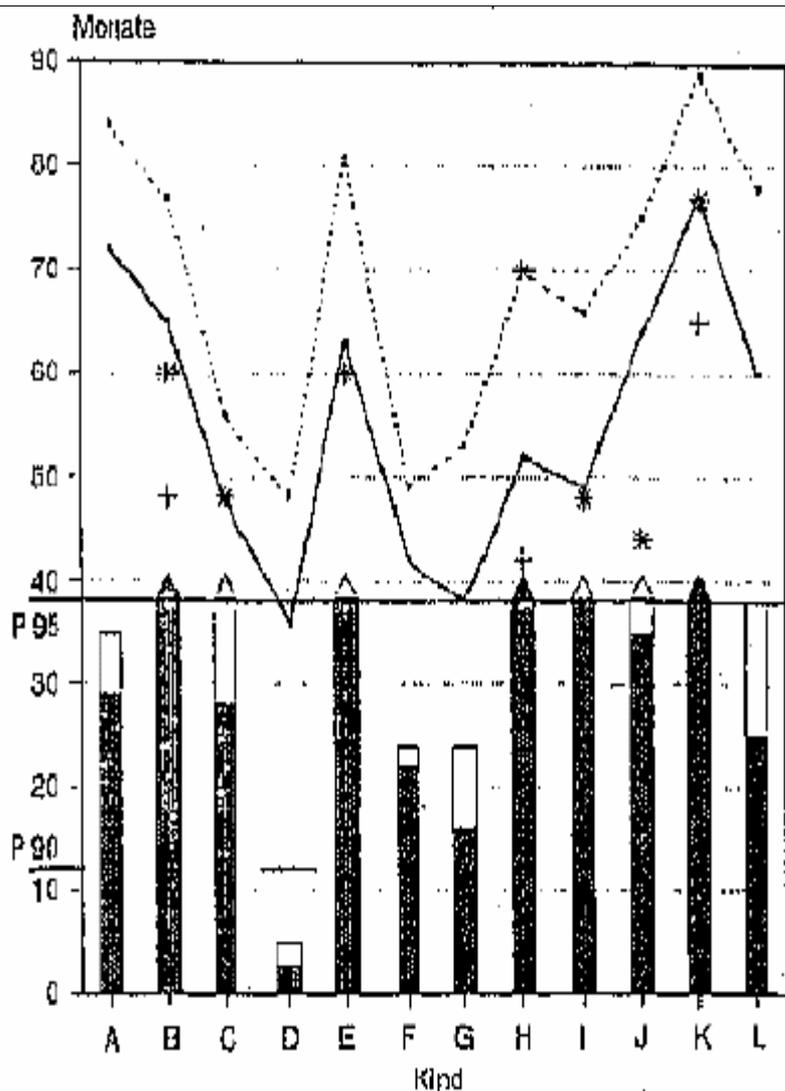


Abbildung 2: Darstellung der Entwicklung des Perzeptionsalters aller zwölf Kinder. Zur Erläuterung der Symbole siehe Legende von Abbildung 1.

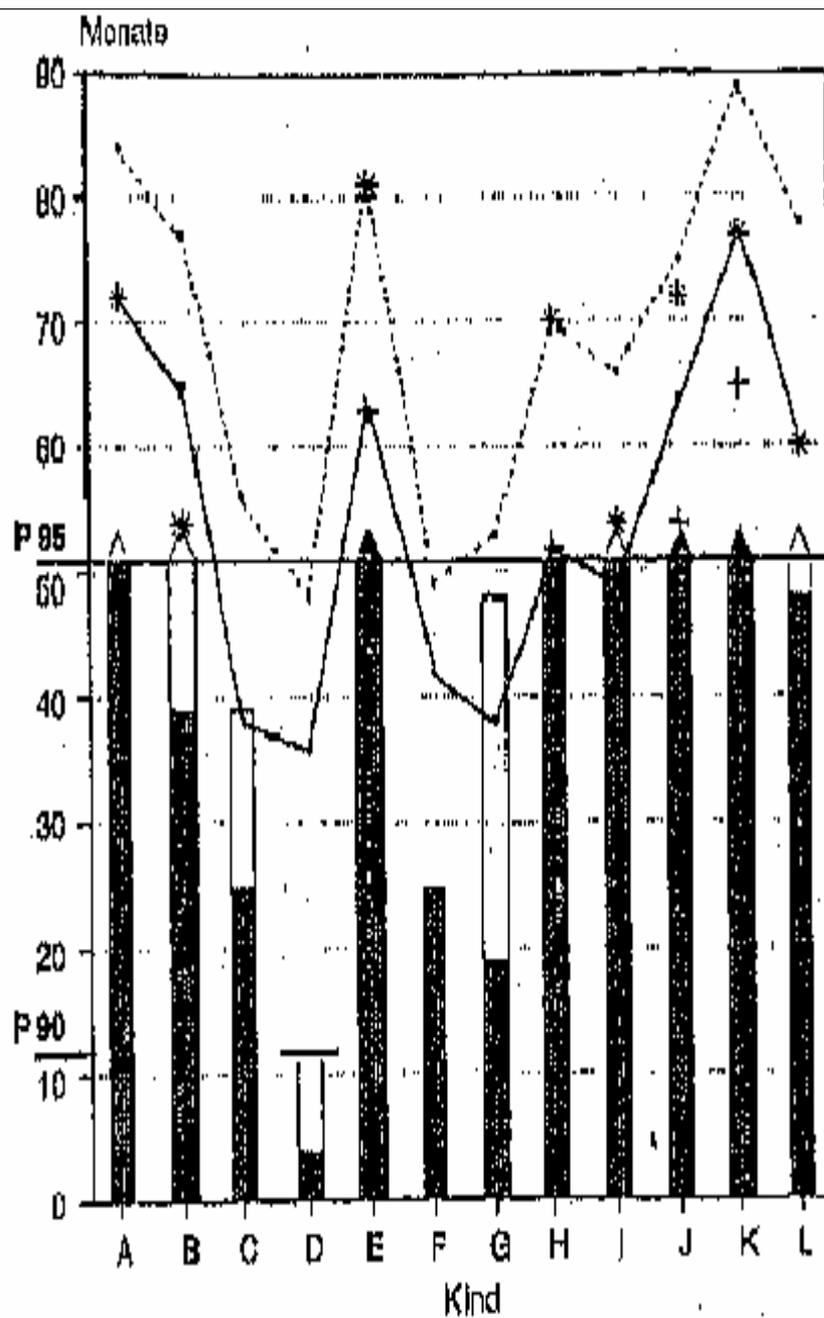


Abbildung 3: Darstellung der Entwicklung des Sprechalters aller zwölf Kinder. Zur Erläuterung der Symbole siehe Legende von Abbildung 1.

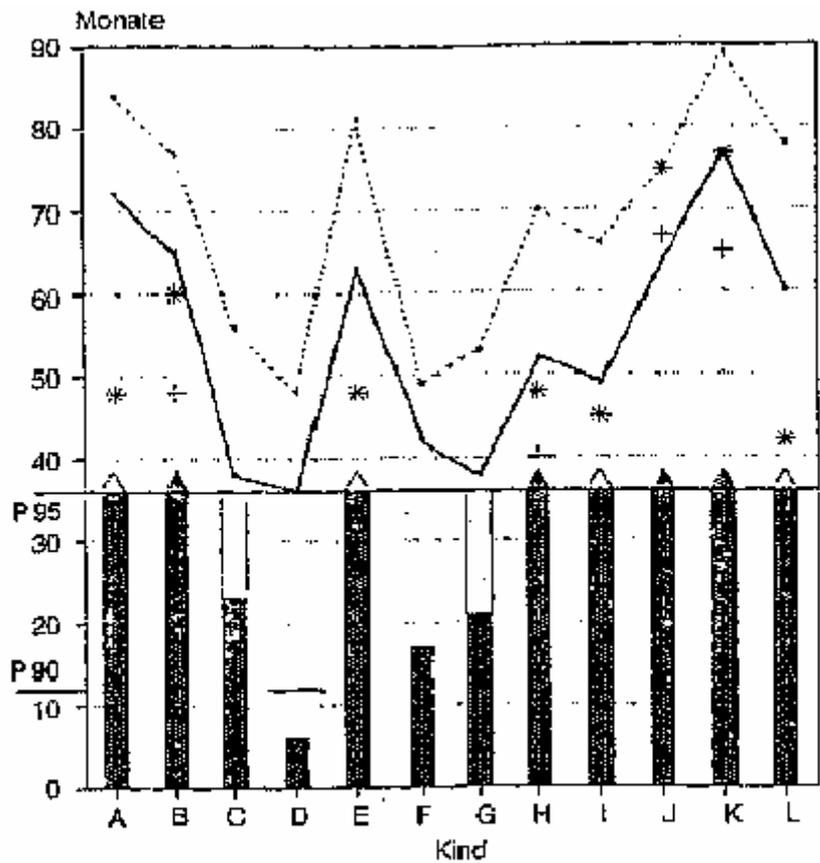


Abbildung 4: Darstellung der Entwicklung des Sozialalters aller zwölf Kinder. Zur Erläuterung der Symbole siehe Legende von Abbildung 1.

Kinder wiesen in der Motorik und auch auf allen anderen Entwicklungsebenen quantitative und qualitative Fortschritte auf. Die individuellen Fortschritte waren sehr unterschiedlich.

20	Unerwünschte Therapiewirkung	„Kein Kind nahm durch die Konduktive Förderung Schaden.“
Schlussfolgerungen		
21	Fazit der Autoren	Konduktive Förderung stellt für die von uns in der Taunusklinik untersuchte Klientel eine wertvolle Ergänzung der in Deutschland etablierten traditionellen Fördermaßnahmen dar. Es ist ein ganzheitliches Konzept für Kinder mit schwerer frühkindlicher Hirnschädigung und bringt nicht nur Fortschritte in der motorischen, sondern auch der kognitiven, sprachlichen und sozialen Entwicklung.

22	Evidenz-Einstufung (gemäß BUB-Richtlinien)	III: Fallserie
23	Abschließende Bewertung durch den Bearbeiter, dabei sind folgende Punkte zu berücksichtigen:	<ul style="list-style-type: none"> – Darstellung der Patienten-Rekrutierung Auswahlprozess nur ungenügend beschrieben – Angemess. Beschreibung der Petö- und der Kontrollgruppe eine Kontrollgruppe wurde nicht mitgeführt – Angemess. Beschreibung des Studienkontextes ja – Beschreibung der Petö- und der Vergleichsintervention keine detaillierte Beschreibung der Intervention – Beschreibung der eingesetzten statistischen Methoden entfällt – Darstellung der Ergebnismessung Einzelfalldarstellungen, keine statistische Analyse <p>Präsentiert werden Daten aus einer schon zuvor publizierten Fallserie. Erkenntnisse hinsichtlich einer möglichen Gleichwertigkeit oder Überlegenheit gegenüber den zitierten, aber nicht weiter dargelegten „etablierten traditionellen Fördermaßnahmen“ lassen sich nicht gewinnen.</p>

Allgemeine Angaben		
	Quelle	Hur J. Skills for independence for children with cerebral palsy: A comparative longitudinal study. International Journal of Disability, Development & Education 1997; 44 (3): 263-274
1	Studientyp	prospektive vergleichende Studie, nicht randomisiert
2	Bezugsrahmen	Department of Education and Science (Sponsor of the research)
3	<i>(In der Studie formulierte)</i> Fragestellung der Studie	Sind durch die konduktive Erziehung in Birmingham (CE-Programm) größere Vorteile in der Geschicklichkeit bzw. Unabhängigkeit als mit herkömmlicher Therapie für Kinder mit CP (in Manchester) erreichbar? Es wurde von der Hypothese ausgegangen, dass das CE Programm (conductive education) in Birmingham einer anderen Behandlung in Manchester überlegen sei. <i>[Die Methodik und Vorgehensweise der Behandlung wird nicht detailliert beschrieben. Es handelt sich um Teilergebnisse der Studie, die bereits 1993 publiziert wurde : Bairstow P, Cochrane R, Hur J.: Evaluation of Conductive Education for children with cerebral palsy. Final report (Part 1 and 2). London, HMSO, 1993.]</i>
Studienmethodik		
4	Ein- / Ausschluss-Kriterien	<u>Einschlusskriterien für die CE-Gruppe:</u> Kinder mit CP, die zwischen 1. Jan. 1983 und 31. Aug. 1985 geboren sind. <u>Ausschlusskriterien für die CE-Gruppe:</u> schwerwiegende intellektuelle Fähigkeitsstörungen, Blindheit, Taubheit, Anfallsleiden
5	Intervention: Petö-Therapie	Die Therapie besteht aus einer Kombination von Therapie und Rehabilitation. Kinder „arbeiten“ in der Gruppe. Bewegung und Singen gehört zum Programm. Die Kinder üben intensiv und haben wenig freie Zeit. Nach Auffassung der Autoren gibt es keinen klaren Bericht der Therapiemethoden und Ziele. Die Grundzüge der Therapie sind schlecht definiert und schlecht erklärt. Z. B. erfüllen alle Kinder der Gruppe die Aufgaben gleichzeitig. Hierbei werden klügere Kinder aufgehalten und langsame Kinder bleiben zurück. Auf individuelle Unterschiede bei den Kindern wird nicht eingegangen. Viele Fragen werden nicht gestellt oder nicht überprüft. Es fehlt der Therapie an Klarheit und theoretischem Hintergrund.
6	Behandlung der Vergleichsgruppe(n)	1 Gruppe wurde in Birmingham behandelt nach der Methode Petö, verschiedene Vergleichsgruppen gab es im Raum Manchester. In der Birmingham-Gruppe wurde 4 x mehr Zeit auf Übungen wie Gehen, Sitzen usw. angewendet. Die Kinder in der Vergleichsgruppe waren ein Jahr jünger als die Kinder in der Birmingham-Gruppe, weil die Vergleichsgruppe 1 Jahr später mit der Therapie begann.
7	Therapeuten	Nicht bekannt - auch Konduktoren
8	Zahl der Zentren	1 Zentrum in Birmingham, mehrere Sonderschulen für Körperbehinderte im Raum Manchester. Die Kinder in den Gruppen wurden aufeinander abgestimmt in Bezug auf körperlichen, gesellschaftlichen und funktionellem Hintergrund.
9	Randomisierung Concealment	nein; „Das Untersuchungsteam hatte keinen Einfluss auf die Auswahl der Kinder in der Birmingham Gruppe. Deshalb war eine randomisierte Zuteilung nicht möglich.“
10	Verblindung des	<i>Nein, wurde von dem Forschungsteam nicht durchgeführt, jedoch wurden</i>

	Therapeuten bei der Erfolgskontrolle	<i>passende Gruppen zusammengestellt (körperlich, gesellschaftlich, funktionell)</i>																																																																																																																																																															
11	Primäre Zielkriterien	Prüfung der Wirksamkeit der Petö-Therapie gegenüber herkömmlichen Methoden. Es war erwartet worden, dass die Birmingham Kinder in ihren Fähigkeiten der Vergleichsgruppe überlegen seien. Die Ergebnisse der statistischen Analyse stützten diese Hypothese nicht. Lehrer wurden bezüglich der Therapieergebnisse 3 x im Jahr interviewt. Eltern wurden 3 x innerhalb von 2 Jahren befragt.																																																																																																																																																															
12	Sekundäre Zielkriterien																																																																																																																																																																
13	Fallzahlplanung																																																																																																																																																																
Ergebnisse																																																																																																																																																																	
14	Zahl eingeschlossener / ausgewerteter Patienten	Insgesamt 36 Kinder mit CP, 19 wurden in das Birmingham-Institut eingeschrieben, 17 Kinder besuchten Sonderschulen für Körperbehinderte im Raum Manchester.																																																																																																																																																															
15	Umgang mit Patientenverlusten in der Analyse	Wurde nicht beschrieben.																																																																																																																																																															
16	Dauer der Interventionder Nachbeobachtung	Studiendauer über 2 Jahre																																																																																																																																																															
17	Vergleichbarkeit der Behandlungsgruppen	<p>36 Kinder mit CP,</p> <ul style="list-style-type: none"> – 19 wurden in das Birmingham-Institut eingeschrieben, mittlerer IQ 83,5; 10 Jungen und 9 Mädchen – 17 Kinder besuchten Sonderschulen für Körperbehinderte im Raum Manchester, mittlerer IQ 85,1; 5 Jungen und 12 Mädchen <p>Die Kinder waren bei der ersten Einschätzung/Bewertung 3,5 – 4,5 Jahre alt.</p> <p style="text-align: center;">TABLE I. Participants' characteristics and similarities between the two groups</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Variables</th> <th rowspan="2">Children in Birmingham <i>n</i> = 19</th> <th rowspan="2">Children in Manchester <i>n</i> = 17</th> <th colspan="3"><i>p</i> values</th> </tr> <tr> <th>Group</th> <th>Time</th> <th>G × T</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="6"><i>IQ</i></td> </tr> <tr> <td>Time 1</td> <td>85.5</td> <td>83.2</td> <td>ns</td> <td>ns</td> <td>ns</td> </tr> <tr> <td>Time 2</td> <td>84.1</td> <td>88.6</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Time 3</td> <td>81.9</td> <td>85.2</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="6"><i>Self-help Age</i></td> </tr> <tr> <td>Mean</td> <td>25.8 (<i>n</i> = 18)</td> <td>25.0</td> <td>ns</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>SD</td> <td>14.2</td> <td>17.2</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="6"><i>Preferred Hand</i></td> </tr> <tr> <td>Mean</td> <td>0.23</td> <td>0.23</td> <td>ns</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>SD</td> <td>0.13</td> <td>0.15</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="6"><i>Non-preferred Hand</i></td> </tr> <tr> <td>Mean</td> <td>0.2 (<i>n</i> = 18)</td> <td>0.15 (<i>n</i> = 20)</td> <td>ns</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>SD</td> <td>0.14</td> <td>0.15</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="6"><i>Gross-Motor</i></td> </tr> <tr> <td>Median</td> <td>32 (<i>n</i> = 18)</td> <td>36 (<i>n</i> = 20)</td> <td>ns</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Range</td> <td>26–52</td> <td>21–52</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="6"><i>Severity of Handicap</i></td> </tr> <tr> <td>Severe</td> <td>10</td> <td>6</td> <td>ns</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Moderate</td> <td>4</td> <td>6</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Mild</td> <td>5</td> <td>5</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="6"><i>Parent Social Class</i></td> </tr> <tr> <td>Class 1 and 2</td> <td>8</td> <td>5</td> <td>ns</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Class 3M and 3N</td> <td>4</td> <td>5</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Class 4 and 5</td> <td>2</td> <td>3</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Unemployed</td> <td>5</td> <td>4</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Variables	Children in Birmingham <i>n</i> = 19	Children in Manchester <i>n</i> = 17	<i>p</i> values			Group	Time	G × T	<i>IQ</i>						Time 1	85.5	83.2	ns	ns	ns	Time 2	84.1	88.6				Time 3	81.9	85.2				<i>Self-help Age</i>						Mean	25.8 (<i>n</i> = 18)	25.0	ns			SD	14.2	17.2				<i>Preferred Hand</i>						Mean	0.23	0.23	ns			SD	0.13	0.15				<i>Non-preferred Hand</i>						Mean	0.2 (<i>n</i> = 18)	0.15 (<i>n</i> = 20)	ns			SD	0.14	0.15				<i>Gross-Motor</i>						Median	32 (<i>n</i> = 18)	36 (<i>n</i> = 20)	ns			Range	26–52	21–52				<i>Severity of Handicap</i>						Severe	10	6	ns			Moderate	4	6				Mild	5	5				<i>Parent Social Class</i>						Class 1 and 2	8	5	ns			Class 3M and 3N	4	5				Class 4 and 5	2	3				Unemployed	5	4			
Variables	Children in Birmingham <i>n</i> = 19	Children in Manchester <i>n</i> = 17				<i>p</i> values																																																																																																																																																											
			Group	Time	G × T																																																																																																																																																												
<i>IQ</i>																																																																																																																																																																	
Time 1	85.5	83.2	ns	ns	ns																																																																																																																																																												
Time 2	84.1	88.6																																																																																																																																																															
Time 3	81.9	85.2																																																																																																																																																															
<i>Self-help Age</i>																																																																																																																																																																	
Mean	25.8 (<i>n</i> = 18)	25.0	ns																																																																																																																																																														
SD	14.2	17.2																																																																																																																																																															
<i>Preferred Hand</i>																																																																																																																																																																	
Mean	0.23	0.23	ns																																																																																																																																																														
SD	0.13	0.15																																																																																																																																																															
<i>Non-preferred Hand</i>																																																																																																																																																																	
Mean	0.2 (<i>n</i> = 18)	0.15 (<i>n</i> = 20)	ns																																																																																																																																																														
SD	0.14	0.15																																																																																																																																																															
<i>Gross-Motor</i>																																																																																																																																																																	
Median	32 (<i>n</i> = 18)	36 (<i>n</i> = 20)	ns																																																																																																																																																														
Range	26–52	21–52																																																																																																																																																															
<i>Severity of Handicap</i>																																																																																																																																																																	
Severe	10	6	ns																																																																																																																																																														
Moderate	4	6																																																																																																																																																															
Mild	5	5																																																																																																																																																															
<i>Parent Social Class</i>																																																																																																																																																																	
Class 1 and 2	8	5	ns																																																																																																																																																														
Class 3M and 3N	4	5																																																																																																																																																															
Class 4 and 5	2	3																																																																																																																																																															
Unemployed	5	4																																																																																																																																																															

