

Die Bedeutung des Sozialgesetzbuches, Teil IX, für die Konduktive Förderung zerebral geschädigter Kinder nach Petö

von Harry Fuchs, Abteilungsdirektor a.D., Düsseldorf

1. Einleitung

Bei der Behandlung der Infantilen Zerebralparese (CP) stellen bisher krankengymnastische Methoden den Schwerpunkt der eingesetzten therapeutischen Verfahren dar. Dabei haben sich in Deutschland im wesentlichen die Behandlungsmethoden nach *Bobath* und *Vojta* durchgesetzt, obwohl für diese Therapiemethoden wissenschaftlich fundierte Effektivitätsnachweise bisher fehlen.^{1,2} Es ist danach zumindest offen, ob die Dominanz dieser Methoden auf ihre Wirksamkeit gründet oder darauf, dass sie durch ihre Anerkennung als Heilmittel im Sinne der „Heilmittel-Richtlinien“ des Bundesausschusses Ärzte und Krankenkasse bislang die durch die Krankenversicherung allein finanzierbaren Methoden sind.

Nicht bestritten werden kann, dass es sich um medizinische Methoden der Krankenbehandlung (Krankengymnastik) handelt, die sich auf eine Aktivierung angeborener motorischer Programme (*Vojta*) richten oder basierend auf entwicklungsneurologischen Erkenntnissen die vorhandenen sensomotorischen Ressourcen nutzen (*Bobath*). Im Sinne einer am Alltag ausgerichteten Förderung, dem Üben von Alltagsaufgaben sowie der Erlangung von Selbstständigkeit und Autonomie greifen sie allerdings gar nicht oder wesentlich zu kurz.

Diese Erfahrung haben die Eltern zerebral geschädigter Kinder jedenfalls immer wieder gemacht und sich – nachdem mit den in Deutschland verbreiteten Methoden bei ihren Kindern keine Fortschritte mehr feststellbar waren – hoffnungsvoll Methoden zugewandt, die aus dem internationalen Raum, insbesondere dem Osten Europas bekannt wurden und mit den Namen ihrer Protagonisten wie Petö, Kozijavkin verbunden sind.

Obwohl die Eltern bei der Anwendung dieser Methoden in vielen Fällen für ihre Kinder deutliche Fortschritte und Entwicklungen wahrnahmen, wurde die Finanzierung solcher Methoden durch die deutsche Krankenversicherung unter Hinweis darauf abgelehnt, dass es sich bei diesen Methoden nicht um solche handelt, die vom Bundesausschuss Ärzte/Krankenkassen als Heilmittel anerkannt worden seien. Die Anerkennung wurde diesen Methoden durchweg mit der Begründung versagt, dass sie entweder medizinwissenschaftlich nicht begründet (z.B. *Doman/Delacato*) seien oder, wenn ihnen die medizinwissenschaftliche Substanz nicht völlig abgesprochen werden konnte, - trotz aller entgegenstehenden Erfahrungen der Eltern - ihr therapeutischer Nutzen (z.B. Wirksamkeit) nicht erwiesen sei.

Die Verbände der Angestellten-Krankenkassen (VdAK) und Arbeiter-Ersatzkassen (AEV) vergaben deshalb zur Klärung der Wirksamkeit der Konduktiven Förderung nach Petö und des therapeutischen Nutzens eine Studie an das Institut für Soziale Pädiatrie und Jugendmedizin der Ludwig-Maximilians-Universität München im Kinderzentrum München (Prof . Dr. Dr. von Voss, Priv. Doz. Dr. Bank).

Obwohl im Zeitpunkt der Vergabe des Studienauftrags durchaus der Zusammenhang zwischen der Petö-Methode und der Rehabilitation gesehen wurde³, wurden im Rahmen der Studie als Hauptzielkriterium für die Beurteilung der Wirksamkeit der Petö-Methode vorwie-

¹ Blank/von Voss, Hrsg., Abschlußbericht „Konduktive Förderung nach Petö“, Vertrieb: VdAK, Siegburg, Seiten 1-4 bis 1-6

² Darauf, dass bei der Therapie *Vojta* psychosoziale Nebenwirkungen beschrieben werden und die Methode in bestimmten Fällen kontraproduktiv zu wirken scheint, weisen *Weber/Rochel* schon 1992 hin

³ *Widekamp*, „Die Ersatzkasse“, 1996, S. 99 ff

gend Schädigungen/Beeinträchtigungen von physischen Strukturen und Funktionen (Lokomotion und Aufrichtung, Finger-Handmotorik, Funktionelle Orthopädie) vorgegeben. Demgegenüber werden die Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der Partizipation lediglich im Bereich der sog. „Nebenzielkriterien“ ausschließlich mit Methoden der klinischen Psychologie erfasst und gewinnen in der Beurteilung des Studienergebnisses (z.B. durch den Medizinischen Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen⁴) nur periphere Bedeutung.

