

4. Rechtliche Grundlagen für die Finanzierung der Konduktiven Förderung

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

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

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

4.1 Die Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses

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

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

4.1.1 Modellprojekt Konduktive Förderung nach Petö

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

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

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

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

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

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

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

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

a) Stellungnahme des BMGS zum Beschluss des G-BA

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

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

b) Schriftverkehr des BMGS mit dem BVKM

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

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

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

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

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

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

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

4.2 Rechtsprechung

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

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

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

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

4.2.1 Urteile des Bundessozialgerichts vom 3. September 2003

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

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

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

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

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

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

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

4.2.2 Rechtsprechung der Verwaltungsgerichte zur Konduktiven Förderung als Maßnahme der Eingliederungshilfe

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

a) Nach den Entscheidungen des BSG von 2003

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

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

b) Vor den Entscheidungen des BSG von 2003

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

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

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

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

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

4.2.3 Rechtsprechung der Sozialgerichte zur Konduktiven Förderung als Maßnahme der Eingliederungshilfe

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

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

4.3 Mögliche Anspruchs- und Finanzierungsgrundlagen

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

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

4.3.1 Konduktive Förderung als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung

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

a) als Heilmittel im Rahmen der ambulanten Versorgung

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

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

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

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

b) als Bestandteil von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

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

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

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

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

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

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

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

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

(1) Anforderungen an die Einrichtungen

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

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

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

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

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

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

(2) Leistungen der Rehabilitationseinrichtungen

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

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

Ferner heißt es unter Ziffer 5.2 der Rahmenempfehlungen:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4.3.2 Konduktive Förderung als Leistung der Sozialhilfeträger

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4.3.3 Konduktive Förderung als Leistung im Rahmen eines Persönlichen Budgets

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

a) Rechtliche Grundlagen

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

b) Voraussetzungen für die Budgetfähigkeit einer Leistung

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

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

c) Budgetfähigkeit der Konduktiven Förderung

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

aa) als Leistung der Krankenkasse zur medizinischen Rehabilitation

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

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

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

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

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

bb) als Leistung der Krankenkasse zur Krankenbehandlung

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

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

(1) Argumente gegen die Einbeziehung in ein Persönliches Budget

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

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

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

(2) Argumente für die Einbeziehung in ein Persönliches Budget

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

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

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

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

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

(3) Fazit

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

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

cc) als Leistung der Eingliederungshilfe

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

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

4.3.4 Implementierung der Konduktiven Förderung in bestehende Angebote

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

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

a) Förder- bzw. Sonderkindergärten

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

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

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

b) Förder- bzw. Sonderschulen

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

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

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