		<p><i>Notes.</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sample sizes differ due to the unavailability of participants. 2. The Manchester sample was initially $n = 20$, but three children were excluded to maintain a closer match between the two groups. 3. Parent Social Class 1 and 2 = Professional and intermediate professional Parent Social Class 3M and 3N = Skilled manual and skilled non-manual Parent Social Class 4 and 5 = Semi-skilled and non-skilled manual (<i>Classification of Occupations and Coding Index</i>, 1980) <p>In der Birmingham-Gruppe war 1 Kind ist ausgeschieden. Aufgrund der geistigen Behinderung war es nicht fähig und aufnahmebereit genug um die Übungen zu schaffen. Es war fast blind. Von ursprünglich 20 Kindern in den Manchester Gruppe sind 3 Kinder ausgeschieden, da sie aufgrund ihrer Behinderung die Übungen nicht bewältigten konnten.</p>																																																																		
18	Intervention Ko-Interventionen	<p>In der Birmingham-Gruppe wurde 4 x mehr Zeit aufgewendet für Bewegungen, wie z. B. Gehen und Sitzen. Die Therapie in Manchester begann 1 Jahr später, deshalb waren die Kinder in der Vergleichsgruppe 1 Jahr jünger als die Kinder in der Birmingham-Gruppe.</p>																																																																		
19	Ergebnisse	<p>Ergebnismessungen wurden zu unterschiedlichen Zeitpunkten vorgenommen:</p> <p style="text-align: center;">Timing of assessments for the Birmingham and Manchester groups</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Assessment</th> <th style="text-align: left;">Intakes</th> <th style="text-align: left;">Dates</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="3"><i>Birmingham</i></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">Time 1</td> <td>Intakes 1 and 2</td> <td>1 January 1989</td> </tr> <tr> <td>Intake 3</td> <td>1 January 1990</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">Time 2</td> <td>Intakes 1 and 2</td> <td>1 January 1990</td> </tr> <tr> <td>Intake 3</td> <td>1 January 1991</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">Time 3</td> <td>Intakes 1 and 2</td> <td>1 January 1991</td> </tr> <tr> <td>Intake 3</td> <td>1 January 1992</td> </tr> <tr> <td colspan="3"><i>Manchester</i></td> </tr> <tr> <td>Time 1</td> <td></td> <td>1 January 1990</td> </tr> <tr> <td>Time 2</td> <td></td> <td>1 January 1991</td> </tr> <tr> <td>Time 3</td> <td></td> <td>1 January 1992</td> </tr> </tbody> </table> <p><i>Note.</i> The nominal dates being within the period during which assessments were carried out.</p> <p>Die Ergebnisse der Gruppen waren nicht bedeutend verschieden. Beide Gruppen zeigten Fortschritte als die Kinder älter wurden.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <thead> <tr> <th rowspan="3" style="text-align: left;">Skill Domain</th> <th colspan="2" style="text-align: center;">Time 1</th> <th colspan="2" style="text-align: center;">Time 2</th> </tr> <tr> <th style="text-align: center;">CE Group</th> <th style="text-align: center;">Comparison Group</th> <th style="text-align: center;">CE Group</th> <th style="text-align: center;">Comparison Group</th> </tr> <tr> <th style="text-align: center;">$n = 19$</th> <th style="text-align: center;">$n = 17$</th> <th style="text-align: center;">$n = 19$</th> <th style="text-align: center;">$n = 17$</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Gross Motor</td> <td style="text-align: center;">12.4 (5.3)</td> <td style="text-align: center;">14.1 (7.7)</td> <td style="text-align: center;">13.5 (6.2)</td> <td style="text-align: center;">16.2 (12.4)</td> </tr> <tr> <td>Interpersonal</td> <td style="text-align: center;">43.0 (31.2)</td> <td style="text-align: center;">32.5 (28.8)</td> <td style="text-align: center;">43.1 (37.7)</td> <td style="text-align: center;">39.8 (21.7)</td> </tr> <tr> <td>Play and Leisure</td> <td style="text-align: center;">34.9 (19.7)</td> <td style="text-align: center;">35.1 (22.7)</td> <td style="text-align: center;">39.1 (19.4)</td> <td style="text-align: center;">51.7 (22.1)</td> </tr> <tr> <td>Daily Living</td> <td style="text-align: center;">31.5 (11.9)</td> <td style="text-align: center;">26.2 (8.3)</td> <td style="text-align: center;">34.1 (14.1)</td> <td style="text-align: center;">32.3 (10.6)</td> </tr> </tbody> </table>	Assessment	Intakes	Dates	<i>Birmingham</i>			Time 1	Intakes 1 and 2	1 January 1989	Intake 3	1 January 1990	Time 2	Intakes 1 and 2	1 January 1990	Intake 3	1 January 1991	Time 3	Intakes 1 and 2	1 January 1991	Intake 3	1 January 1992	<i>Manchester</i>			Time 1		1 January 1990	Time 2		1 January 1991	Time 3		1 January 1992	Skill Domain	Time 1		Time 2		CE Group	Comparison Group	CE Group	Comparison Group	$n = 19$	$n = 17$	$n = 19$	$n = 17$	Gross Motor	12.4 (5.3)	14.1 (7.7)	13.5 (6.2)	16.2 (12.4)	Interpersonal	43.0 (31.2)	32.5 (28.8)	43.1 (37.7)	39.8 (21.7)	Play and Leisure	34.9 (19.7)	35.1 (22.7)	39.1 (19.4)	51.7 (22.1)	Daily Living	31.5 (11.9)	26.2 (8.3)	34.1 (14.1)	32.3 (10.6)
Assessment	Intakes	Dates																																																																		
<i>Birmingham</i>																																																																				
Time 1	Intakes 1 and 2	1 January 1989																																																																		
	Intake 3	1 January 1990																																																																		
Time 2	Intakes 1 and 2	1 January 1990																																																																		
	Intake 3	1 January 1991																																																																		
Time 3	Intakes 1 and 2	1 January 1991																																																																		
	Intake 3	1 January 1992																																																																		
<i>Manchester</i>																																																																				
Time 1		1 January 1990																																																																		
Time 2		1 January 1991																																																																		
Time 3		1 January 1992																																																																		
Skill Domain	Time 1		Time 2																																																																	
	CE Group	Comparison Group	CE Group	Comparison Group																																																																
	$n = 19$	$n = 17$	$n = 19$	$n = 17$																																																																
Gross Motor	12.4 (5.3)	14.1 (7.7)	13.5 (6.2)	16.2 (12.4)																																																																
Interpersonal	43.0 (31.2)	32.5 (28.8)	43.1 (37.7)	39.8 (21.7)																																																																
Play and Leisure	34.9 (19.7)	35.1 (22.7)	39.1 (19.4)	51.7 (22.1)																																																																
Daily Living	31.5 (11.9)	26.2 (8.3)	34.1 (14.1)	32.3 (10.6)																																																																

		Time 3				
		CE Group n = 19	Comparison Group n = 17	p values		
				Group	Time	G × T
		14.9 (7.5)	16.9 (15.9)	ns	$p < 0.05$	ns
		57.5 (33.9)	46.4 (27.9)	ns	$p < 0.01$	ns
		62.6 (32.9)	50.7 (24.1)	ns	$p < 0.001$	ns
		36.1 (12.4)	36.2 (13.9)	ns	$p < 0.001$	ns
		Die Ergebnisse der Kinder der Birmingham-Gruppe waren den Ergebnissen aus der Vergleichsgruppe nicht überlegen.				
20	Unerwünschte Therapiewirkung	Es war eine Verschlechterung in den Hüftbewegungen bei den Kindern des CE-Programms zu verzeichnen. Mütter äußerten Bedenken gegen die Anwendung der Therapie und hinterfragten die Qualifikation der Konduktoren.				
Schlussfolgerungen						
21	Fazit der Autoren	Es gab keine bedeutenden Unterschiede zwischen den beiden Gruppen. Die Wirksamkeit der Petö-Therapie ist nicht nachgewiesen. Die Therapie ist herkömmlichen Therapie-Methoden nicht überlegen.				
22	Evidenz-Einstufung	II a				
23	Abschließende Bewertung durch den Bearbeiter	<ul style="list-style-type: none"> – Darstellung der Patienten-Rekrutierung ausreichende Darstellung – Angemess. Beschreibung der Petö- und der Kontrollgruppe ausreichende Darstellung – Angemess. Beschreibung des Studienkontextes ja – Beschreibung der Petö- und der Vergleichsintervention Interventionen werden in dieser Publikation nicht im Detail beschrieben, sondern es wird auf die Publikation von Bairstow et al. 1993 verwiesen. – Beschreibung der eingesetzten statistischen Methoden ja – Darstellung der Ergebnismessung ausreichend <p>Die Studie sollte die Überlegenheit des CE-Programms hinsichtlich der motorischen Aktivitäten, des Spielens, der Freizeitaktivitäten und der Aktivitäten des täglichen Lebens belegen. Dies konnte nicht nachgewiesen werden. Aus der Studie lässt sich allerdings nicht schließen, dass die konduktive Erziehung der anderen speziellen Erziehung gleichwertig ist, da das Studiendesign dieses nicht abgeprüft hat. Es wurde durch die Untersuchung nur belegt, dass das CE-Programm der speziellen Erziehung in Manchester nicht überlegen war. Zur Frage der Gleichwertigkeit der Ergebnisse hätte ein anderes Studiendesign gewählt werden müssen.</p>				

Allgemeine Angaben		
	Quelle	Reddihough DS, King J, Coleman G, Catanese T. Efficacy of programmes based on Conductive Education for young children with cerebral palsy. Developmental medicine and child neurology 1998; 40 (11): 763-70
1	Studientyp nach Durchsicht <i>Zuordnung zu einem der folgenden Studientypen:</i>	Studie mit randomisierter, gematchter Vergleichsgruppe und einer nicht-randomisierten Vergleichsgruppe
2	Bezugsrahmen	Organisation durch eine Uni-Klinik in Australien; Auftraggeber: unklar; Finanzierung: durch öffentliche Forschungsgelder.
3	<i>(In der Studie formulierte)</i> Fragestellung der Studie	Vergleich der Wirksamkeit des CE-Programms mit traditionellen Programmen zur neurodevelopmentalen Förderung
Studienmethodik		
4	Ein- / Ausschluss-Kriterien	Kinder mit eindeutiger Diagnose von Infantiler Zerebralparese. Ausschlusskriterien: Schwere Schädigung des Sehens oder des Hörens.
5	Intervention: Petö-Therapie	Es waren „Australian CE-based programs“, die deutlich weniger intensiv waren als die Original-ungarischen Programme. Die Intensität in der Therapiegruppe und in der Kontrollgruppe war vergleichbar in der randomisierten Gruppe (CE: 75 Stunden / 2.8 hrs./wk vs. Control: 79,8 Stunden (2.9 hrs./wk)); aber unterschiedlich in der nicht-randomisierten Gruppe [CE: 86 Stunden (3.2 hrs./wk) vs. Control: 59 Stunden (2.2 hrs./wk.)].
6	Behandlung der Vergleichsgruppe(n)	Methoden und Techniken des Kontroll-Programms nicht näher beschrieben, aber in Tabelle II: allgemeine Unterschiede zwischen CE und Kontroll-Programm aufgeführt.
7	Therapeuten	Ausbildung / Qualifikation der CE-Konduktoren bzw. der Therapeuten der Kontrollgruppe ist nicht dargelegt.
8	Zahl der Zentren Vergleichbarkeit	Monozentrisch
9	Randomisierung Concealment	<i>Studie mit 2 Armen: randomisierter und nicht-randomisierter Arm.</i> Matching von 34 Kindern nach Alter, körperlichen und kognitiven Fähigkeiten Randomisierung mit Einverständnis der Eltern; andere Kinder (n=32) wurden außerhalb der Studie separat verfolgt. Verdeckte Randomisierung („concealed randomisation“) nicht angegeben.
10	Verblindung des Therapeuten bei der Erfolgskontrolle	Ja, aber Durchführung der Verblindung ist nicht beschrieben; es wurde eine „Erfolgskontrolle“ durchgeführt. 59 % der Auswerter ermittelten die Behandlungsgruppe des Kindes richtig; 22 % inkorrekt und 19 % waren sich nicht sicher.
11	Primäre Zielkriterien	<ul style="list-style-type: none"> – "Vulpe Assessment Battery" zur Messung von Entwicklungsvariablen, – Gross Motor Function Measure (GMFM), – Reynell Developmental Language Scale, – Kurzform des "Questionnaire on Ressources and Stress" – "Parenting Stress Index" – Zufriedenheit Die Kriterien scheinen plausibel, i. d. Regel Intermediärparameter, die

		Voraussetzung für klinisch relevante Parameter scheinen. Die Erfassung der Zielkriterien wurde mittels Videoaufnahmen incl. Analyse durch externe Bewerter durchgeführt sowie durch Fragebögen z. B. der Eltern. Soweit ersichtlich, handelt es sich um etablierte Instrumente, die zum großen Teil im Internet zugänglich sind. Explizite Hinweise auf die Validierung sind nicht gegeben.																																																																																		
12	Sekundäre Zielkriterien	Eine Einteilung in primäre und sekundäre Parameter wurde nicht berichtet.																																																																																		
13	Fallzahlplanung	Nicht ersichtlich																																																																																		
Ergebnisse																																																																																				
14	Zahl eingeschlossener / ausgewerteter Patienten	<p>69 Kinder erfüllten ursprünglich die Einschlusskriterien, 3 haben ihr Einverständnis zur Studie zurückgezogen: 41 Jungen, 25 Mädchen. Alter: 12-36 Monate; Ø –alter: 23 Monate) Art und Schweregrad der Zerebralparese wird in Tabelle 1; auch als ein Vergleich für die Qualität der Verteilung angegeben.</p> <p>Table I: Distribution of subjects according to diagnosis and cognitive ability</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Diagnosis</th> <th colspan="2">Randomized group</th> <th colspan="2">Non-randomized group</th> <th rowspan="2">Total</th> </tr> <tr> <th>CE</th> <th>Control</th> <th>CE</th> <th>Control</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Mild quadriplegia and cognitive impairment</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Moderate quadriplegia and normal intelligence</td> <td>5</td> <td>5</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>14</td> </tr> <tr> <td>Severe quadriplegia and normal intelligence</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>Severe quadriplegia and cognitive impairment</td> <td>4</td> <td>4</td> <td>7</td> <td>5</td> <td>20</td> </tr> <tr> <td>Mild diplegia and normal intelligence</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>0</td> <td>3</td> <td>7</td> </tr> <tr> <td>Mild diplegia and cognitive impairment</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Moderate diplegia and normal intelligence</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>Severe diplegia and normal intelligence</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Mild hemiplegia and normal intelligence</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Mild hemiplegia and cognitive impairment</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Ataxia</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Total</td> <td>17</td> <td>17</td> <td>15</td> <td>17</td> <td>66</td> </tr> </tbody> </table> <p>CE, Conductive Education. Zur Krankheitsgeschichte und früheren Behandlungen sowie zum Gesundheitsstatus zum Zeitpunkt der Studiendurchführung sind keine Informationen aufgeführt. Über Drop-Outs während der Studie wird nicht berichtet</p>	Diagnosis	Randomized group		Non-randomized group		Total	CE	Control	CE	Control	Mild quadriplegia and cognitive impairment	0	0	1	1	2	Moderate quadriplegia and normal intelligence	5	5	2	2	14	Severe quadriplegia and normal intelligence	1	1	2	2	6	Severe quadriplegia and cognitive impairment	4	4	7	5	20	Mild diplegia and normal intelligence	2	2	0	3	7	Mild diplegia and cognitive impairment	1	1	0	0	2	Moderate diplegia and normal intelligence	2	2	1	1	6	Severe diplegia and normal intelligence	1	1	0	1	3	Mild hemiplegia and normal intelligence	0	0	1	1	2	Mild hemiplegia and cognitive impairment	0	0	1	1	2	Ataxia	1	1	0	0	2	Total	17	17	15	17	66
Diagnosis	Randomized group			Non-randomized group		Total																																																																														
	CE	Control	CE	Control																																																																																
Mild quadriplegia and cognitive impairment	0	0	1	1	2																																																																															
Moderate quadriplegia and normal intelligence	5	5	2	2	14																																																																															
Severe quadriplegia and normal intelligence	1	1	2	2	6																																																																															
Severe quadriplegia and cognitive impairment	4	4	7	5	20																																																																															
Mild diplegia and normal intelligence	2	2	0	3	7																																																																															
Mild diplegia and cognitive impairment	1	1	0	0	2																																																																															
Moderate diplegia and normal intelligence	2	2	1	1	6																																																																															
Severe diplegia and normal intelligence	1	1	0	1	3																																																																															
Mild hemiplegia and normal intelligence	0	0	1	1	2																																																																															
Mild hemiplegia and cognitive impairment	0	0	1	1	2																																																																															
Ataxia	1	1	0	0	2																																																																															
Total	17	17	15	17	66																																																																															
15	Umgang mit Patientenverlusten in der Analyse	Nicht relevant; s. Punkt 14																																																																																		
16	Dauer der Intervention Nachbeobachtung	<ul style="list-style-type: none"> – Bestandsaufnahme, – dann Petö-Therapie für 6 Monate, – dann Erfolgskontrolle. Eine weitere Nachbeobachtung ist nicht erfolgt.																																																																																		
17	Vergleichbarkeit der Behandlungsgruppen	Durch das Matchingverfahren jenseits der Randomisierung wurde versucht, die Vergleichbarkeit der Gruppen zusätzlich zu verbessern. Eine Überprüfung der Vergleichbarkeit erfolgte durch Korrelation der Matches mit den verschiedenen Instrumenten; moderate Korrelationen beobachtet („r“ lag zwischen 0,4 und 0,6)																																																																																		
18	Intervention Ko-Interventionen	s. Punkt 5 Weitere Interventionen wurden nicht systematisch erfasst																																																																																		
19	Ergebnisse	Ergebnisse der mit Video aufgenommenen Variablen: Randomisierte Zuordnung: trotz allgemeiner Verbesserung in beiden Gruppen																																																																																		

wenig statistisch signifikante Verbesserungen in der CE-Gruppe (z. B. stat. sign. Unterschied bei kognitiver Funktion);
Nicht-randomisierte Zuordnung: Verbesserungen in beiden Gruppen; CE-Gruppe hatte signifikant geringeren Effekt auf kognitive Funktion; aber: Signifikante Verbesserung bzgl. der „Play“-Funktion.