Unmittelbar am Ende des vom 1.1.1996 bis 30.6.2001 dauernden Projektes trat am 1.7.2001 das Neunte Buch des Sozialgesetzbuches – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen – (SGB IX) in Kraft, das die Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder in § 26 Abs. 1 Nr. 2 SGB IX zweifelsfrei der medizinischen Rehabilitation zuordnet. Maßgebend für die Beurteilung, ob es sich bei der Methode Petö um eine Methode oder Leistung im Rahmen der Frühförderung und damit der medizinischen Rehabilitation handelt, sind danach nicht mehr die bisher für die Bewertung als Heilmittel bzw. einer Methode der Krankenbehandlung heranzuziehenden Kriterien und Maßstäbe, sondern die des Sozialgesetzbuches, Teil IX , sowie der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO)⁵.

Da der Gesetzgeber in § 19 SGB IX allein den Rehabilitationsträgern den Sicherstellungsauftrag für die Gewährleistung der erforderlichen Versorgungsstrukturen und mit § 13 Abs. 2 Nr. 1 und 2 SGB IX die Feststellungs- und Gestaltungsverantwortung übertragen hat, welche Maßnahmen nach § 3 SGB IX geeignete Leistungen im Sinne des SGB IX sind bzw. in welchen Fällen und in welcher Weise notwendige Leistungen zur Teilhabe angeboten werden, ist es originäre Aufgabe der Rehabilitationsträger selbst, darüber zu entscheiden, ob und inwieweit die Methode Petö als Leistung der medizinischen Rehabilitation zu erbringen ist. Obwohl die vom VdAK/AEV in Auftrag gegebene Studie einen – wenn auch nicht umfassenden – Abschnitt über die Einordnung und Beziehung der Konduktiven Förderung nach Petö zum Sozialgesetzbuch IX sowie zur ICF⁶ und die Stellungnahme des MDS einen Hinweis auf § 13 SGB IX enthält⁷, vertreten VdAK/AEV offensichtlich die Auffassung, dass nunmehr der Bundesausschuss Ärzte/Krankenkassen über die Aufnahme der Methode Petö in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) entscheiden müsse⁸.

Die Richtlinienkompetenz des Bundesausschusses Ärzte/Krankenkassen beschränkte sich mit Blick auf § 73 Abs. 3 SGB V⁹ bereits vor Inkrafttreten des SGB IX nach § 92 Abs. 1 Nr. 8 SGB V auf den Beschluss einer Richtlinie über die Verordnung von - nicht aber über die Definition der Inhalte der - medizinischen Leistungen zur Rehabilitation, weil die Entscheidung über Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Leistungen der medizinischen Rehabilitation nach § 40 SGB V i.V.m. §§ 111, 111a SGB V allein Aufgabe der Träger der Krankenversicherung ist, die insoweit auch schon vor Inkrafttreten des SGB IX für die medizinische Rehabilitation über den Sicherstellungsauftrag verfügte.

Der Bundesausschuss Ärzte/Krankenkassen war nur insoweit gefordert, als darüber zu entscheiden war, ob es sich bei der Methode Petö außerhalb der medizinischen Rehabilitation um ein Heilmittel und deshalb um eine Methode der Krankenbehandlung im Rahmen der Kassenärztlichen Versorgung handelt.