Table III: Pre- and posttreatment mean scores on videotaped variables for randomly assigned and non-randomly assigned CE-based and control groups

Variable	Randomly assigned				Non-randomly assigned			
	CE-based N=17		Control N=17		CE-based N=13		Control N=13	
	Pre- (SD)	Post- (SD)	Pre- (SD)	Post- (SD)	Pre- (SD)	Post- (SD)	Pre- (SD)	Post- (SD)
Cognitive	8.13 (2.54)	7.54 (2.94)	6.36 (3.60)	6.51 (3.22)	6.10 (3.08)	6.39 (2.52)	8.44 (2.06)	7.45 (2.54)
Feeding	4.81 (2.55)	5.29 (2.95)	4.15 (2.59)	4.65 (3.63)	4.26 (2.53)	4.92 (3.30)	6.22 (2.47)	5.23 (2.79)
Play	5.03 (2.83)	5.87 (3.82)	4.69 (3.56)	5.14 (3.41)	5.26 (3.48)	5.85 (3.93)	6.80 (3.36)	4.38 (3.44)
Expressive language	0.92 (0.66)	1.41 (1.69)	1.52 (2.19)	2.64 (3.35)	1.35 (1.28)	2.08 (2.75)	0.84 (0.75)	1.13 (1.34)
Receptive language	4.16 (2.01)	4.78 (2.66)	4.44 (2.58)	5.90 (3.65)	5.04 (3.84)	5.59 (3.26)	5.55 (3.38)	5.88 (2.75)
Gross motor	6.68 (2.65)	6.29 (2.24)	6.13 (2.88)	5.76 (2.64)	6.19 (2.70)	6.20 (2.74)	7.36 (2.47)	6.54 (2.48)
Fine motor	5.25 (2.56)	5.13 (2.68)	4.88 (2.65)	5.47 (3.11)	5.57 (2.74)	5.39 (2.75)	5.98 (2.57)	5.23 (2.29)
Organizational behaviours	8.53 (3.48)	7.30 (3.54)	7.26 (3.38)	8.12 (3.94)	8.09 (3.54)	8.14 (2.72)	8.67 (3.02)	8.53 (3.41)

Ergebnisse der Therapeuten:

Randomisierte Zuordnung: Verbesserung in beiden Gruppen für viele Variablen; Überlegenheit für CE bzgl. „Feeding“ und „organisational behaviour“;
Nicht-randomisierte Zuordnung: Verbesserungen in beiden Gruppen; zusätzliche Überlegenheit bzgl. „expressive Language“.

Table IV: Mean caregiver ratings on VAB categories for the randomly assigned and non-randomly assigned CE-based and control groups at first and second assessments

Variable	Randomly assigned				Non-randomly assigned			
	CE-based N=17		Control N=17		CE-based N=13		Control N=13	
	Assessment 1 (SD)	Assessment 2 (SD)	Assessment 1 (SD)	Assessment 2 (SD)	Assessment 1 (SD)	Assessment 2 (SD)	Assessment 1 (SD)	Assessment 2 (SD)
Expressive language	4.08 (0.92)	5.05 (1.08)	4.09 (1.62)	4.79 (1.53)	4.59 (1.35)	5.41 (1.04)	3.99 (1.43)	4.73 (1.46)
Receptive language	5.01 (1.37)	6.05 (0.58)	4.99 (1.52)	5.83 (1.56)	5.14 (1.54)	6.00 (0.65)	5.41 (1.22)	5.78 (1.04)
Organizational behaviours	5.45 (0.60)	5.81 (0.69)	4.88 (1.03)	5.47 (0.90)	5.22 (0.88)	5.47 (0.55)	5.52 (0.89)	5.56 (0.76)
Dressing	3.20 (1.41)	4.72 (1.62)	3.09 (1.46)	3.69 (1.42)	3.95 (1.69)	4.60 (2.04)	3.77 (1.62)	4.29 (1.63)
Feeding	4.58 (1.23)	5.06 (0.89)	3.91 (1.07)	4.26 (0.93)	4.27 (1.13)	4.81 (1.71)	4.35 (1.11)	4.60 (1.07)
Grooming	3.31 (2.15)	4.19 (2.07)	3.35 (2.05)	4.12 (2.00)	3.15 (2.23)	5.00 (1.78)	3.92 (2.22)	4.23 (2.20)
Play	5.78 (1.18)	6.31 (0.75)	5.63 (1.45)	5.78 (1.12)	6.31 (0.76)	6.15 (0.75)	5.69 (1.20)	5.74 (1.11)
Social interaction	4.65 (0.85)	5.62 (0.79)	4.57 (1.18)	5.42 (0.99)	4.84 (1.27)	5.63 (0.80)	4.93 (0.94)	5.34 (1.18)
Toileting	3.14 (0.80)	3.69 (1.67)	2.02 (0.74)	3.62 (1.22)	3.29 (1.84)	3.32 (1.97)	2.66 (1.34)	3.32 (1.70)

VAB, Vulpe Assessment Battery.

Gross Motor Function Measure (GMFM):

Assessment nur in Untergruppe von 41 Patienten (Instrument erst später eingesetzt); Fortschritte in beiden Gruppen; kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen;
In der nicht-randomisierten Gruppe deutliche Schrägverteilung der Ausgangswerte zwischen den Gruppen; Interaktions-Analyse zeigt größere Verbesserung in der Kontroll-Gruppe.

		Table V: Mean scores pre- and posttreatment for the randomly assigned and non-randomly assigned CE-based and control children for the GMFM							
		Randomly assigned				Non-randomly assigned			
		CE-based N=9		Control N=13		CE-based N=8		Control N=11	
		Pre- (SD)	Post- (SD)	Pre- (SD)	Post- (SD)	Pre- (SD)	Post- (SD)	Pre- (SD)	Post- (SD)
		76.04 (21.56)	76.48 (17.68)	62.75 (27.55)	65.78 (29.02)	67.15 (17.65)	68.14 (15.14)	70.22 (12.95)	80.57 (13.00)
		35.54 (21.80)	46.48 (18.96)	26.39 (19.22)	41.03 (27.14)	38.55 (26.85)	40.61 (30.26)	54.54 (22.44)	72.43 (26.46)
		13.22 (21.79)	29.10 (50.51)	7.52 (11.24)	23.26 (28.08)	19.95 (27.21)	22.63 (27.79)	46.10 (28.93)	53.25 (26.15)
		3.99 (7.49)	10.82 (8.37)	2.77 (3.84)	8.48 (8.46)	8.03 (15.85)	9.94 (19.06)	19.58 (15.52)	37.29 (26.98)
		2.17 (3.81)	3.10 (4.55)	2.36 (4.67)	4.61 (6.49)	2.61 (5.33)	3.66 (5.66)	9.46 (7.19)	16.93 (15.88)
		26.18 (12.71)	33.20 (15.82)	20.35 (11.82)	28.66 (17.83)	27.25 (15.78)	29.00 (16.66)	39.98 (14.85)	52.11 (18.77)
20	Unerwünschte Therapiewirkung	nicht berichtet							
Schlussfolgerungen									
21	Fazit der Autoren	„Kein Hinweis, dass es zwischen den Australischen CE-Programmen und den konventionellen Physio-Programmen einen Unterschied in der Wirksamkeit gibt.“							
22	Evidenz-Einstufung (gemäß BUB-Richtlinien)	I Evidenz aus einer Teil-Studie mit einer randomisierten, kontrollierten Gruppe. IIa Evidenz aus einer Teil-Studie mit der nicht-randomisierten Gruppe.							
23	Abschließende Bewertung durch den Bearbeiter	<ul style="list-style-type: none"> – Darstellung der Patienten-Rekrutierung mit einigen Unklarheiten – Beschreibung der Petö- und der Kontrollgruppe ist ausreichend, hätte in einigen Punkten etwas detaillierter sein können – Beschreibung des Studienkontextes ist ausreichend, etwas mehr Details wären hilfreich gewesen – Beschreibung der Petö- und der Vergleichsintervention nicht ausreichend – die eingesetzten statistischen Methoden wurden beschrieben – Darstellung der Ergebnismessung gut <p>Limitationen der Studie:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Kleines Heterogenes Kollektiv; relativ kurze Beobachtungsdauer (6 Monate); – Studie war nicht als Äquivalenzstudie angelegt, von daher die Schlussfolgerung der Autoren bzgl. der Gleichwertigkeit nicht zulässig (erst recht nicht bei der wesentlich höheren Patientenzahl für eine Äquivalenzstudie); – Angesichts der Schwierigkeiten, bei dieser Erkrankung und mit dieser Intervention eine randomisierte Studie durchzuführen, weist die Studie ein hohes methodisches Niveau auf. <p>Hinsichtlich der Übertragbarkeit der Intervention auf deutsche Verhältnisse käme die modifizierte Vorgehensweise, insbesondere mit der geringen Stundenzahl zur Intervention und Anleitung, der in Deutschland "üblichen" Intensität einer Heilmittelversorgung relativ nahe.</p> <p>Eine Äquivalenz der hier gewählten, vergleichsweise niederschweligen Petö-Behandlung mit anderen Heilmitteln (Maßnahmen der Physikalischen Therapie, wie vor allem Krankengymnastik oder auch Maßnahmen der Ergotherapie) lässt sich, wie schon dargelegt, nicht aus der Studie ableiten.</p>							

Allgemeine Angaben		
	Quelle	Blank R, von Voss H. Konduktive Förderung nach Petö - Evaluation einer alltags- und aufgabenorientierten Therapie bei Kindern mit Zerebralpareesen im Kindergarten- und Vorschulalter. Aachen: Shaker.2002
1	Studientyp	Vorher-Nachher-Vergleich
2	Bezugsrahmen	Behandlung von Kindern mit unterschiedlichen Ausprägungen der Zerebralparese im Kindergarten und Vorschulalter unter Berücksichtigung eines speziellen Settings (dreimalige Blocktherapie innerhalb von 21 Monaten).
3	<i>In der Studie formulierte Fragestellung der Studie</i>	<p>Das Projekt sollte klären:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Wie kann die Therapiemethode aus rehabilitativer Sicht charakterisiert werden? 2. Können die konduktive Förderung nach Petö oder wesentliche Anteile des Konzeptes als medizinische Leistung angesehen werden? 3. Welche Auswirkung hat die konduktive Förderung nach Petö im fein- und grobmotorischen, psychologischen, orthopädischen Bereich sowie im Hinblick auf die Fertigkeiten im Alltag? 4. Welche Indikationskriterien gibt es? 5. Mit welchen Nebenwirkungen ist zu rechnen? 6. Welche Prädiktoren für den Behandlungserfolg gibt es, d. h. welche Gruppe von Kindern profitiert am besten? <p>Das Studiendesign erlaube lediglich die Beurteilung des Effekts der Konduktiven Förderung in Intensivblöcken im Vergleich zu einer Therapiepause bzw. einem unspezifischen Effekt mit einer „low level Therapie“. Signifikanzniveau des Vergleichs wird mit $\alpha = 0,05$ festgelegt.</p>
Studienmethodik		
4	Ein- / Ausschluss-Kriterien	<p><u>Einschlusskriterien:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Alter: 3 Jahre bis 5 Jahre und 11 Monate - Intelligenz: IQ > 60 - Möglichst reine Formen der spastischen, athetotischen, ataktischen Dysparese, spastische Hemiparese. <p><u>Ausschlusskriterien:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Behandlungsbedürftige Verhaltensstörung - Progrediente neurologische Erkrankungen - Geistige Behinderung mit IQ < 60 - Schwere sensorische Störung (Blindheit, Taubheit) - Hüftdysplasie mit Überdachungsdefizit > 33 % nach Reimers <p><u>Abbruchkriterien:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - objektivierbare deutliche Verschlechterung des Ausgangsbefundes - neuauftretende neurologische oder psychische Störungen - Rücknahme der Einverständniserklärung zur Förderung / Therapie - notwendige Gabe einer unerlaubten Begleittherapie - „non-compliance“ (mangelhafte Mitarbeit) - Neuauftreten eines der festgelegten Ausschlusskriterien (z. B. degenerative Störung) <p>Ankündigung des Projektes durch Krankenkassen und über den Verein „Fortschritt“. Eltern nahmen Kontakt mit der Studienleitung auf und erhielten einen Erhebungsbogen. Nach einer Vorauswahl wurden möglicherweise geeignete Probanden zur Eingangsuntersuchung einbestellt.</p>

5	Intervention: Petö-Therapie	<p>Die Intervention erstreckte sich pro Proband über 21 Monate:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Monat 1 bis 4: allgemeine Förderung (A1) – Monat 5: <i>erster Intensivblock</i> – Monat 6 bis 8: allgemeine Förderung plus häusliche Umsetzung der konduktiven Förderung (B1) – Monat 9: <i>zweiter Intensivblock</i> – Monat 10 bis 12: allgemeine Förderung plus häusliche Umsetzung der konduktiven Förderung (B2) – Monat 13: <i>dritter Intensivblock</i> – Monat 14 bis 17: allgemeine Förderung (A2) – Monat 18 bis 21: allgemeine Förderung plus eventuell individuell verordnete Therapie (C) <p>In den Intensivblöcken erfolgt eine Therapie von 8.00 bis 16.00 Uhr, Mittagsruhe von 12.40 bis 14.00 Uhr.</p> <p>Während des gesamten Projektes war eine zusätzliche Grundförderung gestattet (bis 1 Stunde pro Woche); z. B. Hippotherapie, Schwimmen, Frühförderung, Ergotherapie, Bobath-Therapie. Weiter waren erlaubt Logopädie, Förderung nach Castillo-Morales, Tomatis, Pörnbacher, Psychotherapie.</p>
6	Behandlung der Vergleichsgruppe(n)	Keine Vergleichsgruppe
7	Therapeuten	<ol style="list-style-type: none"> 1. Petö-Konduktorinnen aus dem Petö-Institut in Ungarn 2. Elternanleitung
8	Zahl der Zentren	1
9	Randomisierung Concealment	Ursprünglich war eine randomisierte Studie geplant. Sie konnte jedoch wegen der Eltern Erwartungen und den Erwartungen der Auftraggeber nicht realisiert werden. Deshalb wurde nur untersucht, ob sich während der drei Intensivblöcke Behandlungsfortschritte erzielen ließen.
10	Verblindung des Therapeuten bei der Erfolgskontrolle	Fortbewegungsstudien wurden mittels Video dokumentiert. Die Beurteilung zum letzten Untersuchungszeitpunkt erfolgte durch Auswerter, die die Kinder nicht kannten. Ansonsten ist eine Verblindung der Auswerter nicht ersichtlich.
11	Primäre Zielkriterien	<p>Fähigkeit zur Lokomotion und Aufrichtung</p> <ul style="list-style-type: none"> – Lokomotionsscore – Asymmetrieindex
12	Sekundäre Zielkriterien	<p><i>Nebenzielparameter:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Handmotorische Fähigkeiten – Kraft-Bewegungskoordination – Bewegungsökonomie und –präzision – Werkzeuggebrauch – Psychosoziale Funktionen – Gesamtscore Parention Stress Index (PSI) – Orthopädische Parameter – Hüftgelenksmobilität – Mobilität im Knie- und oberen Sprunggelenk <p><i>weitere Outcomevariable</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Aktivitäten des täglichen Lebens – Verhaltensauffälligkeiten – Sprachleistungen – Gedächtnisleistungen – Wahrnehmungsleistungen – Orthopädische Parameter: – Kyphosierung und Seitabweichung der Wirbelsäule – Rumpfhaltung

		<ul style="list-style-type: none"> – passive Beweglichkeit der oberen Extremitäten – röntgenologische Parameter – Grobmotorik-Score – Handmotorik (Bewegungsanalyse, Kraftdynamik) – Neurophysiologie – kinesiologisches EMG <p>Die Zielkriterien wurden 7x im Verlauf von 21 Monaten erhoben, einige Kriterien wurden nur 2 oder 3x erhoben (z. B. Röntgen, psychologische Untersuchungen, Elektromyographie)</p>																																	
13	Fallzahlplanung	Keine Fallzahlplanung, es wurde eine Fallzahl von 70 Kindern angestrebt. Begründet wurde dies mit der Gesamtlaufzeit der Studie von max. 4 Jahren, räumlichen Kapazitäten und organisatorischen Gründen.																																	
Ergebnisse																																			
14	Zahl eingeschlossener / ausgewerteter Patienten	<p>n = 67 Kindern wurden in die Studie eingeschlossen (41 männlich mit Durchschnittsalter von 53 Monaten, 26 weiblich mit Durchschnittsalter von 49 Monaten)</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>Altersgruppe 2 Jahre</td><td>n = 3</td><td>4,5 %</td></tr> <tr><td>Altersgruppe 3 Jahre</td><td>n = 20</td><td>29,9 %</td></tr> <tr><td>Altersgruppe 4 Jahre</td><td>n = 30</td><td>44,8 %</td></tr> <tr><td>Altersgruppe 5 Jahre</td><td>n = 12</td><td>17,9 %</td></tr> <tr><td>Altersgruppe 6 Jahre</td><td>n = 2</td><td>3,0 %</td></tr> </table> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>Tribetonte Tetraparese</td><td>n = 13</td><td>19,40 %</td></tr> <tr><td>Beinbetonte Tetraparese</td><td>n = 28</td><td>41,79 %</td></tr> <tr><td>Seitenbetonte Tetraparese</td><td>n = 18</td><td>26,87 %</td></tr> <tr><td>Hemiparese</td><td>n = 3</td><td>4,48 %</td></tr> <tr><td>Dyskinetische CP</td><td>n = 2</td><td>2,99 %</td></tr> <tr><td>Zerebelläre CP</td><td>n = 3</td><td>4,48 %</td></tr> </table> <p>Es wurden zwei Auswertungen durchgeführt:</p> <ul style="list-style-type: none"> – per-protocol Analyse (nur Kinder, die bis zur 6. Untersuchung die Studie prüfplankonform durchführten) – Intention-to-treat-Analyse (alle Daten ausgewertet, außer Kinder, die schon die 2. Untersuchung nicht durchführten oder Kinder, die auch in den Therapiepausen Petö extern durchführten). 	Altersgruppe 2 Jahre	n = 3	4,5 %	Altersgruppe 3 Jahre	n = 20	29,9 %	Altersgruppe 4 Jahre	n = 30	44,8 %	Altersgruppe 5 Jahre	n = 12	17,9 %	Altersgruppe 6 Jahre	n = 2	3,0 %	Tribetonte Tetraparese	n = 13	19,40 %	Beinbetonte Tetraparese	n = 28	41,79 %	Seitenbetonte Tetraparese	n = 18	26,87 %	Hemiparese	n = 3	4,48 %	Dyskinetische CP	n = 2	2,99 %	Zerebelläre CP	n = 3	4,48 %
Altersgruppe 2 Jahre	n = 3	4,5 %																																	
Altersgruppe 3 Jahre	n = 20	29,9 %																																	
Altersgruppe 4 Jahre	n = 30	44,8 %																																	
Altersgruppe 5 Jahre	n = 12	17,9 %																																	
Altersgruppe 6 Jahre	n = 2	3,0 %																																	
Tribetonte Tetraparese	n = 13	19,40 %																																	
Beinbetonte Tetraparese	n = 28	41,79 %																																	
Seitenbetonte Tetraparese	n = 18	26,87 %																																	
Hemiparese	n = 3	4,48 %																																	
Dyskinetische CP	n = 2	2,99 %																																	
Zerebelläre CP	n = 3	4,48 %																																	
15	Umgang mit Patientenverlusten in der Analyse	<p>67 Kindern wurden in die Studie eingeschlossen:</p> <ul style="list-style-type: none"> – n = 61 ohne Protokollverletzung – n = 1 Kind brach die Therapie während der ersten Therapiepause ab, – n = 1 Kind während der zweiten Therapiepause, – n = 3 Kindern begannen die Therapie überhaupt nicht, – n = 1 Kind brach die Therapie im dritten Therapieblock ab. 																																	
16	Dauer der Intervention der Nachbeobachtung	<p>Gesamtstudiendauer pro Proband 21 Monate</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;">Eingangsuntersuchung</td></tr> <tr><td>Monat 1 bis 4:</td><td>allgemeine Förderung</td></tr> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;">Zwischenuntersuchung</td></tr> <tr><td>Monat 5:</td><td>erster Intensivblock</td></tr> <tr><td>Monat 6 bis 8:</td><td>allgemeine Förderung plus häusliche Umsetzung der konduktiven Förderung</td></tr> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;">Zwischenuntersuchung</td></tr> </table>	Eingangsuntersuchung		Monat 1 bis 4:	allgemeine Förderung	Zwischenuntersuchung		Monat 5:	erster Intensivblock	Monat 6 bis 8:	allgemeine Förderung plus häusliche Umsetzung der konduktiven Förderung	Zwischenuntersuchung																						
Eingangsuntersuchung																																			
Monat 1 bis 4:	allgemeine Förderung																																		
Zwischenuntersuchung																																			
Monat 5:	erster Intensivblock																																		
Monat 6 bis 8:	allgemeine Förderung plus häusliche Umsetzung der konduktiven Förderung																																		
Zwischenuntersuchung																																			

		<table border="1"> <tr> <td>Monat 9:</td> <td><i>zweiter Intensivblock</i></td> </tr> <tr> <td>Monat 10 bis 12:</td> <td>allgemeine Förderung plus häusliche Umsetzung der konduktiven Förderung</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">Zwischenuntersuchung</td> </tr> <tr> <td>Monat 13:</td> <td><i>dritter Intensivblock</i></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">Zwischenuntersuchung</td> </tr> <tr> <td>Monat 14 bis 17:</td> <td>allgemeine Förderung</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">Zwischenuntersuchung</td> </tr> <tr> <td>Monat 18 bis 21:</td> <td>allgemeine Förderung plus eventuell individuell verordnete Therapie*</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">Abschlussuntersuchung</td> </tr> </table> <p>* was unter der „individuell verordneten Therapie“ alles verordnet werden konnte, wurde nicht eingehend dargelegt. Möglich ist, dass die Probanden sehr unterschiedlich ausgerichtete Behandlungen (Anzahl und Intensität) erhalten haben. Hierzu wurde ausgeführt: „Diese Therapieempfehlung umfasste die herkömmliche Förderung plus intensive Vojta-Therapie (mind. 2x / Monat durch Therapeuten, 2x / Tag durch die Eltern) oder plus intensivierete Bobath / Ergotherapie (mind. 2x / Woche durch die Therapeuten und Elternanleitung) oder nochmals Konduktive Förderung nach Petö (weiterer Intensivblock über vier Wochen)“.</p>	Monat 9:	<i>zweiter Intensivblock</i>	Monat 10 bis 12:	allgemeine Förderung plus häusliche Umsetzung der konduktiven Förderung	Zwischenuntersuchung		Monat 13:	<i>dritter Intensivblock</i>	Zwischenuntersuchung		Monat 14 bis 17:	allgemeine Förderung	Zwischenuntersuchung		Monat 18 bis 21:	allgemeine Förderung plus eventuell individuell verordnete Therapie*	Abschlussuntersuchung	
Monat 9:	<i>zweiter Intensivblock</i>																			
Monat 10 bis 12:	allgemeine Förderung plus häusliche Umsetzung der konduktiven Förderung																			
Zwischenuntersuchung																				
Monat 13:	<i>dritter Intensivblock</i>																			
Zwischenuntersuchung																				
Monat 14 bis 17:	allgemeine Förderung																			
Zwischenuntersuchung																				
Monat 18 bis 21:	allgemeine Förderung plus eventuell individuell verordnete Therapie*																			
Abschlussuntersuchung																				
17	Vergleichbarkeit der Behandlungsgruppen	entfällt																		
18	Intervention Ko-Interventionen	<p>1. Petö-Behandlung</p> <p>2. allgemeine Förderung und individuelle Förderung</p> <p>Zum Teil wurden die Interventionen parallel durchgeführt.</p>																		
19	Ergebnisse	<p>Die Anzahl der Anträge auf Teilnahme an der Studie wurde nicht benannt. Ausgewählt für die Studie wurden schließlich 67 Kinder, 6 Kinder schieden aus der Studie aus.</p> <p><i>Hauptzielkriterien Fähigkeit zur Lokomotion und Aufrichtung:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – der funktionelle Gesamtscore zeigte keine Veränderungen zwischen Therapiephasen und Pausen, nach dem 3. Intensivblock gab es allerdings „deutliche“ Verbesserungen – der pathophysiologische Score zeigte insgesamt keine Veränderungen – der Asymmetrie-Index zeigt insgesamt eine Verringerung der Asymmetrie <p><i>Nebenzielkriterien:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – die koordinativen Handfunktionen verbesserten sich unter konduktiver Förderung, die elementaren Handfunktionen zeigten keine Veränderungen unter der Therapie, – im Parental Stress Index (PSI) fanden sich keine signifikanten Änderungen, – funktionell orthopädisch zeigten sich in den Therapiephasen günstige Wirkungen im Bereich der unteren Extremität, an der Wirbelsäule zeigte sich eine Verschlechterung der Seitabweichung, – im Röntgen zeigte sich auf der neurologisch stärker betroffenen Seite eine Verschlechterung (Dezentrierung der Hüfte) <p><i>weitere Outcomeparameter:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – soziale Kompetenz- und Verhaltensauffälligkeiten zeigten keine signifikanten Veränderungen – das Imitationsverhalten im sprachlichen Bereich verbesserte sich, die grammatikalischen Strukturen verschlechterten sich – leichte Verbesserung im Kurzzeitgedächtnis 																		

		<ul style="list-style-type: none"> – visuomotorische Leistungen veränderten sich nicht – der Grobmotorik-Score verbesserte sich unter Therapie auf der stärker betroffenen Seite, nicht auf der schwächer betroffenen Seite, der Feinmotorik-Score verbesserte sich beidseits, – die Aktivitäten des täglichen Lebens verbesserten sich nach Elternangaben, vor allem bei der Mobilität.
20	Unerwünschte Therapiewirkung	siehe oben
Schlussfolgerungen		
21	Fazit der Autoren	Die vorliegende Studie zeigt Vor- und Nachteile der Konduktiven Förderung. Ein „Allmachtsanspruch“ ist bei weitem nicht gerechtfertigt. Im Einzelfall müsse entschieden werden, ob, wie lange und in welcher Intensität Konduktive Förderung sinnvoll erscheint. Der noch nicht eindeutig belegte langfristige therapeutische Nutzen und etwaige zu beachtende Nebenwirkungen der Konduktiven Förderung erfordern dringend die regelmäßige, sorgfältige Begleitung und Beobachtung, vor allem durch entsprechend erfahrene Kinderärzte und Kinderorthopäden. Andere Professionen wie Psychologen und Physiotherapeuten sollten hinzugezogen werden. Sozialpädiatrische Zentren könnten Referenzzentren darstellen, in denen mehrdimensionale, interdisziplinär und multiprofessionell arbeitende Teams vorgehalten werden. Eine weitere kritische wissenschaftliche Evaluation der Konduktiven Förderung bei kindlicher CP ist absolut notwendig.
22	Evidenz-Einstufung	IIc
23	Abschließende Bewertung durch den Bearbeiter	<p>Bewertung der Kernfragen:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Darstellung der Patienten-Rekrutierung: Die Patientenrekrutierung ist trotz des umfassenden Berichtes nicht ausführlich dargestellt. – Angemess. Beschreibung der Petö- und der Kontrollgruppe: Die Interventionsgruppe ist eingehend dargestellt (Alter, Schädigungen, Vortherapie, sozialer Status) – Angemess. Beschreibung des Studienkontextes : Studie auf Veranlassung eines Krankenkassenverbandes; Bedingungen wurden dargelegt – Beschreibung der Petö- und der Vergleichsintervention: Es wurde ein Vorher-Nachher-Vergleich durchgeführt. Dabei wurden die Therapiefortschritte zwischen einer „low level“ Behandlung am Wohnort und einer dreimalig durchgeführten intensiven Konduktiven Therapie gemessen. Die konkrete durchgeführte Konduktive Therapie ist nur ansatzweise beschrieben. Weiter bestand die Möglichkeit, in der Phase C die Therapie sehr unterschiedlich anzulegen. – Beschreibung der eingesetzten statistischen Methoden: Die Methodik wurde dargelegt und begründet. – Darstellung der Ergebnismessung: Die Ergebnisse sind im Text zusammengefasst, ein umfangreicher Abbildungs- und Tabellentheil ist als Anlage beigefügt; trotzdem bleibt die Präsentation der Ergebnisse zum Teil verwirrend. <p>Als wesentliches Ergebnis bleibt festzustellen, dass ein Nutzen einer dreimalig in 21 Monaten durchgeführten Konduktiven Förderung als Blocktherapie selbst bei einer besonders geeigneten selektionierten Gruppe nicht nachgewiesen ist. Ob gewisse „Teilerfolge“ von Nutzen sind, bleibt unklar, da die Veränderung auch durch andere Maßnahmen erzielt werden könnte und die Veränderung während der Therapiephasen auch anders als durch die konduktive Förderung möglich ist (Gruppeneffekt?).</p> <p>Die Schlussfolgerungen der Autoren sind nachvollziehbar, auch wenn die Ergebnisse der Konduktiven Therapie überbewertet erscheinen. Die Autoren stellen aber fest, dass der therapeutische Nutzen der Konduktiven Förderung</p>

		<p>nicht belegt ist. Eine Empfehlung zur Einführung der Konduktiven Förderung als Heilmittel wurde nicht gegeben.</p> <p>Aus dem Bericht lassen sich auch keine Ansätze für den Einsatz der Konduktiven Förderung als „Blocktherapie“ im Sinne einer Rehabilitations-Maßnahme ableiten. Der Nutzen einer blockweise durchgeführten Konduktiven Therapie lässt sich letztendlich nur durch prospektive kontrollierte Studien nachweisen.</p>
--	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

11.9.1.3 Weitere Auswertungen

Allgemeine Angaben		
	Quelle	Tatlow A. Konduktive Bewegungspädagogik (Petö-System) für zerebralparetische Kinder. Krankengymnastik 1990; 42 (9): 1001-1012
1	Studientyp	keine Studie: Übersichtsartikel zur konduktiven Bewegungspädagogik (Petö-System)
19	Ergebnisse	<p>Auf der Basis persönlicher Erfahrungen sowie von Kongress- und Seminarteilnahmen werden die Entwicklung und die Inhalte des Behandlungssystems mit seinen verschiedenen Elementen dargestellt. Durchgehend wird von der „Bewegungspädagogik“ gesprochen. Die Methode sei erforderlich bei Personen mit:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Zerebralparese, – Spina bifida, – Hemiplegie, – M. Parkinson und – multipler Sklerose. <p>Das Petö-System verknüpfe mit großer Systematik Therapie und Pädagogik (Vernetzung des täglichen Lebens mit Therapie und Pädagogik). Zerebralparetische Kinder würden an Lernstörungen leiden, die durch geeignete pädagogisch-therapeutische Vernetzungen aufgehoben werden sollen.</p> <p>Folgende Aspekte seien wichtig:</p> <ul style="list-style-type: none"> – das hilflose und verängstigte Kind stehe im Mittelpunkt, – die Konduktorin sei Lehrerin, Therapeutin und Bezugsperson zugleich, die dem Kind ein Maximum an Lernmöglichkeiten zu bieten habe, – die Behandlungsräume müssen für die Gruppentherapie geeignet sein, – die Gruppenbehandlung sei ab einem Alter von 4 Jahren nötig, einige Elemente bedürften aber einer individuellen Anleitung, so dass Einzel- und Gruppenarbeit kombiniert werden sollten, – die Bewegungsqualität werde über Fazilitationen, pädagogische Anregungen, Tätigkeitsserien und Aktivitäten des täglichen Lebens verbessert, – aktivierende Möbel (z. B. Sprossenstuhl, Lattenpritsche) wirken selbstkorrigierend, verhelfen den Kindern zum Sitzen, Stehen, Gehen, Laufen, Spielen und Aktivitäten des täglichen Lebens, sie ermöglichen die Übernahme von Eigenverantwortung, – die Sprache verknüpfe alle Elemente der Bewegungspädagogik miteinander und mache sie dynamisch, – Tätigkeiten des normalen täglichen Lebens werden zunächst in Einzelschritte zerlegt und dann zu Tätigkeitsserien zusammengefügt, die verbal unterstützt rhythmisch ausgeführt werden, – hinsichtlich der Fazilitationen (Bahnung zentralnervöser Aktivitäten) werden pädagogische, manuelle, physische, Umwelt- und psychologische Elemente unterschieden, die so unauffällig wie möglich unterstützend eingesetzt werden sollen, – der Tagesablauf solle auf die Bedürfnisse der Kinder abgestimmt sein und müsse nach inhaltlichen, räumlichen und zeitlichen Gesichtspunkten strukturiert sein, Tätigkeitsserien müssten sich mit Spieltätigkeiten abwechseln und es müsse ausreichend Zeit für Alltagshandlungen vorhanden sein.

Schlussfolgerungen		
21	Fazit der Autoren	Die Bewegungspädagogik werde für neurologisch behinderte Kinder und Erwachsene mit großartigen Resultaten praktiziert. Die konduktive Bewegungspädagogik stelle eine dramatische und vielversprechende Wende in der Rehabilitation dar.
22	Evidenz-Einstufung	III
23	Abschließende Bewertung durch den Bearbeiter	Zur Bewertung des therapeutischen Nutzens der Petö-Methode als Heilmittel nach § 32 SGB V enthält die Publikation keine geeigneten Daten.

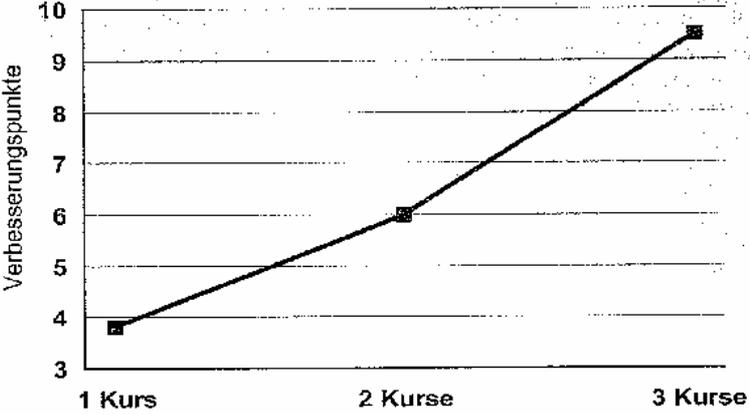
Allgemeine Angaben		
	Quelle	Weber KS. Erfahrungen mit Konduktiver Frühförderung im Forschungs- und Entwicklungsprojekt seit 1990 aus pädagogischer Sicht. Frühförderung interdisziplinär 1996; 15 (2): 59-66
1	Studientyp nach Durchsicht	keine Studie
19	Ergebnisse	<p>Unter Bezugnahme auf die publizierten Daten des Modellversuchs :</p> <p><i>Weber K , Rochel M</i></p> <p><i>Medizinische Rehabilitation zerebralgeschädigter Kinder im Alter von 3-7 Jahren durch Konduktive Förderung. Komplexes und interdisziplinäres Zusammenführen von Entwicklungs- und Lern- und Erziehungsprozessen.</i></p> <p><i>Forschungsbericht (1992) (224, Sozialforschung) Konduktive Förderung für cerebral geschädigte Kinder. Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung.</i></p> <p>[Anmerkung: Auswertung siehe bei Weber et al.]</p> <p>werden folgende Aspekte zusammenfassend erläutert:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Bedingungen Konduktiver Förderung mit Aussagen zur Zielgruppe, zu Konduktorinnen und zu äußeren Bedingungen, – Prozesse Konduktiver Förderung mit Darlegung der Programme und Programminhalten, – Theoretische Grundlagen. <p>Im Kapitel „Diskussion und Ausblick“ wird erläutert, das die ungarische Version des Konduktiven Fördersystems als Kopie in westeuropäischen Behindertensystemen scheitert. Strukturen, Prinzipien und die interdisziplinäre Arbeitsweise könnten aufgegriffen werden. Unwissenheit und Unverständnis über die komplizierten inhaltlichen Strukturen hätten zu „geradezu abenteuerlichen Entwicklungen“ geführt. Konduktive Förderung könne nur erfolgreich wirken, wenn der Rehabilitationsprozess lang und intensiv (1 bis 4 Jahre) durchgeführt werde. Die Arbeit könne nur in einschlägigen Zentren (KNZ, SPZ, FFZ) geleistet werden. Konduktorinnen könnten sich nicht „niederlassen“ bzw. singular wirken. Auch die Entstehung sog. „Sommercamps“ zeige, dass das komplizierte Konduktive System an der Basis nicht verstanden worden sei („Sog. Sommercamps sind als erlebnispädagogische Freizeitmaßnahmen einzustufen ...“). Eine drei bis viermal drei Wochen pro Jahr durchgeführte Fördermaßnahme sei nicht genug.</p>
20	Unerwünschte Therapiewirkung	nicht berichtet
Schlussfolgerungen		
21	Fazit der Autoren	siehe oben

22	Evidenz-Einstufung (gemäß BUB-Richtlinien)	III: Meinungen anerkannter Experten
23	Abschließende Bewertung durch den Bearbeiter, dabei sind folgende Punkte zu berücksichtigen:	<p>Die Publikation berichtet nicht über Ergebnisse der Konduktiven Förderung. Vorgestellt werden Eckpunkte zur Konduktiven Förderung. Diskutiert werden die Bedingungen einer Implementierung des Systems der Konduktiven Förderung in westeuropäischen Staaten, besonders Deutschland.</p> <p>Wissenschaftlich belegte Aussagen zum therapeutischen Nutzen der Konduktiven Förderung lassen sich aus dem Artikel nicht gewinnen.</p>

Allgemeine Angaben										
	Quelle	Maurer U. Ursachen der Zerebralparese und klassische Behandlungsmöglichkeiten. Wiener Medizinische Wochenschrift 2002; 152 (1-2): 14-8								
1	Studientyp	keine Studie: Übersichtsartikel zu Ursachen und Behandlungsprinzipien der Zerebralparese								
19	Ergebnisse	<p>Zur Prävalenz werden Daten des Zerebralpareseregisters in Europa präsentiert: Danach beträgt die Prävalenz in der Gesamtpopulation 2-3 auf 1000 Lebendgeborene in Europa. Es werden auch differenzierte Daten zur Inzidenz angegeben:</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th>Geburtsgewicht</th> <th>Inzidenz</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ab 2500 g</td> <td>0,1 %</td> </tr> <tr> <td>1500 bis 2500 g</td> <td>0,7 bis 1,4 %</td> </tr> <tr> <td>unter 1500 g</td> <td>6 bis 10 %</td> </tr> </tbody> </table> <p>Die klinische Problematik liege auf mehreren Ebenen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - das muskuläre Problem (spastische Muster mit erhöhtem Streckertonus) führe zu Bewegungsstörungen (sowohl in der Planung als auch der Ausführung), - aufgrund von Wahrnehmungsstörungen (Schädigung der sensiblen und motorischen Funktionen) sei die Wahrnehmung der gestörten Extremität herabgesetzt, - der frühzeitige Verlust von Freude an der Bewegung führe zu einem Verlust von Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten und Möglichkeiten; die Übernahme der Handlungen durch die Mutter führe zu einer symbiotischen Verschmelzung mit der Mutter, die schließlich die soziale Integration erschwere. <p>Die Darstellung der verschiedenen Therapiekonzepte (Bobath-Konzept, Vojta-Konzept, Hippotherapie, Kraniosakral-Therapie, Castillo-Morales-Therapie, Petö-Therapie, sensorische Integration, Therapie nach Affolter und Frostig) erfolgt ohne Bewertung der einzelnen Methoden, Konzepte oder Techniken.</p>	Geburtsgewicht	Inzidenz	ab 2500 g	0,1 %	1500 bis 2500 g	0,7 bis 1,4 %	unter 1500 g	6 bis 10 %
Geburtsgewicht	Inzidenz									
ab 2500 g	0,1 %									
1500 bis 2500 g	0,7 bis 1,4 %									
unter 1500 g	6 bis 10 %									
Schlussfolgerungen										
21	Fazit der Autoren	Erfreulich sei, dass heute nicht mehr nach einzelnen Therapiekonzepten gearbeitet werde, sondern eine Kombination verschiedener Therapiekonzepte erbringe einen Vorteil für das Kind.								
22	Evidenz-Einstufung	III								
23	Abschließende Bewertung durch den Bearbeiter	Der Übersichtsartikel kann zur Bewertung des therapeutischen Nutzens der Petö-Methode als Heilmittel nach § 32 SGB V nur wenig beitragen. Betont wird jedoch, dass nicht ein einziges Therapiekonzept nötig sei, sondern der sinnvolle und aufeinander abgestimmte Einsatz der jeweils erforderlichen Einzeltechniken könne für das betroffene Kind Vorteile bringen. Auf Evaluationsstudien zur Petö-Methode wird nicht verwiesen.								