Nachdem der Gesetzgeber mit § 26 Abs. 2 SGB IX die Frühförderung als eigene Leistung der medizinischen Rehabilitation unabhängig von und neben der Heilmittelgewährung definiert hat, ist der Bundesausschuss Ärzte/Krankenkassen keinesfalls mehr für die Ent-

⁴ Stellungnahmen des MDS vom 7.6.2002, S. 10 sowie vom 11.7.2002, S. 3

⁵ Fuchs in Bühr/Fuchs et.al., Kommentar zum SGB IX, Beck-Verlag, § 2, Rn. 3; § 26 Rn.9; § 30

⁶ Blank/von Voss a.a.O., S. 4 – 125ff

⁷ Stellungnahme des MDS vom 7.6.2002, S. 22

⁸ Pressemitteilung des VdAK/AEV vom 7.8.2002

⁹ der es dem Abschluss eines bisher nicht zustande gekommenen Gesamtvertrages überlässt zu regeln, inwieweit Maßnahmen der Rehabilitation überhaupt Gegenstand der vertragsärztlichen Versorgung sind

scheidung darüber zuständig, ob, in welchen Fällen und in welchem Umfang die Methode Petö eine Methode im Rahmen der Frühförderung und damit der Leistungen der medizinischen Rehabilitation ist. Dies ist allein Aufgabe der Rehabilitationsträger auf der Grundlage einer gemeinsamen Empfehlung nach § 13 SGB IX.

Dieser Beitrag setzt sich mit dem bisherigen Prozess der Entscheidung über die Aufnahme der konduktiven Förderung nach Petö in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung auseinander und zeigt auf, welche Auswirkungen das SGB IX auf diesen Prozess hat.

2. Krankenbehandlung/Rehabilitation im bisherigen Recht der gesetzlichen Krankenversicherung

Nach dem Recht der Krankenversicherung (Sozialgesetzbuch, Teil V) können therapeutische Verfahren und Methoden aus Mitteln der Solidargemeinschaft finanziert werden, wenn sie Gegenstand der vorgeschriebenen oder zugelassenen Aufgaben des Versicherungsträgers (§ 40 SGB IV), d.h., Gegenstand des Leistungskataloges der Krankenversicherung (§ 11 SGB V) sind.

Der Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung umfasst in diesem Zusammenhang Leistungen

- zur Früherkennung von Krankheiten
- zur Behandlung einer Krankheit
- zur medizinischen Rehabilitation.

Der Gesetzgeber hatte die Frühförderung keiner dieser Leistungen zweifelsfrei zugeordnet. Die Regelungen zur Frühförderung wiesen im Gegenteil immer Elemente sowohl der Früherkennung, wie auch der Behandlung von Krankheiten, aber auch der medizinischen Rehabilitation auf.

So enthielt das Sozialgesetzbuch, Teil V, ab 1.1.89 im fünften Abschnitt des dritten Kapitels (Leistungen bei Krankheit) keine leistungsrechtlichen Regelungen zur Frühförderung. Der vierte Abschnitt des vierten Kapitels (Beziehungen zu Krankenhäusern und Kassenärzten) sieht dagegen in § 119 Abs. 1 die Ermächtigung Sozialpädiatrischer Zentren (SPZ) zur ambulanten sozialpädiatrischen Behandlung von Kindern vor. Nach § 119 Abs. 2 SGB V a.F. umfasste die sozialpädiatrische Behandlung in SPZ die ärztlichen und nichtärztlichen Leistungen, insbesondere auch psychologische Leistungen **sowie ergänzende Leistungen zur Rehabilitation**, die erforderlich sind, um insbesondere auch mit der in § 11 Abs. 2 SGB V genannten Zielsetzung¹⁰ eine Krankheit zum frühestmöglichen Zeitpunkt zu erkennen, zu verhindern, zu heilen oder in ihren Auswirkungen zu mildern. Ab 1.1.1992 wurde § 119 SGB V neu gefasst. Er enthält seitdem keine konkrete Beschreibung der Leistungen der SPZ mehr. Es wird vielmehr nur gefordert, dass sie fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Leitung stehen und die Gewähr für eine leistungsfähige und wirtschaftliche sozialpädiatrische Behandlung bieten. Ihre Behandlung ist auf diejenigen Kinder auszurichten, die wegen Art. Schwere oder Dauer ihrer Krankheit oder einer drohenden Krankheit nicht von geeigneten Ärzten oder in geeigneten Frühförderstellen behandelt werden können. Da der Gesetzgeber die Leistungsinhalte der SPZ nicht mehr selbst vorgibt, ist deren Ausgestaltung Aufgabe der Selbstverwaltung der niedergelassenen Ärzte (Zulassungsverfahren) und der Träger der SPZ, wobei die Definition der Leistungen in § 119 SGB in der ab 1.1.89 geltenden Fassung unverändert Maßstab sein muss, weil der Gesetzgeber mit den ab 1.1.1992 vollzogenen Änderungen leistungsrechtlich nicht hinter diese Regelungen zurücktreten wollte. Danach