Allgemeine Angaben		
	Quelle	Bein-Wierzbinski W, Weichert W. Konduktive Förderung. Eine Untersuchung zum Erwerb grob- und feinmotorischer Fertigkeiten bei zerebralparetischen Kindern. Zeitschrift für Heilpädagogik 2002; 53 (1): 18-25
1	Studientyp nach Durchsicht <i>Zuordnung zu einem der folgenden Studientypen:</i>	2 Fallserien im Sinne eines Vorher-Nachher-Vergleiches bei Kindergarten- und Schulkindern
2	Bezugsrahmen	Durchgeführt im Institut Schritt für Schritt in Hamburg.
3	<i>(In der Studie formulierte)</i> Fragestellung der Studie	Feststellung der Ausgangslage und der Entwicklung eines Kindes bezüglich seiner grob- und feinmotorischen Fähigkeiten und Fertigkeiten und damit einhergehend die Bewertung der Eigenständigkeit.
Studienmethodik		
4	Ein- / Ausschluss-Kriterien	a) 27 Kindergartenkinder, die erstmals an einem Kurs teilnehmen b) 10 Schulkinder, die erstmals an einem Kurs teilnehmen
5	Intervention: Petö-Therapie	4 - 6 wöchige Kurse, jeweils montags bis freitags 9-15 Uhr, von Nov. 97 – März 2000. Es wurden Programmteile wie Bewegungsübungen, Liege-, Sitz-, Steh- und Gehprogramme durchgeführt. Es gab Tagesabläufe wie Essen, Trinken, Anziehen, Hygiene usw., ausgerichtet auf gezielte Eigenbewegungen der Kinder. Die Aktivität erfolgte in Gruppen mit gezielter Begleitung durch Musik, Rhythmik und Bekräftigung durch die Konduktoren bzw. auch Eltern. Wesentliche Elemente waren dabei Eigenaktivität, Vertikalisierung, Gruppenarbeit und Alltagsbezug.
6	Behandlung der Vergleichsgruppe(n)	keine Vergleichsgruppe
7	Therapeuten	Nicht bekannt, bei Schulkindern (auch) Konduktoren. Eltern wirkten teilweise mit.
8	Zahl der Zentren Vergleichbarkeit	1 (Institut Schritt für Schritt, Hamburg)
9	Randomisierung Concealment	keine Randomisierung
10	Verblindung des Therapeuten bei der Erfolgskontrolle	nein
11	Primäre Zielkriterien	Zu Beginn und am Ende einer Fördereinheit wurden die Probanden nach einem neu konzipierten und standardisiertem Untersuchungsverfahren gefilmt. Videos wurden ausgewertet; die Leistungen wurden in ein Punktsystem übertragen: – Liegen – Umdrehen – Hocken – Hinstellen – Aufstehen – Gehen – Handbewegungen Bewertung von Qualität und Quantität.

		[Anmerkung: das Punktsystem wird nicht näher erläutert]												
12	Sekundäre Zielkriterien	entfällt												
13	Fallzahlplanung	entfällt												
Ergebnisse														
14	Zahl eingeschlossener / ausgewerteter Patienten	n = 27 Kindergartenkinder, n = 10 Schulkinder keine weiteren Darlegungen zu Alter, Geschlecht, Schädigungen und Fähigkeitsstörungen; keine Erläuterungen zu ärztlichen Therapiemaßnahmen												
15	Umgang mit Patientenverlusten in der Analyse	entfällt												
16	Dauer der Intervention Nachbeobachtung	Studie wurde zwischen November 1997 bis März 2000 durchgeführt. Bewertet wurde nach bis zu 5 Kursen.												
17	Vergleichbarkeit der Behandlungsgruppen	entfällt												
18	Intervention Ko-Interventionen	Ko-Interventionen wurden nicht beschrieben. Es sei auszuschließen, dass die Kinder am späten Nachmittag oder am Abend nach dem sehr umfassenden und anstrengenden Förderprogramm noch an anderen Therapien teilnehmen konnten.												
19	Ergebnisse	<p>In der Gruppe der Kindergartenkinder wurden in folgenden grobmotorischen Bereichen deutliche Leistungssteigerungen erzielt:</p> <ul style="list-style-type: none"> - in der Rückenlage die Arme und Beine gestreckt neben dem Körper halten, beim Aufstehen aus der Bauchlage in den aufrechten Stand kommen, in der Stabilität beim Sitzen und bei der Reduzierung der Hilfsmittel und der Hilfestellung beim Gehen. - Feinmotorische Verbesserungen konnten beim Pinzettengriff an beiden Händen erreicht werden. <div style="text-align: center;"> <p>Abb.1: Anzahl der durchschnittlichen Verbesserungspunkte in Abhängigkeit der absolvierten Kurse (Kindergartenkinder)</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <caption>Data for Abb.1</caption> <thead> <tr> <th>Kurse</th> <th>Verbesserungspunkte insgesamt</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1 Kurs</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>2 Kurse</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>3 Kurse</td> <td>13</td> </tr> <tr> <td>4 Kurse</td> <td>16</td> </tr> <tr> <td>5 Kurse</td> <td>20</td> </tr> </tbody> </table> </div> <p>Bei den Schulkindern wurden folgende Verbesserungen erzielt:</p> <ul style="list-style-type: none"> - aus der Hocke in den Stand kommen, aus dem Stand in das Sitzen auf 	Kurse	Verbesserungspunkte insgesamt	1 Kurs	5	2 Kurse	9	3 Kurse	13	4 Kurse	16	5 Kurse	20
Kurse	Verbesserungspunkte insgesamt													
1 Kurs	5													
2 Kurse	9													
3 Kurse	13													
4 Kurse	16													
5 Kurse	20													

		<p>einem Hocker kommen, beim Gehen konnten die Hilfsmittel und die Hilfestellungen reduziert werden, vom Hinknien in den Kniestand, vom Kniestand auf die Füße kommen.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Feinmotorisch konnte bei den Schulkindern nur bis zu einem Verbesserungspunkt an jeder Hand ermittelt werden. <p>Abb. 2: Anzahl der durchschnittlichen Verbesserungspunkte in Abhängigkeit zu der Teilnahme an den Kursen (Schulkindergruppen)</p>  <table border="1" data-bbox="662 504 1412 918"> <caption>Data for Abb. 2: Anzahl der durchschnittlichen Verbesserungspunkte in Abhängigkeit zu der Teilnahme an den Kursen (Schulkindergruppen)</caption> <thead> <tr> <th>Teilnahme an Kursen</th> <th>Durchschnittliche Verbesserungspunkte</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1 Kurs</td> <td>~3,8</td> </tr> <tr> <td>2 Kurse</td> <td>~6,0</td> </tr> <tr> <td>3 Kurse</td> <td>~9,5</td> </tr> </tbody> </table>	Teilnahme an Kursen	Durchschnittliche Verbesserungspunkte	1 Kurs	~3,8	2 Kurse	~6,0	3 Kurse	~9,5
Teilnahme an Kursen	Durchschnittliche Verbesserungspunkte									
1 Kurs	~3,8									
2 Kurse	~6,0									
3 Kurse	~9,5									
20	Unerwünschte Therapiewirkung	Keine Angaben								
Schlussfolgerungen										
21	Fazit der Autoren	<p>Alle Kinder erlangten deutliche Leistungsverbesserungen in unterschiedlichen Bewegungsabläufen. Je schlechter die Ausgangslage eines Kindes ist, das mit konduktiver Förderung beginnt, umso größer sind die zu erwartenden Leistungssteigerungen. Die Signifikanz der Leistungsverbesserung durch die Kurse sowie die Leistungsstagnation in den Kurszwischenräumen ist mit dem Samples-Tests ausgewiesen. Nach nicht erfassten Aussagen von Eltern haben Kinder nach den Kursen Alltagssituationen besser gemeistert.</p>								
22	Evidenz-Einstufung (gemäß BUB-Richtlinien)	IIC								
23	Abschließende Bewertung durch den Bearbeiter, dabei sind folgende Punkte zu berücksichtigen:	<ul style="list-style-type: none"> - Darstellung der Patienten-Rekrutierung unzureichend - Angemess. Beschreibung der Petö- und der Kontrollgruppe Petö-Gruppe unzureichend beschrieben, keine Kontrollgruppe - Angemess. Beschreibung des Studienkontextes Studienzusammenhang nur knapp beschrieben, bei den Schulkindern wurde nicht dargelegt, welche Schulen besucht wurden, bei den Kindergartenkindern erfolgte keine Darstellung, wie diese Kinder betreut wurden (ob nur Zuhause, ob im normalen oder sonderpädagogischen Kindergarten) - Beschreibung der Petö- und der Vergleichsintervention keine eingehende Darlegung des Förderungsprogramms - Beschreibung der eingesetzten statistischen Methoden Punktesystem nicht erläutert, keine Angabe, ob die Meßmethode wissenschaftlich untersucht wurde, - Darstellung der Ergebnismessung knappe zusammenfassende Darstellung in einer Graphik, keine Ergebnistabellen. <p>Zusammenfassend nicht aussagekräftiger unzureichender Vorher-Nachher-Vergleich.</p>								

Allgemeine Angaben		
	Quelle	Siebes RC, Wijnroks L, Vermeer A. Qualitative analysis of therapeutic motor intervention programmes for children with cerebral palsy: an update. Developmental Medicine and Child Neurology 2002; 44 (N9): 593-603
1	Studientyp nach Durchsicht <i>Zuordnung zu einem der folgenden Studientypen:</i>	Reviewartikel, keine Primärstudie!
Schlussfolgerungen		
22	Evidenz-Einstufung (gemäß BUB-Richtlinien)	III: Fallserien und Einzelfallberichte; Meinungen anerkannter Experten / Konsensuskonferenzen; Assoziationsbeobachtungen, pathophysiologische Studien.
23	Abschließende Bewertung durch den Bearbeiter	Keine Primärstudie nur methodische Übersichtsarbeit über die publizierten Evaluationsstudien.

11.9.2 Systematische Übersichtsarbeiten

11.9.2.1 Standardisierter Auswertungsbogen

Bewertung von Studien zur Petö-Therapie

Bearbeiter:

Datum:

Studienart: Übersichtsarbeit / Informationssynthese

Autor / Quelle	
Dokumenttyp	
Bezugsrahmen	
Fragestellung / Zielsetzung	
Recherche	
Auswahl Reviews / Primärstudien	
Qualitätsbewertung der Primärstudien	
Datenextraktion	
Synthese der Daten	
Ergebnis / Schlussfolgerung	
Kommentar	

11.9.2.2 Auswertung der Übersichtsarbeiten / Informationssynthesen

Quelle	Aggressive Research Intelligence Facility (ARIF). Cerebral palsy. Conductive education. Birmingham: ARIF.1996
Dokumenttyp	Review
Bezugsrahmen	ARIF = 6 Wissenschaftler der Universität Birmingham, die eine Suche und Kurzbewertung von Evidenz, insbesondere systematischen Reviews zu einer gewünschten Thematik anbieten.
Fragestellung / Zielsetzung	Untersuchte Fragestellung: Erzielt die Konduktive Therapie der infantilen Zerebralparese bessere Langzeitergebnisse als die konventionelle Behandlung?
Recherche	Keine Angaben über Art, Umfang und Durchführung der Recherche
Auswahl Reviews / Primärstudien	Keine Identifikation von systematischen Reviews, Nennung von 4 unsystematischen Reviews: <ul style="list-style-type: none"> – Hurr JJ. Review of research on therapeutic interventions for children with cerebral palsy. Acta Neurologica Scandinavica 1995;91:423-432 – Bower E, McLellan DL. Evaluating therapy in cerebral palsy. Child Care, Health and Development 1994;20:409-419 – Khaw CWH, Tidemann AJ, Stern LM. Study of hemiplegic cerebral palsy with a review of the literature. Journal of Paediatrics and Child Health 199;30:224-229 – Robinson RO et al. Conductive education at the Peto Institute Budapest. British Medical Journal 1989;299:1145-1149 Aussagekräftigste Originalstudie: Bairstow P et al. Evaluation of Conductive Education for children with cerebral palsy. Parts I & II. London: HMSO, 1993
Qualitätsbewertung der Primärstudien	Die o. g. Reviews geben nur wenig Informationen zur Wirksamkeit der Konduktiven Therapie. Die Bairstow-Studie ist eine prospektive Untersuchung mit gematchten Kontrollen, die keine Wirksamkeit der Konduktiven Therapie zeigte.
Datenextraktion	Keine Angaben
Synthese der Daten	Keine Angaben
Ergebnis / Schlussfolgerung	Ein aussagekräftiges Review zur Thematik liegt nicht vor. Die Bairstow-Studie hat auf Grund des Studiendesigns und der Durchführung nur eine eingeschränkte Aussagekraft. Insgesamt ist die Wirksamkeit bzw. fehlende Wirksamkeit der Konduktiven Therapie anhand der Studienlage nicht beurteilbar.
Kommentar	Unzureichende Angaben über Recherche, Auswahl und Bewertung der Reviews/Studien. Die Publikation lediglich als ergänzende Literaturstelle im Zusammenhang mit der Gesamtschau der Primärstudien und Informationssynthesen geeignet.

Quelle	Alberta Heritage Foundation for Medical Research (AHFMR). Conductive education for children with cerebral palsy. Edmonton: AHFMR.2000
Dokumenttyp	HTA-Report
Bezugsrahmen	Anfrage dreier offizieller Behörden/Institutionen der Provinzregierung von Alberta, Kanada (Alberta Children's Service, Alberta Learning und Alberta Health&Wellness) an die HTA-Stelle der Alberta Heritage Foundation for Medical Research zur Bewertung der Evidenz bzgl. der Wirksamkeit der Konduktiven Therapie als Behandlungsprogramm für Kinder mit Zerebralparese.
Fragestellung / Zielsetzung	Ausgangsfragestellung: 1. Ist die konduktive Therapie eine sichere und wirksame Behandlungsmethode für Kinder mit neuromotorischen Störungen wie bei infantiler Zerebralparese? 2. Welche Arten von Kindern profitieren von der konduktiven Therapie?
Recherche	Literaturrecherche über MEDLINE (1966-9/2000), EMBASE (1988-7/2000), HealthSTAR (1975-1/2000), CINAHL (1982-7/2000), ERIC (1985-6/2000), Psychinfo (1984-7/2000), CBCA Fulltext Education (1976-7/2000), Webspirs Current Contents (1997-Week 44, 2000) mittels diverser Schlagwörter + daraus resultierende Literaturquellen <u>Einschluss:</u> Primärstudien und Reviews <u>Ausschluss:</u> Editorials, Studien an Erwachsenen, Studien vor 1990 (da in den Reviews enthalten)
Auswahl Primärstudien	durch 2 Reviewer; Einschlusskriterien: – Wirksamkeitsuntersuchung der konduktiven Therapie an Kindern mit motorischen Störungen wie bei infantiler Zerebralparese oder Einstellungen und Erfahrungen von Eltern von Kindern, die mittels konduktiver Therapie behandelt worden sind; – Beobachtungs- oder Experimentalstudie mit Hinweisen für systematische Datensammlung-/analyse Auswahl von 6 Primärstudien und 3 Elternstudien.
Qualitätsbewertung der Primärstudien	Kritische Bewertung der ausgewählten Studien durch 2 bzw. 1 Reviewer (Kinder bzw. Elternstudien) nach vorher festgelegten, zusammengestellten Kriterien nach dem EBM Tool Kit, Jadad's framework for evaluating randomized controlled trials und Lonigan-Kriterien
Datenextraktion	Deskriptive prosaische und tabellarische Einzelbewertung der ausgewählten Studien
Synthese der Daten	Zusammenfassende Bewertung und Einordnung der Primärstudien vor dem Hintergrund der Lonigan-Kriterien für die Bewertung der Evidenzstärke
Ergebnis / Schlussfolgerung	Die untersuchten Primärstudien als auch Elternstudien erfüllen nicht die Kriterien für eine Zuordnung der Konduktiven Therapie als eine "bewiesenermaßen" oder "wahrscheinlich wirksame" psychosoziale Behandlungsmethode.
Kommentar	Der HTA-Bericht untersucht die Wirksamkeit der Konduktiven Therapie anhand von Primär- und "Eltern"-Studien. In der Arbeit werden alle ausgewählten Studien anhand klarer methodischer Vorgaben / evidenzbasierter Kriterien analysiert und bewertet (textliche und tabellarische Darstellung).