¹⁰ § 11 Abs. 2 SGB damaliger Fassung: „Zu den Leistungen nach Absatz 1 gehören auch medizinische und ergänzende Leistungen zur Rehabilitation, die notwendig sind, um einer drohenden Behinderung vorzubeugen, eine Behinderung zu beseitigen, zu bessern oder eine Verschlimmerung zu verhüten oder Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder zu mindern“.

war es weiterhin möglich, den SPZ rehabilitative Leistungen zuzuordnen, wenn auch die ergänzenden Leistungen zur Rehabilitation, wie auch die rehabilitative Zielsetzung nach § 11 Abs. 2 SGB V nicht mehr ausdrücklich in der Regelung erwähnt werden.

Mit der Einführung des § 43a SGB V ab 1.1.1992 wird versicherten Kindern auch ein leistungsrechtlicher Anspruch auf nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen außerhalb der SPZ, insbesondere auf psychologische, heilpädagogische und psychosoziale Leistungen eingeräumt, wenn sie unter ärztlicher Verantwortung erbracht werden und erforderlich sind, um eine Krankheit zum frühestmöglichen Zeitpunkt zu erkennen und einen Behandlungsplan aufzustellen. Da die in diesem Zusammenhang erforderlichen ärztlichen Leistungen bereits durch § 27 Abs. 1 Nr. 1 SGB V (ärztliche Behandlung einschl. Psychotherapie) geregelt sind, schuf der Gesetzgeber mit § 43a SGB V daneben einen originären Anspruch auf die nichtärztlichen sozialpädiatrischen Leistungen.

Trotz dieser originären Leistungsansprüche bilden nach Auffassung der Krankenversicherung in der Praxis noch 1996 nicht etwa die §§ 43a, 119 SGB V, sondern § 43 Nr. 2 SGB V die Rechtsgrundlage für die Leistungsgewährung, wonach als ergänzende Leistungen zur Rehabilitation solche Leistungen erbracht werden können, die nach Art und Schwere der Behinderung erforderlich sind, um das Ziel der Rehabilitation zu erreichen oder zu sichern¹¹. Demgegenüber stützt die Literatur¹² § 43a eher auf § 28 Abs. 1 Satz 2 SGB V, wonach zur ärztlichen Behandlung auch die Hilfeleistung anderer Personen gehört, die von dem Arzt angeordnet und von ihm zu verantworten ist. Die frühestmögliche Erkennung der Krankheit, insbesondere aber die Feststellung aller geeigneten Therapiemöglichkeiten und die Aufstellung eines abgestimmten und gezielten Behandlungsplanes erfordere die Beteiligung aller an der sozialpädiatrischen Behandlung beteiligten ärztlichen und nichtärztlichen Berufe. Danach bewegt sich die Ansprüche nach §§ 43a, 119 SGB V ausdrücklich im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung und nicht im Rahmen der ergänzenden Leistungen zur Rehabilitation.

Da der Gesetzgeber die Verantwortung für die Ausgestaltung der Leistungen und die Entwicklung der Versorgungsstrukturen für die eingangs genannten Leistungen des § 11 SGB V sehr unterschiedlich geregelt hat (Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen für die Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten sowie ärztliche Behandlung gem. § 73 Abs. 2 Nr. 3 bzw. 1 SGB V, Sicherstellungsauftrag der Krankenkassen für die medizinische Rehabilitation einschl. ergänzender Leistungen gem. §§ 40 ff SGB V bzw. – neu - § 19 SGB IX) ergeben sich je nach Interpretation und Zuordnung der Frühförderung recht unterschiedliche Ergebnisse hinsichtlich der Verantwortung für die Ausgestaltung der Leistungen, aber auch die Leistungsverpflichtung.

2.1 Früherkennung von Krankheiten

Die Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten sind mit den Gesundheitsuntersuchungen des § 25 SGB V und den Kinderuntersuchungen des § 26 SGB V abschließend geregelt. Die Leistungen der Frühförderung ließen sich zu keiner Zeit in diesen Kontext einordnen. Soweit § 119 SGB V a.F. das Ziel der sozialpädiatrischen Leistungen betonte, eine Krankheit zum frühestmöglichen Zeitpunkt zu erkennen, zu verhindern, zu heilen oder in ihren Auswirkungen zu mildern, so wurde damit dieser Leistung eine klare Zielvorgabe des Gesetzgebers beigeordnet, ohne damit ihren Charakter als ärztliche Leistung im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung zu verändern.

¹¹ Widekamp, a.a.O., Seite 101

¹² Krauskopf, Soziale Krankenversicherung, § 43a, Rn. 2

2.2 Krankenbehandlung

Bei der ambulanten sozialpädiatrischen Behandlung nach § 119 SGB V, aber auch bei den nichtärztlichen sozialpädiatrischen Leistungen unter ärztlicher Verantwortung nach § 43a SGB V handelt es sich zweifelsfrei um Leistungen der Krankenbehandlung im Sinne des § 11 Abs. 1 Nr. 4 SGB V, die im Rahmen des Sicherstellungsauftrages der Kassenärztlichen Vereinigungen (§§ 72, 73, 75 SGB V) durch Richtlinien des Bundesausschusses Ärzte/ Krankenkassen (§ 92 SGB V) zu konkretisieren sind.

§ 92 Abs. 1 Satz 2 SGB V enthält eine Auflistung der Leistungen der Krankenversicherung, für die der Bundesausschuss Ärzte/Krankenkassen Richtlinien beschließen soll. Diese Auflistung erwähnt die ambulante sozialpädiatrische Behandlung bzw. die nichtärztlichen sozialpädiatrischen Leistungen – im Gegensatz zu den Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten - nicht als Tatbestand, für den eine eigene Richtlinie zu beschließen ist. Da es sich jedoch nicht um eine abschließende Aufzählung handelt, wäre der Bundesausschuss dennoch jederzeit in der Lage gewesen, eine Richtlinie für diese Leistungen zu erarbeiten und zu beschließen. Davon hat er jedoch keinen Gebrauch gemacht.

Stattdessen wurden die sozialpädiatrischen Leistungen im Rahmen der Richtlinien zu anderen Leistungen der kassenärztlichen Versorgung zugeordnet und deshalb mit den Richtlinien über die ärztliche Behandlung (§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 SGB V), insbesondere aber mit der sogen. „Heilmittel-Richtlinie“ nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 und Abs. 6 i.V.m. §§ 34 Abs. 2, 138 SGB V erfasst.

Für die Methode Petö bedeutet dies im Ergebnis, dass auf sie bei allen in diesem Zusammenhang stattfindenden Prüf-, Bewertungs- und Entscheidungsprozessen die Maßstäbe und Kriterien angewandt wurden, die für die Akutversorgung, insbesondere die Heilmittelerbringung gelten.

2.2.1 Die Heilmittel-Richtlinien des Bundesausschusses Ärzte/Krankenkassen

Die vom Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen beschlossenen Heilmittel-Richtlinien (aktuelle Fassung vom 6. Februar 2001, in Kraft getreten am 1. Juli 2001¹³) definieren die Verordnungsfähigkeit und -modalitäten von Heilmitteln ausschließlich in der vertragsärztlichen (kassenärztlichen) Versorgung. Heilmittel, die vertraglich integrierter Bestandteil der ärztlichen Behandlung (§ 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 und § 28 Abs. 1 Satz 1 SGB V), der stationären Behandlung (§ 39 SGB V) bzw. der Behandlung in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen (§ 23 Abs. 2 und 4, §§ 24, 40 und 41 SGB V) sind, werden durch die Heilmittel-Richtlinien nicht geregelt.

Die Heilmittel-Richtlinien dienen der Sicherung einer nach den Regeln der ärztlichen Kunst und unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten mit Heilmitteln. Sie beinhalten auch die sich aus dem Wirtschaftlichkeitsgebot (§ 12 SGB V) ergebenden Anforderungen, aus denen sich – neben den spezifischen Anforderungen des § 138 SGB V – bereits die grundsätzliche Forderung nach dem Nachweis des therapeutischen Nutzens der Petö-Methode ableitet.

Die Richtlinien sind für die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Vertragsärzte, Kassenärztlichen Vereinigungen, Krankenkassen und deren Verbände verbindlich. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Spitzenverbände der Krankenkassen wirken auf eine einheitliche Anwendung dieser Richtlinien und auf eine enge Zusammenarbeit zwischen verordnendem Vertragsarzt und ausführendem Therapeuten hin.