	<p>Eine quantitativ vergleichende Studienbewertung wurde nicht durchgeführt.</p> <p>Die Ergebnisse der Autoren erscheinen plausibel und nachvollziehbar.</p>
--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Quelle	The Norwegian Board of Health. A professional assessment of alternative training schemes such as the Doman method and similar methods for children with brain injuries. Oslo: Norwegian Board of Health.2000
Dokumenttyp	Englische Zusammenfassung eines HTA-Bericht
Bezugsrahmen	Arbeitsgruppe des Norwegian Board of Health
Fragestellung / Zielsetzung	Bewertung der Doman (Delacato) und anderer Methoden als auch die Ableitung von Empfehlungen für die Versorgungssituation für die Behandlung von Kindern mit Hirnschäden
Recherche	<ul style="list-style-type: none"> – Keine detaillierten Angaben zur Recherchestrategie im vorliegenden Kapitel; Hinweis, dass die berücksichtigte Literatur aus eigener Recherche sowie aus den visitierten Institutionen kommt. – Die Arbeitsgruppe hatte Kontakt zu diesbezüglichen Experten- und Patienten- bzw. Angehörigenorganisationen und beschränkte sich auf die Bewertung der Doman (Delacato)- und Petö-Methode. Sie führte 7 Studienvisiten in den USA, Ungarn, England und Norwegen durch. Zusätzliche wurden eine unklare Anzahl von Eltern und Kindern, die eine Behandlung nach Doman (Delacato) oder Petö-Behandlung durchführten, mittels eines von der Arbeitsgruppe entwickelten Fragebogens befragt.
Auswahl Primärstudien	im vorliegenden Kapitel nicht angegeben
Qualitätsbewertung der Primärstudien	im vorliegenden Kapitel nicht angegeben
Datenextraktion	im vorliegenden Kapitel nicht angegeben
Synthese der Daten	<p>Keine Angabe zur Datensynthese im vorliegenden Kapitel. Bewertungskriterien bezüglich der Informationen zur Doman (Delacato)- und Petö-Methode unter Berücksichtigung folgender Faktoren:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Grad der wissenschaftlichen Evidenz – "what is best for the child" – Autonomie und Selbstbestimmung des Kindes und der Eltern – informierte Einwilligung – Kosten für die Betroffenen und die Gesellschaft – Verantwortung, Pflichten und Rechte der Therapeuten – Gerechtigkeit – Prioritäten im Gesundheitswesen <p>Abschließende Bewertung der Petö-Methode durch die Arbeitsgruppe anhand zweier Kriterien:</p> <ul style="list-style-type: none"> – einer zweiseitigen subjektiven Bewertung auf Grund der positiven und negativen Eindrücke der Arbeitsgruppe während der Studienvisiten – einer wissenschaftlichen Bewertung anhand der Literatur und der Dokumentationen
Ergebnis / Schlussfolgerung der Autoren	<p>Die Petö-Methode kann eine wertvolle Ergänzung bei der Behandlung von ca. 1/3 der Kinder mit infantiler Zerebralparese sein.</p> <p>Für weitere Kinder ist die Methode wahrscheinlich sinnvoll, sofern nicht "normale" Physiotherapie ausreichend verfügbar ist.</p>
Kommentar	<p>Die Arbeitsgruppe bewertete die Doman (Delacato)- und Petö-Methode zur Behandlung von Kindern mit Hirnschäden vor dem Kontext der norwegischen Versorgungssituation.</p> <p>In dem vorliegenden Kapitel, welches die englisch publizierte Zusammenfassung des auf norwegisch erstellten HTA-Berichtes darstellt, sind nähere Informationen zur Informationsauswahl und –synthese nicht gegeben, so dass die Rückschlüsse</p>

	<p>der Autoren nicht nachvollzogen werden können.</p> <p>Die Zusammenfassung gibt Hinweise darauf, dass die von der Arbeitsgruppe durchgeführten Studienvsiten und die hierbei gewonnenen Eindrücke ein starkes Kriterium bei der Bewertung der Petö-Therapie gewesen sind.</p> <p>Anhand des vorliegenden Kapitels ist keine ausreichende Beurteilungsmöglichkeit des HTA's gegeben.</p>
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Quelle	The Swedish Council on Technology Assessment in Health Care (SBU). Conductive education an educational program for children with cerebral palsy. Stockholm: SBU Alert.2000
Dokumenttyp	Zusammenfassung eines 7-seitigen schwedischen Alert-HTA Reports, 2000
Bezugsrahmen	Durchführung von einer schwedischen HTA-Institution, näherer Bezugsrahmen aus der Zusammenfassung nicht ersichtlich
Fragestellung / Zielsetzung	Evidenzbasierte Bewertung des Stellenwertes der Konduktiven Therapie bei Kindern mit infantiler Zerebralparese
Recherche	Art der Recherche in der vorliegenden Zusammenfassung nicht angegeben. Die vorliegende Referenzliste umfasst insgesamt 7 Originalarbeiten; wovon drei der "Birmingham-Studie" zuzurechnen sind.
Auswahl Primärstudien	In der vorliegenden Zusammenfassung nicht angegeben.
Qualitätsbewertung der Primärstudien	Bewertung des Evidenzgrades und der Studienqualität 1. Evidenzeinteilung nach einer 4-Punkte-Skala: (1) <i>Good</i> : mindestens 2 unabhängig publizierte Studien mit hoher Qualität (je nach Studientyp, Design, etc.) (2) <i>Moderate</i> : 1 Studie hoher Qualität + mindestens 2 Studien mittlerer Qualität (3) <i>Poor</i> : mindestens 2 Studien mittlerer Qualität (4) <i>no scientific evidence</i> : nur Studien niederer Qualität 2. Beurteilung der Studienqualität unter Berücksichtigung von: – Studiendesign – Patientenzahl – Durchführung – Analyse
Datenextraktion	In der vorliegenden Zusammenfassung nicht angegeben.
Synthese der Daten	In der vorliegenden Zusammenfassung nicht angegeben.
Ergebnis / Schlussfolgerung der Autoren	Wenig Daten über Nutzen und Risiken der konduktiven Erziehung hinsichtlich Kurzzeit-Therapieerfolge vorhanden. Keine wissenschaftlichen Arbeiten zu Langzeitfolgen oder Kosten-Nutzen-Wirksamkeit vorhanden.
Kommentar	HTA-Bericht einer schwedischen HTA-Institution zur Wirksamkeit und zu Risiken der Konduktiven Therapie bei Kindern mit Zerebralparese. Anhand der Zusammenfassung Hinweise auf Durchführung des HTA's nach evidenzbasierten Kriterien, allerdings keine näheren Angaben zu Recherchestrategie, Datenextraktion und –synthese, so dass keine adäquate Beurteilung möglich ist.

Quelle	Boyd RN, Morris ME, Graham HK. Management of upper limb dysfunction in children with cerebral palsy: a systematic review. European Journal of Neurology 2001; 8 (Suppl 5): 150-166
Dokumenttyp	Systematischer Review mit quantitativer Informationssynthese
Fragestellung / Zielsetzung	Systematischer Review zur Bewertung der Evidenz und Wirksamkeit von Behandlungsverfahren bei Störungen/Behinderungen der oberen Extremität bei Kindern mit Zerebralparese
Studienkontext	Roslyn Boyd ist Doktorandin an der Schule für Physiotherapie der australischen La Trobe University und hat selbst mehrere Arbeiten zu Aspekten der Behandlung von zerebralparetischen Kindern mit Botulinum-Toxin veröffentlicht.
Recherche	Datenbanken: Medline (1966-12/2000), Cinahl (1982-12/2000), Clinpsyc (1989-12/2000), Data base of Reviews of Effectiveness (Vol. 1-9/2000);PEDro, EBM Reviews 1991-12/2000 und DARE, Cochrane Database of systematic reviews (4. Quartal 2000), Cochrane Controlled Trials Register+ Screening von Abstracts relevanter Kongresse zur Handsuche der Volltext-Studien Detaillierte Angabe der Suchwörter; bezüglich der Petö-Therapie wurde der Begriff "Conductive Education" gewählt <ul style="list-style-type: none"> - Einschluss von 5 randomisierten Studien + 56 Primärstudien (hierunter zwei Arbeiten zur Konduktiven Therapie: Coleman et al. 1995; Reddihough et al. 1998)
Auswahl Primärstudien	<ol style="list-style-type: none"> 1. Prospektive randomisierte Studien zur Behandlung von Störungen der oberen Extremität bei Kindern mit Zerebralparese mittels Physiotherapie, Ergotherapie inkl. Entwicklungsneurologischer und Bewegungstherapie, Konduktiver Erziehung, Einschränkung-induzierter Therapie, neuromuskuläre Mobilisation, elektrische Stimulation, Botulinus-Toxin-Anwendung, chirurgische Verfahren mit Placebo-, Kontrollen oder Behandlungsvergleichen 2. Prospektive nicht-randomisierte Studien: andere Studien mit o. a. Verfahren mit objektiven Zielkriterien
Qualitätsbewertung der Primärstudien	<ol style="list-style-type: none"> 1. Klassifizierung der Zielgrößen nach der "International Classification of Impairment, Disability and Handicaps" (ICIDH-2, WHO 1999). 2. Evidenzeinstufung nach Sackett 1989 3. Methodische Qualitätsbewertung nach PEDro (Physiotherapeutischer Evidence Database, www.cchs.usyd.edu.au/pedro/) 4. Berechnung der Wirksamkeitsgröße
Datenextraktion	Extraktion von demographischen Daten, Zielgrößen und quantitativen Ergebnissen und Nebenwirkungen für verschiedene vergleichende Datensynthesen, je nach Möglichkeiten des Vergleiches
Synthese der Daten	<ul style="list-style-type: none"> - Vergleichende Darstellung von demographischen Daten und Zielgrößen der randomisierten Studien (alle Behandlungsverfahren) und nicht-randomisierten Studien (nur mit Botulinum-Toxin) zur konventionellen Physiotherapie, Ergotherapie und entwicklungs-neurophysiologischen Verfahren – in beiden Übersichten keine Studie zur Konduktiven Therapie enthalten) Vergleichende Methodik und Ergebnisdarstellung der Studien - Vergleichende Bewertung des Evidenzgrades aller Studien, inkl. Coleman und Reddihough - Vergleichende Darstellung des Behandlungseffektes von 3 Studien mit verschiedenen Behandlungsformen in Bezug auf ein vergleichbares, standardisiertes Ergebniskriterium (QUEST) + Metaanalyse der standardisierten Durchschnittsdifferenzen - Abschließende zusammenfassende vergleichende Evidenzbewertung aller Behandlungsverfahren

Ergebnis / Schlussfolgerung	<ul style="list-style-type: none">– Bisher nur wenige randomisierte Studien verfügbar– Behandlungsformen mit der besten Evidenz: Ergotherapie und Neuromuskuläre Mobilisation mit relativ geringen Behandlungserfolgen– Bewertung der Konduktiven Therapie als Evidenzgrad B nach Sackett ("kleine randomisierte Studien mit unsicheren Ergebnissen")
Kommentar	<p>Systematischer Review zur Behandlung von Störungen/Behinderungen der oberen Extremität bei Kindern mit Zerebralparese.</p> <p>Bezüglich der Konduktiven Therapie wurden 2 Primärstudien eingeschlossen. Auf Grund unterschiedlicher Meßmethoden wurden die beiden Arbeiten zur Konduktiven Therapie nicht in die vergleichende Bewertung des Therapieeffektes mit aufgenommen, sondern lediglich im Text und einer tabellarischen Basisübersicht erwähnt und hinsichtlich ihres Evidenzgrades bewertet.</p>

Quelle	AACPDM Treatment Outcomes Committee Review Panel. Effects of conductive education intervention for children with a diagnosis of cerebral palsy: An AACPDM evidence report. Edmonton: AACPDM.2003
Dokumenttyp	"Evidence-Report" (Systematischer Review, HTA-Bericht) [kein Conflict of interest]
Bezugsrahmen	Der vorliegende HTA gehört zu einer Reihe von 'AACPDm evidence reports' zur Bewertung verschiedener Interventionen zur Behandlung von Entwicklungsstörungen/-behinderungen; Erstellung nach einem veröffentlichten Verfahren.
Fragestellung / Zielsetzung	Bewertung der Wirksamkeit der Konduktiven Therapie zur Behandlung von Kindern mit Zerebralparese (CP)
Recherche	Ausgewählte Datenbanken: MEDLINE (1966-12/2001), HealthSTAR (1975-12/2000), CINAHL (1982-9/2001), EMBASE (1988-9/2001), ERIC (1966-10/2001), AMED (1985-11/2001), Psynfo (1984-10/2001) + Studienreferenzen Suchstichwort: "Conductive education" (CE) – 15 Studien erfüllten die Einschlusskriterien – in 14 Studien > 90 % Kinder mit CP, in einer >75 %
Auswahl Primärstudien	Beschränkungen: 1. Intervention explizit als "conductive education" bezeichnet 2. Kinder 3. englischsprachige Artikel Einschluss von 15 Studien nach o. g. Kriterien.
Qualitätsbewertung der Primärstudien	Einteilung nach den AACPDM-Kriterien (www.acpdm.org) bezüglich: 1. Qualität des Studiendesigns: – Einteilung in fünf Evidenzgrade I (höchste Evidenz, RCT oder N-1-randomized trial) bis V = niedrigste Evidenz), – Besonderheit: Berücksichtigung von Einzelfallstudien (z. B. N-of-1 randomized controlled trial, alternierendes/crossover-Design) 2. Qualität der Studiendurchführung: – Score aus 7 Parametern mit jeweils 1 Punkt (0=minimaler, 7=maximaler Score; Kategorisierung in "schwach" [Score: 0-4], "moderat" [5], "stark" [6-7])
Datenextraktion	Extraktion aus eingeschlossenen Studien: – CE- und Kontrollintervention – Population – Studiendesign – Zielvariablen – Meßmethoden – Ergebnisse inklusive statistischer Auswertung
Synthese der Daten	Bewertung des Evidenzgrades und der Studiendurchführung der 15 Studien: – 1 Studie: Kombination aus Evidenzgrad I mit guter Durchführung und Evidenzgrad II mit mäßiger Durchführung auf verschiedene Studienaspekte bezogen – 3 Studien: Evidenzgrad II mit schwacher Durchführung – 3 Studien: Evidenzgrad III mit schwacher Durchführung – 5 Studien: Evidenzgrad IV mit schwacher Durchführung – 1 Studie: Kombiniertes Evidenzgrad IV und V mit schwacher Durchführung – 2 Studien: Evidenzgrad V

	<p>Vergleichende Studiendarstellung / -bewertung von:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Studienmethodik 2. Interventionen und Teilnehmern 3. Studiendesign (Bewertung von Evidenzgrad + Studiendurchführung nach o. g. Methodik) 4. Zielgrößen, Messmethode(n), Ergebnisse <ul style="list-style-type: none"> – Gruppenvergleichseffekt zwischen CE- und Kontrollgruppe bzw. Status vor Therapie für die verschiedenen Zielgrößen für jede einzelne Studie – Einheitlichkeit des Effektes bzgl. der untersuchten Zielgrößen innerhalb einer Studie: Veränderung innerhalb der CE-Gruppe für die verschiedenen Zielgrößen (z. B. Anteil der verbesserten Kinder), bei mehreren Ausprägungen einer Zielgröße Angabe von minimalem und maximalen Anteil von verbesserten Kindern für jede einzelne Studie – Tabellarische Zusammenstellung der Ergebniseffekte und Einheitlichkeit innerhalb der jeweiligen Studiengruppe nach Art der Zielgröße unter Berücksichtigung der Bewertung von Evidenz und Studiendurchführung <p>In keiner der 15 Studien erfolgte Auskunft über eine Power-Berechnung.</p>
<p>Ergebnis / Schlussfolgerung der Autoren</p>	<p>Keine standardisierte Intervention, große Heterogenität der Kinder bzgl. Behinderung/Störungen, Alter, Begleiterkrankungen. Keine Berichte über medizinische Komplikationen der CE- oder Kontrollgruppen-Therapien. Keine Schätzung eines Fehlers 2. Art möglich. Auf Grund der Heterogenität der Studien(populationen) lassen sich keine Rückschlüsse über die Wirksamkeit bei bestimmten Subgruppen der Kinder (z. B. Alter, Art der Störung) oder Interventionstechniken (z. B. Anwesenheit von Konduktoren) ziehen. Auf Grund der limitierten Studienlage und mangelnden Studienqualität liegt keine schlüssige Evidenz für oder gegen die konduktive Therapie vor.</p>
<p>Kommentar</p>	<p>Es wurde eine vergleichende Analyse und Bewertung aller bis November 2001 vorliegenden Studien zur Evidenz-Art und -Stärke bezüglich der Wirksamkeit der Konduktiven Therapie bei Kindern mit Zerebralparese durchgeführt. Die Fragestellung war vor Studienbeginn klar definiert, die Recherchestrategie, Datenextraktion, –synthese und -bewertung waren zur Beantwortung der Fragen geeignet und wurden klar und nachvollziehbar dargelegt. Lediglich der potentielle Einschluss des Einzelfall-Studiendesigns in der Evidenzklassifizierung bis hin zur höchsten Evidenzstufe wird aus methodischer Sicht unterschiedlich bewertet, kam aber hier auf Grund fehlender Studien mit einem derartigen Studiendesign nicht zum Tragen.</p> <p>Insgesamt handelte es sich um ein gut nachvollziehbares, stringentes Verfahren mit differenzierter Bewertung von vergleichenden als auch internen Gruppeneffekten, welche keine schlüssige Evidenz für die Wirksamkeit der Konduktiven Therapie nachweisen konnte und die Problematik bei der Bewertung der Wirksamkeit der Konduktiven Therapie auf Grund der limitierten Studienlage und der mangelnden Studienqualität aufzeigt.</p>

11.10 Stellungnahmen zum Anhörungsverfahren nach § 92 Abs. 6 Satz 2 SGB V zur Änderung der Heilmittel-Richtlinien

11.10.1 Liste der Anhörungsberechtigten nach § 92 Abs. 6 Satz 2 SGB V zur Änderung der Heilmittel-Richtlinien

- Bundesarbeitsgemeinschaft der Heilmittelverbände e. V. (BHV)
- Deutscher BV der Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen Lehrervereinigung Schlaffhorst-Andersen e. V. (DBA)
- Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik
- Verband der deutschen Podologen (nur für medizinische Fußpflege)
- Zentralverband der Podologen und Fußpfleger Deutschlands e. V. (nur für medizinische Fußpflege)

11.10.2 Liste der Stellungnahmen

Nr.	Institution/Name	Datum
1	Bundesarbeitsgemeinschaft der Heilmittelverbände e. V.	10.08.2004
2	Deutscher Bundesverband der Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen	13.09.2004

11.10.3 Stellungnahmen

11.10.3.1 Bundesarbeitsgemeinschaft der Heilmittelverbände e. V.

Änderung der Heilmittelrichtlinien nach § 92 SGB V
 Hier: Ergänzung der Anlage der Heilmittelrichtlinie um „Konduktive Förderung nach Petö

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir stimmen dem Vorhaben des Gemeinsamen Bundesausschusses zu, die Anlage der Heilmittelrichtlinie „a) Maßnahmen, deren therapeutischer Nutzen nach Maßgabe der BUB-Richtlinie nicht nachgewiesen ist“ um

„12. Konduktive Förderung nach Petö“

zu erweitern.

11.10.3.2 Deutscher Bundesverband der Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen

Anhörungsverfahren zur Änderung der Heilmittel-Richtlinien nach § 92 SGB V
Ihr Schreiben vom 28.07.2004 eingegangen per e-mail am 17.08.2004
Ergänzung der Anlage der Heilmittel-Richtlinien

Sehr geehrter Herr Dr. Hess,

vielen Dank für die Zusendung der geänderten Heilmittel-Richtlinien im Rahmen des Anhörungsverfahrens und die uns, auf Grund des verspäteten Eingangs Ihrer e-mail, gewährte Verlängerung der Frist zur Abgabe der Stellungnahme.

Uns sind keine Studien zur Förderung nach Petö bekannt geworden, die die Wirksamkeit nachweisen, so dass wir der Änderung der Heilmittel-Richtlinien zustimmen.

11.11 Stellungnahme der Bundesärztekammer zum Anhörungsverfahren nach § 91 Abs. 8a SGB V zur Änderung der Heilmittel-Richtlinien

Anhörungsverfahren zur Änderung der Heilmittel-Richtlinien nach § 92 SGV V
hier: Ergänzung der Anlage der Heilmittel Richtlinien
Ihr Schreiben vom 28.07.04

Sehr geehrte Damen und Herren,

im Rahmen des vom Gemeinsamen Bundesausschuss beschlossenen Anhörungsverfahrens zur Änderung der Heilmittel-Richtlinien hat die Bundesärztekammer Gelegenheit zur Stellungnahme zu folgender geplanter Änderung der Heilmittel-Richtlinien erhalten:

Aufnahme der „Konduktiven Förderung nach Petö“ in die Anlage a) der Heilmittel-Richtlinien für die Maßnahmen, deren therapeutischer Nutzen nach Maßgabe der BUB-Richtlinie nicht nachgewiesen ist.

Gem. § 92 Abs. 1 kann der Gemeinsame Bundesausschuss die Erbringung und Verordnung von Leistungen oder Maßnahmen dann einschränken oder ausschließen, wenn nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnis der diagnostische oder therapeutische Nutzen, die medizinische Notwendigkeit oder die Wirtschaftlichkeit nicht nachgewiesen sind. Es ist der Bundesärztekammer nicht bekannt, welche Evidenz der Gemeinsame Bundesausschuss seiner Beurteilung von therapeutischem Nutzen, medizinischer Notwendigkeit oder Wirtschaftlichkeit der Konduktiven Förderung nach Petö zu Grunde gelegt hat. Ohne diese Information bzw. Transparenz hinsichtlich der Entscheidungsgrundlagen – üblicherweise in einem Abschlussbericht zusammengefasst – ist aus Sicht der Bundesärztekammer eine substantiierte Stellungnahme zu der Frage, ob der therapeutische Nutzen der Konduktiven Förderung nach Petö nach Maßgabe der BUB-Richtlinie als nicht nachgewiesen gelten kann, nicht möglich.

11.12 Bewertungsrichtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen

Richtlinien

des Bundesausschusses
der Ärzte und Krankenkassen

über die Bewertung ärztlicher
Untersuchungs- und Behandlungsmethoden
gemäß § 135 Abs. 1 SGB V
(BUB-Richtlinien)*

in der Fassung vom 10. Dezember 1999,
veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 56 vom 21. März 2000,
in Kraft getreten am 22. März 2000

zuletzt geändert am 24. März 2003
veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 123 vom 8. Juli 2003
in Kraft getreten am 9. Juli 2003

*Der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen hat in seiner Sitzung am 10. Dezember 1999 beschlossen, die Richtlinien über die Einführung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden und über die Überprüfung erbrachter vertragsärztlicher Leistungen [Verfahrensrichtlinien] gemäß § 135 Abs. 1 i. V. m. § 92 Abs. 1 Satz 2

Nr. 5 SGB V sowie die zugehörigen Anlagen in der Fassung vom 1. Oktober 1997 (BAnz. S. 15 232), zuletzt geändert am 10. Dezember 1999, unter gleichzeitiger Neufassung der Überschrift wie vorliegend neu zu fassen. Gleichzeitig wurden die alten „NUB“-Richtlinien aufgelöst. Die alten „NUB“-Beschlüsse wurden in die Anlagen der neuen Verfahrensrichtlinie übertragen.