2.2.2 Definition der Heilmittel im Sinne der Richtlinien

Heilmittel im Sinne der Heilmittel-Richtlinien des Bundesausschusses Ärzte/Krankenkassen sind persönlich zu erbringende medizinische nichtärztliche Dienstleistungen. Sie umfassen

¹³ In der Fassung vom 17.6.1992 (BAnz. Beilage Nr. 183b), zuletzt geändert durch Bek. vom 6.2.2001

- Maßnahmen der Physikalischen Therapie
- Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie und
- Maßnahmen der Ergotherapie (Arbeits- und Beschäftigungstherapie).

Die Heilmittel sind abschließend in den Richtlinien aufgelistet. Andere als die dort angeführten Maßnahmen sind derzeit nicht als Heilmittel zu Lasten der Krankenkassen verordnungsfähig, es sei denn, die Richtlinien würden entsprechend erweitert.

Die Methode Petö könnte nur dann in die Richtlinien aufgenommen werden, wenn der Bundesausschuss Ärzte/ Krankenkassen zuvor einen entsprechenden Beschluss gefasst hat. Die Verordnung neuer Methoden (wie z.B. die nach Petö) durch niedergelassene Ärzte ist in § 138 SGB V (Neue Heilmittel) an besondere Voraussetzungen gebunden, nämlich u.a. die Erweiterung der Heilmittel-Richtlinie durch eine entsprechende Beschlussfassung des Bundesausschusses. Zudem enthalten die Nr. 14 der Richtlinien sowie deren Anlage 1 Vorgaben und Voraussetzungen für die Einführung neuer Heilmittel und Indikationen.

Heilmittel dürfen nur durch entsprechend ausgebildete, qualifizierte und berufspraktisch erfahrene Leistungserbringer nach ärztlicher Verordnung abgegeben werden. Dabei handelt es sich um nicht-ärztliche Leistungserbringer, in der Regel um Masseur, Krankengymnasten, Stimm-, Sprech- und Sprachtherapeuten, Ergotherapeuten. Diese Personen sind von den Landesverbänden der Krankenkassen zuzulassen (§ 124 SGB V).

Für die Methode Petö bedeutet dies ein kaum zu überwindendes Hemmnis, weil die Konduktoren nur dann zugelassen werden könnten, wenn sie neben ihrer spezifischen Kompetenz nach Petö auch eine Ausbildung im Sinne des § 124 SGB V mit der zur Führung der entsprechenden Berufsbezeichnung berechtigenden Erlaubnis nachweisen können.

2.2.3 Derzeit zugelassene therapeutische Verfahren

Nach der derzeit geltenden Heilmittel-Richtlinie sind als Maßnahmen der physikalischen Therapie für zerebral geschädigte Kinder indikationsspezifisch folgende Formen der Bewegungstherapie verordnungsfähig und von zugelassenen Krankengymnasten/ Physiotherapeuten bzw. Masseuren/medizinischen Bademeistern abrechnungsfähig

- Übungsbehandlung
- Chirogymnastik
- Allgemeine Krankengymnastik (KG)
- Gerätegestützte Krankengymnastik (KG-"Gerät")
- Krankengymnastik nach BOBATH oder VOJTA bei definierten Schädigungen des zentralen Nervensystems (ZNS) im frühen Kindesalter
- Krankengymnastik nach BOBATH, VOJTA oder PNF bei definierten Schädigungen des ZNS
- Manuelle Therapie

Dabei dient Krankengymnastik der therapeutischen Beeinflussung von Krankheiten bzw. Krankheitsfolgen. Ziele sind Funktionserhaltung, Kompensation, Anpassung, Reaktivierung sowie Verbesserung und Überwindung krankheitsbedingter Schädigungen und Fähigkeitsstörungen, wobei auf die aktuelle Krankheitsaktivität sowie den gesamten Funktionszustand abzustellen ist. Funktionszustand wird dabei allerdings im Sinne von physischen Strukturen und Funktionen, nicht aber der sonstigen Funktionen im Sinne der Aktivitäten bzw. Partizipation nach der ICF verstanden.

Neben den gezielten krankengymnastischen Basistechniken sind unter der verordnungsfähigen Leistung "Allgemeine Krankengymnastik" auch Techniken und Verfahren subsummiert, die vom Krankengymnasten/Physiotherapeuten störungsbildspezifisch gezielt zum Einsatz zu bringen sind. Diese Techniken werden in der Ausbildung zum Physiotherapeuten/Krankengymnasten vermittelt

2.2.4 Heilmittel und heilpädagogische bzw. Sonderpädagogische Leistungen

Die Heilmittel-Richtlinien schließen in Ziffer 18 (für die Stimm-, Sprech und Sprachtherapie) und in Ziffer 20 (für die Ergotherapie) ausdrücklich eine Verordnung aus, wenn an sich störungsbildspezifische heilpädagogische/sonderpädagogische Maßnahmen geboten sind. Auch wenn diese nicht durchführbar sind, dürfen die entsprechenden Heilmittel nicht an deren Stelle verordnet werden. Sie dürfen nur dann neben heilpädagogischen /sonderpädagogischen Maßnahmen verordnet werden, wenn dafür ausdrücklich eine entsprechende medizinische Indikation zusätzlich besteht.

(Diese Beschränkungen dürften auf dem Hintergrund der Regelungen zur Komplexleistung in § 30 SGB IX für Leistungen der Früherkennung und Frühförderung nach § 30 Abs. 2 SGB IX so nicht bestehen bleiben können.)

2.2.4 Facit

So lange die ambulante sozialpädiatrische Behandlung bzw. die nichtärztlichen sozialpädiatrischen Leistungen nur als Bestandteil der kassenärztlichen Versorgung von den Krankenkassen finanziert werden konnten, waren die in diesem Zusammenhang eingesetzten therapeutischen Verfahren und Methoden nur dann verordnungsfähig und von den Krankenkassen zu bezahlen, wenn sie im Rahmen einer vom Bundesausschuss Ärzte/Krankenkasse nach § 92 SGB V zu beschließenden Richtlinie nach den dargestellten Kriterien anerkannt wurden.

Bereits an dieser Stelle wird deutlich, dass für die Aufnahme der Methode Petö in das Leistungsrecht der deutschen Krankenversicherung die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der Methode an sich nur von eher peripherer Bedeutung ist. Entscheidend war bisher in allen Zulassungsverfahren allein die Frage, ob die Methode Petö die Maßstäbe für die Einbindung in das Leistungsspektrum der Akutversorgung der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung, insbesondere die Aufnahme in die Heilmittel-Richtlinie, zu erfüllen vermag. Ob die Methode unter Anlegung der Maßstäbe für andere Leistungssektoren, z.B. denen der medizinischen Rehabilitation, als bedarfsgerechte, zielgerichtete, wirksame und wirtschaftliche Methode angesehen werden kann, wurde bis heute nicht ernsthaft geprüft.

Auch die Vorgaben und Bewertungsmaßstäbe für das im Auftrag des VdAK durchgeführte Modellprojekt Petö des Instituts für Soziale Pädiatrie und Jugendmedizin der Ludwig-Maximilians-Universität München, von dessen Ergebnis die Zulassungsentscheidung für die Aufnahme der Methode in das Leistungsspektrum der GKV abhängig gemacht werden soll, orientieren sich im wesentlichen an Maßstäben der Akutversorgung, insbesondere der Heilmittelerbringung. Die Maßstäbe, die z.B. die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit und Behinderung (ICDH) seit 1980, geschweige denn die jetzt maßgebliche Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) für die Klärung der Geeignetheit einer Methode im Bereich der medizinischen Rehabilitation setzen, werden gar nicht erst herangezogen.

2.3 Medizinische Rehabilitation

Nach § 11 Abs. 2 SGB V a.F. hatten Versicherte der Krankenversicherung seit dem 1.1.89 auch Anspruch auf medizinische und ergänzende Leistungen zur Rehabilitation, die notwendig sind, um u.a. einer drohenden Behinderung vorzubeugen, eine Behinderung zu beseitigen, zu bessern oder eine Verschlimmerung zu verhüten. Dass zerebral geschädigte Kinder Behinderungen oder drohende Behinderungen im Sinne dieser Vorschriften aufweisen und deshalb nach dieser Vorschrift einen Anspruch auf medizinische Leistungen zur Rehabilitation haben, wird niemand ernsthaft bestreiten können.

Es stellt sich danach nur die Frage, ob die Konduktive Förderung nach der Methode Petö eine Methode der medizinischen Rehabilitation ist oder sein kann. Jedenfalls vertritt Widekamp

bereits 1996 die Auffassung, dass auch die Tatsache, dass die Methode Petö z.B. heilpädagogische und sozialpädagogische Elemente beinhaltet, nichts an der Leistungspflicht der GKV ändern dürfte, wenn sich herausstellt, dass die konduktive Bewegungstherapie – und unter welchen Bedingungen - erfolgreich im Sinne der medizinischen Rehabilitation eingesetzt werden kann¹⁴.