1. Gesetzliche Grundlagen gemäß § 135 Abs. 1 SGB V

Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden dürfen in der vertragsärztlichen Versorgung zu Lasten der Krankenkassen nur erbracht werden, wenn der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen auf Antrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, einer Kassenärztlichen Vereinigung oder eines Spitzenverbandes der Krankenkassen in Richtlinien nach § 92 Abs. 1, Satz 2 Nr. 5 Empfehlungen abgegeben hat über

1. die Anerkennung des diagnostischen und therapeutischen Nutzens der neuen Methode sowie deren medizinische Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit - auch im Vergleich zu bereits zu Lasten der Krankenkassen erbrachten Methoden - nach dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse in der jeweiligen Therapierichtung
2. die notwendige Qualifikation der Ärzte, die apparativen Anforderungen, sowie Anforderungen an Maßnahmen der Qualitätssicherung, um eine sachgerechte Anwendung der Methode zu sichern, und
3. die erforderlichen Aufzeichnungen über die ärztliche Behandlung.

Der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen überprüft die zu Lasten der Krankenkassen erbrachten vertragsärztlichen Leistungen daraufhin, ob sie den Kriterien nach Abs. 1, Nr. 1 entsprechen. Falls die Überprüfung ergibt, dass diese Kriterien nicht erfüllt werden, dürfen die Leistungen nicht mehr als vertragsärztliche Leistungen zu Lasten der Krankenkassen erbracht werden.

2. Voraussetzungen für die Überprüfung neuer Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden

- 2.1 Als „neue“ Untersuchungs- und Behandlungsmethoden können nur Leistungen gelten, die
 - noch nicht als abrechnungsfähige ärztliche Leistungen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) enthalten sind oder die
 - als ärztliche Leistungen im EBM aufgeführt sind, deren Indikationen aber wesentliche Änderungen oder Erweiterungen erfahren.

Bestehen Zweifel, ob es sich um eine „neue“ Methode im Sinne der vorangehenden Definition handelt, so ist eine Stellungnahme des Bewertungsausschusses gemäß § 87 SGB V einzuholen.

- 2.2 Die Überprüfung einer neuen Untersuchungs- oder Behandlungsmethode erfolgt gemäß § 135 Abs. 1 Satz 1 SGB V auf Antrag der Kassenärztlichen

Bundesvereinigung, einer Kassenärztlichen Vereinigung oder eines Spitzenverbandes der Krankenkassen im hierzu durch den Bundesausschuss beauftragten Arbeitsausschuss. Dabei muss die zu prüfende Methode im Antrag in ihrer Art und bezüglich ihrer Indikation klar beschrieben sein.

- 2.3 Anträge sind schriftlich zu begründen. Mit der Begründung sind Angaben
- zum Nutzen der neuen Methode
 - zur medizinischen Notwendigkeit
 - und zur Wirtschaftlichkeit auch im Vergleich zu bereits erbrachten Methoden
- zu unterbreiten und mit Unterlagen gemäß 7.1, 7.2 und 7.3 durch den Antragssteller zu belegen.
- 2.4 Der Antrag soll darüber hinaus Angaben zu den in 4.1 dieser Richtlinie aufgeführten Kriterien enthalten, um den beauftragten Arbeitsausschuss in die Lage zu versetzen, eine Entscheidung über die Prioritäten vorzunehmen.

3. **Voraussetzungen für die Überprüfung erbrachter vertragsärztlicher Leistungen**

- 3.1 Als „erbrachte vertragsärztliche Leistungen“ im Sinne des § 135 Abs. 1, Satz 2 SGB V gelten Methoden und zu Grunde liegende Indikationen, die im EBM enthalten sind. In Zweifelsfällen ist eine Stellungnahme des Bewertungsausschusses nach § 87 SGB V einzuholen.
- 3.2 Die Überprüfung erbrachter vertragsärztlicher Leistungen erfolgt auf Initiative eines der Mitglieder des Bundesausschusses im hierzu beauftragten Arbeitsausschuss. Dabei bezieht sich die Überprüfung auf konkrete Methoden und definierte Indikationen, auch wenn diese im EBM Bestandteil komplexer Leistungsbeschreibungen sind.
- 3.3 Zur Überprüfung einer bereits erbrachten, bestimmten diagnostischen oder therapeutischen Methode ist durch die veranlassende Krankenkassen- oder Ärzteseite im hierzu beauftragten Arbeitsausschuss schriftlich darzulegen und durch geeignete Unterlagen zu belegen, welche schwerwiegenden, begründeten Hinweise dafür vorliegen, dass die betreffende Methode in der vertragsärztlichen Versorgung nicht oder nur teilweise den gesetzlichen Kriterien hinsichtlich des „Nutzens“, der „medizinischen Notwendigkeit“ oder „Wirtschaftlichkeit“ entspricht.

4. **Prioritätenfestlegung**

- 4.1 Der vom Bundesausschuss beauftragte Arbeitsausschuss legt unter Berücksichtigung der Relevanz der Methode bei der Diagnostik oder Behandlung bestimmter Erkrankungen, den mit der Anwendung verbundenen

Risiken und unter Berücksichtigung voraussichtlicher wirtschaftlicher Auswirkungen fest, welche zur Beratung anstehenden Methoden vorrangig überprüft werden.

- 4.2. Der Arbeitsausschuss kann die Beratung einer Methode ablehnen, wenn keine aussagefähigen Beurteilungsunterlagen gemäß den Nummern 7.1, 7.2 und 7.3 vorliegen.
- 4.3. Die erneute Beratung einer abgelehnten oder anerkannten Methode erfolgt nach denselben Grundsätzen (Antrag, Unterlagen, Prioritätenfestlegung, Veröffentlichung).

5. Vorankündigung der Überprüfung, Einholung von Stellungnahmen

Der vom Bundesausschuss beauftragte Arbeitsausschuss veröffentlicht im Bundesanzeiger und im Deutschen Ärzteblatt diejenigen neuen oder bereits erbrachten vertragsärztlichen Methoden, die aktuell zur Überprüfung gemäß § 135 Abs. 1 SGB V anstehen. Dabei wird Sachverständigen der medizinischen Wissenschaft und Praxis, Dachverbänden von Ärztesgesellschaften und ggf. - auf Anforderung des Arbeitsausschusses - Spitzenorganisationen von Herstellern von Medizinprodukten und -geräten Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben. Der Arbeitsausschuss kann Sachverständige hinzuziehen. Für die Stellungnahmen ist der Fragebogen des Arbeitsausschusses zugrunde zu legen. Zur Abgabe der Stellungnahmen ist durch den Arbeitsausschuss eine angemessene Frist zu setzen, die einen Monat nicht unterschreiten soll. Innerhalb der vorgegebenen Frist sind alle relevanten Unterlagen einzureichen, die geeignet sind, um den „Nutzen“, die „medizinische Notwendigkeit“ und die „Wirtschaftlichkeit“ der betreffenden Methoden nach dem gegenwärtigen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse zu belegen.

Die Stellungnahmen haben die in Nummer 2.3 dieser Richtlinie niedergelegten Kriterien zu beachten.

6. Verfahren der Überprüfung

- 6.1 Der vom Bundesausschuss hierzu beauftragte Arbeitsausschuss stützt sich bei der Überprüfung auf die Darlegungen gemäß Nummer 2.3 bzw. Nummer 3.3 sowie auf die Unterlagen zu den Nummern 7.1 bis 7.3 des Antragstellers oder der veranlassenden Seite im Bundesausschuss, sowie auf die mit den Stellungnahmen zu den Nummern 7.1 bis 7.3 eingegangenen Unterlagen.

In die Überprüfung können insbesondere auch die Ergebnisse eigener Recherchen des Bundesausschusses, wie z. B. umfassende medizinische Verfahrensbewertungen (HTA-Berichte), systematische Übersichtsarbeiten (Reviews), einzelne klinische Studien, evidenzbasierte Leitlinien, Auswertungen

medizinischer Datenbanken sowie vom Bundesausschuss zusätzlich eingeholte Gutachten einbezogen werden.

- 6.2 Die Überprüfung auf Erfüllung der gesetzlichen Kriterien des „Nutzens“, der „medizinischen Notwendigkeit“ und der „Wirtschaftlichkeit“ erfolgt einzeln in der Reihenfolge nach den Nummern 7.1 bis 7.3. Die Unterlagen zur jeweiligen Methode werden hinsichtlich ihrer Qualität beurteilt, in Anlehnung an internationale Evidenzkriterien den Evidenzstufen gemäß den Nummern 8.1 und 8.2 zugeordnet und in den Bewertungsprozess des Ausschusses einbezogen.

Unter Abwägung aller vorliegenden Unterlagen gibt der Arbeitsausschuss eine zusammenfassende Beurteilung der betreffenden Methode als Beschlussempfehlung an den Bundesausschuss.

- 6.3 Die Anerkennung einer Methode als vertragsärztliche Leistung setzt voraus, dass die in § 135 Abs. 1 Nr. 1 SGB V vorgegebenen Kriterien vom Ausschuss als erfüllt angesehen werden. Der Ausschluss einer Methode erfolgt, wenn eines oder mehrere der o. g. Kriterien nicht erfüllt sind.
- 6.4 Besondere Anforderungen werden an den Nachweis des Nutzens entsprechend dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse gestellt: Danach ist der Nutzen einer Methode in der Regel durch mindestens eine Studie der Evidenzklasse I zu belegen. Liegen bei der Überprüfung einer Methode Studien dieser Evidenzklasse nicht vor, so entscheidet der Ausschuss aufgrund der Unterlagen der bestvorliegenden Evidenz.
- 6.5 Auf Vorschlag des Arbeitsausschusses kann der Bundesausschuss in geeigneten Fällen Beratungen über eine Methode für längstens drei Jahre aussetzen, wenn aussagekräftige Unterlagen entsprechend den Kriterien in den Nummern 7.1. bis 7.3 nicht vorliegen, diese aber im Rahmen einer gezielten wissenschaftlichen Bewertung insbesondere auch durch ein Modellverfahren i. S. der §§ 63-65 SGB V in einem vertretbaren Zeitraum beschafft werden können. Der Bundesausschuss kann zur näheren Ausgestaltung des Modellvorhabens Vorgaben beschließen, insbesondere zur konkreten Fragestellung, zur Dauer und zum örtlichen und personellen Anwendungsbereich. Weicht das Modellvorhaben von den Vorgaben ab, so kann der Bundesausschuss die Aussetzung aufheben und nach der aktuellen Beweislage über die Methode entscheiden.

7. Kriterien

- 7.1 Die Überprüfung des „Nutzens“ einer Methode erfolgt insbesondere auf der Basis folgender Unterlagen:

- Studien zum Nachweis der Wirksamkeit bei den beanspruchten Indikationen

- Nachweis der therapeutischen Konsequenz einer diagnostischen Methode
 - Abwägung des Nutzens gegen die Risiken
 - Bewertung der erwünschten und unerwünschten Folgen („outcomes“)
 - Nutzen im Vergleich zu anderen Methoden gleicher Zielsetzung
- 7.2 Die Überprüfung der „medizinischen Notwendigkeit“ einer Methode erfolgt insbesondere auf der Basis von Unterlagen:
- zur Relevanz der medizinischen Problematik
 - zur Häufigkeit der zu behandelnden Erkrankung
 - zum Spontanverlauf der Erkrankung
 - zu diagnostischen oder therapeutischen Alternativen
- 7.3 Die Überprüfung der „Wirtschaftlichkeit“ einer Methode erfolgt insbesondere auf der Basis von Unterlagen zur:
- Kostenschätzung zur Anwendung beim einzelnen Patienten
 - Kosten-Nutzenabwägung im Bezug auf den einzelnen Patienten
 - Kosten-Nutzenabwägung im Bezug auf die Gesamtheit der Versicherten, auch Folgekosten-Abschätzung
 - Kosten/Nutzen-Abwägung im Vergleich zu anderen Methoden

8. Bewertung der Unterlagen

- 8.1 Der Ausschuss ordnet die Unterlagen zu therapeutischen Methoden nach folgenden Evidenzstufen:
- I: Evidenz aufgrund wenigstens einer randomisierten, kontrollierten Studie, durchgeführt und veröffentlicht nach international anerkannten Standards (z. B.: „Gute klinische Praxis“ (GCP), Consort).
- Ila: Evidenz aufgrund anderer prospektiver Interventionsstudien.
- Ilb: Evidenz aufgrund von Kohorten- oder Fallkontroll-Studien, vorzugsweise aus mehr als einer Studiengruppe.
- Ilc: Evidenz aufgrund von zeitlichen oder räumlichen Vergleichen mit bzw. ohne die zu untersuchenden Interventionen.
- III: Meinungen anerkannter Experten, Assoziationsbeobachtungen, pathophysiologische Überlegungen oder deskriptive Darstellungen; Berichte von Expertenkomitees; Konsensus-Konferenzen; Einzelfallberichte.
- 8.2 Der Ausschuss ordnet die Unterlagen zu diagnostischen Methoden nach folgenden Evidenzstufen:

I: Evidenz aufgrund wenigstens einer randomisierten, kontrollierten Studie, durchgeführt und veröffentlicht gemäß international anerkannten Standards (z. B.: „Gute klinische Praxis“ (GCP), Consort)¹.

II a: Evidenz aufgrund prospektiver Diagnose-Studien mit validierten Zielgrößen (sog. Goldstandards), die unter klinischen Routine-Bedingungen durchgeführt wurden und in denen Berechnungen von Sensitivität, Spezifität und prädiktiven Werten vorgenommen wurden.

II b: Evidenz aufgrund von Studien an Populationen, deren Krankheitsstatus anhand validierter Zielgrößen (sog. Goldstandards) bei Studienbeginn feststeht, und aus denen sich zumindest Angaben zur Sensitivität und Spezifität ergeben.

II c: Evidenz aufgrund von Studien an Populationen, deren Krankheitsstatus anhand einer nicht validierten diagnostischen Referenzgröße bei Studienbeginn feststeht, und aus denen sich zumindest Angaben zur Sensitivität und Spezifität ergeben.

III: Meinungen anerkannter Experten, Assoziationsbeobachtungen, patho-physiologische Überlegungen oder deskriptive Darstellungen; Berichte von Expertenkomitees; Konsensuskonferenzen; Einzelfallberichte.

9. Empfehlungen zur Qualitätssicherung

Zu neuen Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden, die nach Auffassung des Bundesausschusses die gesetzlichen Kriterien erfüllen, werden zugleich mit der Anerkennung Empfehlungen abgegeben über die notwendige Qualifikation der Ärzte, die apparativen Anforderungen, sowie Anforderungen an Maßnahmen der Qualitätssicherung, um eine sachgerechte Anwendung der Methode zu sichern, und über die erforderlichen Aufzeichnungen über die ärztliche Behandlung.

Dabei folgt der Bundesausschuss dem Aufbau und der inhaltlichen Gestaltung der Vereinbarungen der Partner der Bundesmantelverträge nach § 135 Abs. 2 SGB V, die ihrerseits daraufhin die entsprechenden verbindlichen Vereinbarungen zur Qualitätssicherung treffen können.

10. Dokumentation

Zur Überprüfung einer Methode wird zusammenfassend intern dokumentiert:

- der Antrag bzw. die Initiative zur Überprüfung und die Begründung
- die der Beschlussempfehlung zugrundeliegenden Unterlagen und ihre Bewertung

¹ In dieser Studie wird ein therapeutisches Konzept in einem der Studienarme durch die zu evaluierende Diagnostik induziert bzw. modifiziert, während in einem anderen Studienarm zu diesem Zwecke die bisher etablierte Diagnostik angewendet wird. Der klinische Erfolg in den Studienarmen muss anhand prospektiv festgelegter Zielgrößen verglichen werden

- Beschlussempfehlung und Begründung
- ggf. Empfehlungen zur Qualitätssicherung

11. Ergebnisse der Überprüfungen, Veröffentlichung

Der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen veröffentlicht die Ergebnisse der Überprüfungen gemäß § 135 Abs. 1 SGB V als Beschlüsse in folgenden Anlagen:

- Anlage A: Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden
(*nicht aufgeführt*)
- Anlage B: Methoden, die nicht als vertragsärztliche Leistungen zu Lasten der Krankenkassen erbracht werden dürfen
(*nicht aufgeführt*)

Inkrafttreten

Die Richtlinien treten am Tage nach der Bekanntmachung im Bundesanzeiger in Kraft.

Bonn, den 10. Dezember 1999

Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen
Der Vorsitzende
Jung

11.13 Beratungsantrag und Begründung

11.13.1 Antrag des VdAK / AEV vom 21. Mai 2003



Verband der
Angestellten-
Krankenkassen e.V.



AEV - Arbeiter-
Ersatzkassen-
Verband e.V.

VdAK / AEV • 53719 Siegburg

Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen
Arbeitsausschuss „Heil- und Hilfsmittel“
Postfach 17 63

53721 Siegburg

Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen		Grundsatzfragen der medizinischen Versorgung/ Leistungen
Eing.	22. MAI 2003	Frankfurter Straße 84 53721 Siegburg Telefon: 0 22 41 / 108 - 0 Telefax: 0 22 41 / 108 - 248 Internet: www.vdak-aev.de
Vorsitzender	<i>Dr. Kunz</i>	

Ihre Ansprechpartnerin:
Petra Hadank
Durchwahl: 332, Fax: 248
Petra.Hadank@vdak-aev.de
2141/68/Hk/St

21. Mai 2003

**Sitzung der Arbeitsgruppe „Petö“ des Arbeitsausschusses „Heil- und Hilfsmittel“
am 14.05.2003 in Köln
hier: Konduktive Bewegungstherapie nach Petö**

Sehr geehrte Damen,
sehr geehrte Herren,

vor dem Hintergrund, dass die Krankenkassen vermehrt mit Kostenübernahmeanträgen für die konduktive Bewegungstherapie nach Petö konfrontiert wurden, hat der AOK-Bundesverband mit Schreiben vom 16.03.1995 beantragt, über die Methode im Arbeitsausschuss „Heil- und Hilfsmittel“ zu beraten.

Eine Beschlussfassung zu der Thematik erfolgte in der Sitzung des Arbeitsausschusses „Heil- und Hilfsmittel“ am 13.06.1995 nicht. Nach Auffassung der Besprechungsteilnehmer sei das mit der Methode zu erzielende therapeutische Ergebnis auch mit dem in der Bundesrepublik vorhandenen und von der gesetzlichen Krankenversicherung finanzierten Angebot an Frühfördereinrichtungen einschließlich der sozialpädiatrischen Zentren erreichbar. Darüber hinaus bestehe kein Bedarf, eine fixe Kombination von Maßnahmen als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung in die Heilmittel-Richtlinien aufzunehmen, da die Verordnung von Einzelmaßnahmen aus der Logopädie, Ergotherapie und Physiotherapie in notwendigem Umfang dem Arzt unbenommen ist und eine Kombination von Elementen darauf kein Heilmittel im Sinne der Richtlinien darstelle.

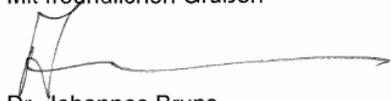
Am 31.05.1996 einigten sich die Mitglieder des Arbeitsausschusses „Heil- und Hilfsmittel“ darauf, vor dem Hintergrund des laufenden Modellversuches der Ersatzkassen, die Beratungen zunächst zurückzustellen. Zwischenzeitlich liegt der umfangreiche Abschlussbericht „Petö“ zu dem Modellprojekt, welches in den Jahren 1996 bis 2001 am Institut für Soziale Pädiatrie und Jugendmedizin der Ludwig-Maximilians-Universität München mit Unterstüt-

zung durch den VdAK/AEV und deren Mitgliedskassen durchgeführt wurde, vor. Die Beratungen zu der Thematik konnten deshalb am 14.05.2003 wieder aufgenommen werden.

Die Besprechungsteilnehmer verständigten sich dabei auf folgende Fragestellung:

- 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.
- Können Empfehlungen für die Sicherung der Qualität bei der Leistungserbringung gemäß § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 abgegeben werden.
- Handelt es sich bei der Bewegungstherapie überhaupt um Heilmittel oder ggf. um ärztliche kontrollierte Leistungen, die vergleichbar sind mit sozialpädiatrischen Leistungen?
- Welche Therapieelemente kommen zum Einsatz?
- Welche Qualifikation erwerben die Therapeuten?
- Für welches Patientenkontinuum kommt die Bewegungstherapie nach Petö überhaupt in Betracht?
- Welche Risiken können auf Grund der Behandlung entstehen?
- Ist bei der Bewegungstherapie nach Petö von einer wirtschaftlichen Behandlung auszugehen?

Mit freundlichen Grüßen


Dr. Johannes Bruns

11.13.2 Protokollauszug aus der Sitzung des Arbeitsausschusses Heilmittel- und Hilfsmittel-Richtlinien vom 13. Juni 1995**TOP 2 Anerkennung neuer Heilmittel
hier: Konduktive Bewegungstherapie/Behandlungsmethode nach Petö**

Hierzu liegen die Anfrage eines Rechtsanwaltes sowie weitere Hintergrundinformationen vor. Im Arbeitsausschuss wird zu dieser Methode folgendes festgehalten:

Bei der konduktiven Therapie nach Petö handelt es sich um eine ungarische Variante der Behindertenrehabilitation zur Frühförderung von entwicklungsbehinderten Kindern. Die Methode beinhaltet Elemente aus der Logopädie, der Ergotherapie und der Physiotherapie, mit eindeutig pädagogischem Ansatz. Das ungarische Modell wird von einer besonders geschulten Fachkraft, in Ungarn „Konduktorin“ genannt, durchgeführt. Hierbei handelt es sich um einen in Deutschland nicht anerkannten Beruf, der in Anbetracht des pädagogisch ausgerichteten Verfahrens auch Aufgaben beinhaltet, die nicht in den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung gehören. Der Schwerpunkt ist eher im Rahmen einer „Sonderschule“ für geistig und körperlich behinderte Kinder zu sehen. Darüber hinaus handelt es sich nicht um eine am deutschen Medizinsystem ausgerichtete Methode.

Da das mit der Methode zu erzielende therapeutische Ergebnis auch mit dem in der Bundesrepublik vorhandenen und von der gesetzlichen Krankenversicherung finanzierten Angebot an Frühfördereinrichtungen einschließlich der Sozialpädiatrischen Zentren erreicht werden kann, ist eine Behandlung der Kinder in Begleitung der Mutter in Ungarn zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung nicht zu akzeptieren.

Darüber hinaus besteht kein Bedarf, eine fixe Kombination von Maßnahmen als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung in die Heilmittel-Richtlinien aufzunehmen, da die Verordnung von Einzelmaßnahmen aus der Logopädie, Ergotherapie und Physiotherapie in notwendigem Umfang dem Arzt unbenommen ist und eine Kombination von Elementen daraus kein Heilmittel im Sinne der Richtlinien darstellt.

Zusammenfassend ergibt sich daher für den Arbeitsausschuss Heilmittel- und Hilfsmittel-Richtlinien kein weiterer Handlungsbedarf zur Methode nach Petö.

11.13.3 Protokollauszug aus der Sitzung des Arbeitsausschusses Heilmittel- und Hilfsmittel-Richtlinien vom 31. Mai 1996

TOP 4 Konduktive Bewegungstherapie / Behandlungsmethode nach Petö

Hierzu weist der Vorsitzende des Arbeitsausschusses auf die vorliegende kritische Stellungnahme der Gesellschaft für Neuropädiatrie hin, die die bisherige Meinungsbildung im Arbeitsausschuss unterstützt. Die Ärzteseite im Arbeitsausschuss vertritt daher die Auffassung, die Methode nach Petö in die Anlage 2 zu den Richtlinien aufzunehmen.

Von Seiten der Vertreter der Krankenkassen wird hingegen eine Anführung dieser Methode in der Anlage 2 zu den Richtlinien derzeit nicht gewünscht und die bisherige Beschlusslage des Arbeitsausschusses, wie sie bei der Sitzung am 13. Juni 1995 gefasst wurde, für ausreichend gehalten. Damals wurde die Auffassung vertreten, dass die Methode kein Heilmittel im Sinne der Richtlinien darstellt und sich für den Arbeitsausschuss kein weiterer Handlungsbedarf hierzu ergibt. Es wird betont, dass auch weiterhin an dieser Beschlusslage des Arbeitsausschusses festgehalten wird.

Der Vertreter des Medizinischen Dienstes erläutert nochmals, dass der Behandlungsansatz der Methode nach Petö vorwiegend ein pädagogischer ist; die sie durchführenden sogenannten „Konduktoren“ haben dementsprechend die Stellung eines Sonderschullehrers. Defizite in der Versorgung zerebralparetischer Kinder bestehen nicht. Allerdings wird die Schaffung ärztlicher Behandlungskonzepte bzw. -strukturen für zerebralparetische Kinder durch die entsprechenden Fachgesellschaften für sinnvoll erachtet.

Vor dem Hintergrund des laufenden Modellversuchs der Ersatzkassen, in dem Elemente der Petö-Methode erprobt werden sollen, einigen sich die Mitglieder des Arbeitsausschusses darauf, das Thema zunächst zurückzustellen, bis Informationen und Ergebnisse zu dem Modellversuch vorliegen. Hierzu wird Herr Dr. Kruse, Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen, um Stellungnahme gebeten, um auf dieser Basis die Beratungen im Arbeitsausschuss fortzusetzen. Als weitere Sachverständige werden vorgeschlagen: Herr Prof. Dr. Voss (Leiter des Modellversuchs), Herr Prof. Dr. Schlack (Bonn), Herr Prof. Dr. Gross-Selbeck (Düsseldorf) und Herr Prof. Dr. Hanefeld (Göttingen) als Sachverständige der Gesellschaft für Neuropädiatrie.

11.14 Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses

Beschluss über eine Änderung der Richtlinien über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Heilmittel-Richtlinien)

vom 21. Dezember 2004

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 21. Dezember 2004 beschlossen, die Richtlinien über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Heilmittel-Richtlinien) in der Fassung vom 1. Dezember 2003 und 16. März 2004 (BAnz Nr. 106 a), wie folgt zu ändern:

- I. Die Anlage der Heilmittel-Richtlinien „Nichtverordnungsfähige Heilmittel im Sinne dieser Richtlinien“ wird wie folgt geändert:
 1. Im Abschnitt „a) Maßnahmen, deren therapeutischer Nutzen nach Maßgabe der BUB-Richtlinie nicht nachgewiesen ist“ wird angefügt:
„12. Konduktive Förderung nach Petö“
 2. In Abschnitt „b) Indikationen, bei denen der Einsatz von Maßnahmen, deren therapeutischer Nutzen nachgewiesen ist, nicht anerkannt ist“ werden die bisherigen Nummern 12 bis 15 ersetzt durch die Nummern 1 bis 4.
 3. In Abschnitt „c) Maßnahmen, die der persönlichen Lebensführung zuzuordnen sind“ werden die bisherigen Nummern 16 bis 22 ersetzt durch die Nummern 1 bis 7.
- II. Die Änderung der Richtlinien tritt am Tag nach der Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.

Siegburg, den 21. Dezember 2004

Gemeinsamer Bundesausschuss

Der Vorsitzende

Dr. jur. R. Hess

11.15 Beschlussbegründung

Beschlussbegründung über eine Änderung der Richtlinien über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Heilmittel-Richtlinien)

vom 21. Dezember 2004

Zusammenfassung der Beratung zur Konduktiven Förderung nach Petö

1. Methode

Die Konduktive Förderung nach Petö ist ein multimodaler Interventionsansatz mit Elementen der

- Pädagogik,
- Physikalischen Therapie,
- Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie,
- Ergotherapie und
- sozialer Anleitung.

Sie dient der Behandlung von Personen mit cerebralen Bewegungsstörungen, insbesondere der infantilen Zerebralparese. Im Ursprungsland Ungarn wird die Konduktive Förderung durch staatlich anerkannte Konduktorinnen / Konduktoren durchgeführt.

Die Förderung erfolgt in der Regel als ein Interventionsprogramm über mehrere Stunden pro Tag und an mehreren Tagen in der Woche entweder integriert in einem Kindergartensetting oder einem schulischen Gruppensetting während des ganzen Jahres oder als mehrwöchiger Intensivkurs.

2. Nutzen

Aus den wissenschaftlichen Unterlagen ergeben sich zwar Hinweise auf positive Wirkungen einer Konduktiven Förderung nach Petö bei Kindern mit einer infantilen Zerebralparese. Mangels methodisch sauberer Vergleichsuntersuchungen ist 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.

Die Intervention Konduktive Förderung nach Petö hat, unabhängig davon, in welcher Form (Art und Umfang) sie erfolgte, in den Studien für die Indikation Infantile

Zerebralparese (Tetraparese-, Di- oder Hemiplegie) keine Überlegenheit gegenüber den jeweiligen Vergleichsinterventionen gezeigt.

Für die anderen in Stellungnahmen genannten Indikationen (u. a. frühkindlicher Hirnschaden, sensomotorische Entwicklungsstörung, hyper- oder dyskinetische Bewegungsstörungen, Ataxie, Athetose, Muskelhypotonie, Spina bifida, Zustand nach Schädel-Hirntraumas und andere erworbene Hirnfunktionsstörungen, Zustand nach Enzephalitis mit Residualsyndrom, Multiple Sklerose, Morbus Parkinson, allgemeine Entwicklungsretardierung) fanden sich keine aussagefähigen Studien zum Nachweis des therapeutischen Nutzens.

3. Notwendigkeit

Die infantile Zerebralparese und andere vergleichbare Schädigungen bedürfen einer multidimensionalen und multiprofessionell durchgeführten Therapie unter kompetenter ärztlicher, psychologischer und pädagogischer Anleitung. Patienten mit einer infantilen Zerebralparese bzw. vergleichbaren Störungen benötigen in Abhängigkeit von körperlichen, geistigen und seelischen Störungen der Körperfunktion oder -struktur und Störungen der Aktivitäten entsprechend dem Alter und dem Entwicklungsstatus der Person ein differenziertes, dem jeweiligen Stand der körperlichen, geistigen und seelischen Entwicklung angepasstes Versorgungs- und Behandlungsangebot.

Die Steuerung der Versorgung (pädagogische, medizinische, soziale Interventionen) muss in kompetenter Hand liegen (z. B. Pädiater, Neuro-Pädiater, auch bei der ärztlichen Leitung in Sozialpädiatrischen Zentren oder Interdisziplinären Frühförderstellen), um den betroffenen Personen einen bestmöglichen Umgang mit den vorhandenen Behinderungen und eine weitgehende Integration in die Gesellschaft zu ermöglichen. Notwendige medizinische und nicht-medizinische Interventionen müssen, um Überforderungen, weiteren Störungen der Körperfunktion oder -struktur, Fehlentwicklungen und Störungen der Aktivitäten vorzubeugen, aufeinander abgestimmt sein.

4. Wirtschaftlichkeit

Systematische wissenschaftliche Untersuchungen zur Kosteneffektivität einer Konduktiven Förderung nach Petö im Vergleich zu anderen Interventionen liegen nicht in ausreichender Qualität vor.

5. Berufsbild der Konduktorin / des Konduktors

In Deutschland gibt es für den Beruf der Konduktorin / des Konduktors keine staatlich anerkannte Berufsausbildung. Ausbildungen werden von mehreren Organisationen bzw. Institutionen angeboten, die unterschiedliche Zertifikate ausstellen.

Gesetzlich vorgeschriebenes Anhörungsverfahren

In der Sitzung am 20. Juli 2004 hat der G-BA die Einleitung des Anhörungsverfahrens nach § 92 Abs. 6 Satz 2 SGB V zur Änderung der Anlage der Heilmittel-Richtlinien beschlossen. Der o. a. Entwurf zur Änderung der Anlage der Heilmittel-Richtlinien wird zur Anhörung nach § 92 Abs. 6 Satz 2 SGB V freigegeben (Anhörungsfrist: 28. Juli bis 30. August 2004).

Anhörungsentwurf:

12. Konduktive Förderung nach Petö

Die Ziffern unter b) und c) sollten neu nummeriert werden:

b) Indikationen, bei denen der Einsatz von Maßnahmen, deren therapeutischer Nutzen nachgewiesen ist, nicht anerkannt ist

1. Entwicklungsbedingte Sprechunflüssigkeit im Kindesalter
2. Stimmtherapie bei nicht krankhaftem Verlauf des Stimmbruchs
3. Alle psychotherapeutischen Behandlungsformen, die Regelungsgegenstand der Psychotherapie-Richtlinien sind
4. Störungen wie Lese- und Rechtschreibschwäche, sonstige isolierte Lernstörungen

c) Maßnahmen, die der persönlichen Lebensführung zuzuordnen sind

1. Massage des ganzen Körpers (Ganz- bzw. Vollmassagen)
2. Massage mittels Gerät/Unterwassermassage mittels automatischer Düsen
3. Teil- und Wannensäuerbäder, soweit sie nicht nach den Vorgaben des Heilmittelkataloges verordnungsfähig sind
4. Sauna, römisch-irische und russisch-römische Säuerbäder
5. Schwimmen und Baden, auch in Thermal- und Warmwasserbädern
6. Maßnahmen, die der Veränderung der Körperform (z. B. Bodybuilding) oder dem Fitness-Training dienen
7. Maßnahmen, die ausschließlich der Anreizung, Verstärkung und Befriedigung des Sexualtriebes dienen sollen

Vor der Entscheidung des Bundesausschusses über die Richtlinien zur Verordnung von Heilmitteln nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V ist den in § 125 Abs. 1 Satz 1 SGB V genannten Organisationen der Leistungserbringer Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen.

Nach Abschluss der Prüfung des Nutzens der Konduktiven Förderung nach Petö in der Sitzung des Unterausschusses Heil- und Hilfsmittel am 2. Juni 2004, empfiehlt der Unterausschuss dem Gemeinsamen Bundesausschuss:

I. Die Anlage der Heilmittel-Richtlinien „a) Maßnahmen, deren therapeutischer Nutzen nach Maßgabe der BUB-Richtlinie nicht nachgewiesen ist“ wird wie folgt erweitert:

„12. Konduktive Förderung nach Petö“

II. Die bisherigen Nummern 12 bis 15 des Abschnitts „b) Indikationen, bei denen der Einsatz von Maßnahmen, deren therapeutischer Nutzen nachgewiesen ist, nicht anerkannt ist“ werden ersetzt durch die Nummern 1 bis 4.

III. Die bisherigen Nummern 16 bis 22 des Abschnitts „c) Maßnahmen, die der persönlichen Lebensführung zuzuordnen sind“ werden ersetzt durch die Nummern 1 bis 7.

Stellungnahmen

Mit Schreiben vom 28. Juli 2004 erhielten die Anhörungsberechtigten nach § 92 Abs. 6 Satz 2 SGB V sowie die Bundesärztekammer nach § 91 Abs. 8a SGB V Gelegenheit zur Stellungnahme bis zum 30. August 2004.

Fristgerecht eingegangene Stellungnahmen:

- Bundesarbeitsgemeinschaft der Heilmittelverbände e. V. (BHV)

- Die Bundesarbeitsgemeinschaft der Heilmittelverbände e. V. (BHV) äußert sich befürwortend zur vorgeschlagenen Ergänzung der Anlage der Heilmittel-Richtlinien.
- Deutscher Bundesverband der Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen

In Ihrer Stellungnahme teilt die Bundesärztekammer mit, dass ohne Kenntnis, welche Evidenz der Gemeinsame Bundesausschuss bei seiner Beurteilung des therapeutischen Nutzen zu Grunde gelegt hat, eine substantiierte Stellungnahme nicht möglich sei.

Auswertung des Anhörungsverfahrens

Unter Berücksichtigung der Stellungnahmen der BHV, der DBS und der Bundesärztekammer ergibt sich für den Gemeinsamen Bundesausschuss keine Notwendigkeit, die vorgeschlagene Änderung der Heilmittel-Richtlinien zu ändern.

Siegburg, den 21. Dezember 2004

Gemeinsamer Bundesausschuss

Der Vorsitzende

Dr. jur. R. Hess

11.16 Veröffentlichung des Beschlusses im Bundesanzeiger

BAnz, 2005; Nr. 61: S. 4995

Bekanntmachungen

Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung

Bekanntmachung [1342 A] eines Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinien über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Heilmittel-Richtlinien)

Vom 21. Dezember 2004

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 21. Dezember 2004 beschlossen, die Richtlinien über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Heilmittel-Richtlinien) in der Fassung vom 1. Dezember 2003/16. März 2004 (BAnz. Nr. 106a vom 9. Juni 2004), wie folgt zu ändern:

- I. Die Anlage der Heilmittel-Richtlinien „Nichtverordnungsfähige Heilmittel im Sinne dieser Richtlinien“ wird wie folgt geändert:
 1. Im Abschnitt „a) Maßnahmen, deren therapeutischer Nutzen nach Maßgabe der BUB-Richtlinie nicht nachgewiesen ist“ wird angefügt:
„12. Konduktive Förderung nach Petö“
 2. In Abschnitt „b) Indikationen, bei denen der Einsatz von Maßnahmen, deren therapeutischer Nutzen nachgewiesen ist, nicht anerkannt ist“ werden die bisherigen Nummern 12 bis 15 ersetzt durch die Nummern 1 bis 4.
 3. In Abschnitt „c) Maßnahmen, die der persönlichen Lebensführung zuzuordnen sind“ werden die bisherigen Nummern 16 bis 22 ersetzt durch die Nummern 1 bis 7.
- II. Die Änderung der Richtlinien tritt am Tag nach der Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.

Siegburg, den 21. Dezember 2004

Gemeinsamer Bundesausschuss
Der Vorsitzende
Dr. jur. R. H e s s

11.17 Veröffentlichung des Beschlusses im Deutschen Ärzteblatt

Deutsches Ärzteblatt, 2005, Heft 14, S. A1011

Beschluss

über eine Änderung der Richtlinien über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Heilmittel-Richtlinien)

vom 21. Dezember 2004

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 21. Dezember 2004 beschlossen, die Richtlinien über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Heilmittel-Richtlinien) in der Fassung vom 1. Dezember 2003/16. März 2004 (BAnz Nr. 106 a vom 9. Juni 2004) wie folgt zu ändern:

I. Die Anlage der Heilmittel-Richtlinien „Nichtverordnungsfähige Heilmittel im Sinne dieser Richtlinien“ wird wie folgt geändert:

1. Im Abschnitt „a) Maßnahmen, deren therapeutischer Nutzen nach Maßgabe der BUB-Richtlinie nicht nachgewiesen ist“ wird angefügt:

„12. Konduktive Förderung nach Petö“

2. In Abschnitt „b) Indikationen, bei denen der Einsatz von Maßnahmen, deren therapeutischer Nutzen nachgewie-

sen ist, nicht anerkannt ist“ werden die bisherigen Nummern 12 bis 15 ersetzt durch die Nummern 1 bis 4.

3. In Abschnitt „c) Maßnahmen, die der persönlichen Lebensführung zuzuordnen sind“ werden die bisherigen Nummern 16 bis 22 ersetzt durch die Nummern 1 bis 7.

II. Die Änderung der Richtlinien tritt am Tag nach der Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.

Stegburg, den 21. Dezember 2004

Gemeinsamer Bundesausschuss

Der Vorsitzende
Dr. jur. R. Hess

Veröffentlichung im Bundesanzeiger erfolgte am 1. April 2005. □