Der Begriff „Rehabilitation“ leitet sich aus dem Lateinischen „rehabilitare“ bzw. „rehabilitatio“ ab, verstanden als „in den früheren Stand, in die früheren Rechte innerhalb der Gesellschaft wiedereinsetzen“ und meint heute allgemein die „Wiedereingliederung in das berufliche oder gesellschaftliche Leben“.

Seit der „International Classification of Impairments, Disabilities and Diseases (ICIDH)“ der Weltgesundheitsorganisation (WHO)¹⁵ aus dem Jahre 1980 umfasst das Verständnis von Rehabilitation auch in Deutschland alle Maßnahmen, die das Ziel haben, das Einwirkungen jener Bedingungen, die zu Funktionseinschränkungen führen, abzuschwächen und die eingeschränkten und beeinträchtigten Personen zu befähigen, soziale Integration zu erreichen (sogen. „Krankheitsfolgenmodell der WHO“)¹⁶.

Während die WHO den Begriff der Rehabilitation nicht weiter nach Maßnahmen- oder Leistungsarten differenziert, wird im deutschen Sozialleistungsrecht untergliedert in die Bereiche medizinische, berufliche und soziale Rehabilitation, die mit z.T. unterschiedlichen Zuständigkeiten verbunden sind¹⁷.

Unter medizinischer Rehabilitation werden komplexe Leistungen verstanden, die neben Leistungsformen der Krankenbehandlung oder Krankenhausbehandlung auch andere Leistungsformen aus dem Bereich medizinischer, psychologischer, pädagogischer und sozialer Hilfen umfassen. Als Abgrenzungskriterium zur kurativen Versorgung ist das angestrebte Behandlungsziel entscheidend, das wiederum anhand des Krankheitsfolgenmodells der WHO (s.o.) verdeutlicht werden kann. Zielsetzung der medizinischen Leistungen zur Rehabilitation ist es, Dauerfolgen der Krankheit (und damit einer Behinderung) zu verhindern oder zu verringern. So liegt der Schwerpunkt der medizinischen Rehabilitation vor allem darin, die zu Beeinträchtigungen führenden gesundheitlichen Schädigungen und Funktionseinschränkungen zu behandeln sowie die Adaption und Kompensation von Krankheits-(Behinderungs-)folgen zu erleichtern¹⁸.

Auf diesem Hintergrund war spätestens seit 1980 - unabhängig von der durch die §§ 119, 43a SGB vorgenommenen Zuordnung der sozialpädiatrischen Behandlung zur kassenärztlichen Versorgung – eine Prüfung möglich, ob es sich bei der Methode Petö überhaupt vornehmlich um eine Methode der Krankenbehandlung und dort im engeren Sinne – vergleichbar der Methoden Bobarth oder Vojta - um ein Heilmittel handelt oder, ob sie nicht vielmehr vornehmlich eine Komplexleistung im Sinne der medizinischen Rehabilitation ist, die neben Methoden der Krankenbehandlung Methoden aus anderen Hilfebereichen beinhaltet.

Da die medizinische Rehabilitation grundsätzlich nicht Gegenstand der kassenärztlichen Versorgung ist und der Sicherstellungs- und Gestaltungsauftrag für die medizinische Rehabilitation der Krankenversicherung seit dem Inkrafttreten des Rehabilitations-Angleichungsgesetzes (RehaAnglG) am 1.10.74, unterstrichen und verstärkt durch das Inkrafttreten des Sozialgesetzbuches, Teil V, am 1.1.1989, bei den Krankenkassen in ihrer Eigenschaft als Rehabilitationsträger angesiedelt ist, hätten sie diese Prüfung in eigener Verantwortung vor-

¹⁴ Widekamp, Die Ersatzkasse 1966, S. 101

¹⁵ Schuntermann, Behinderung und Rehabilitation: Die Konzepte der WHO und des deutschen Sozialrechts in „Die Neue Sonderschule“, Zeitschrift für Theorie und Praxis der pädagogischen Rehabilitation, 1999, Heft 5

¹⁶ Bericht der Reha-Kommission des Verbandes Deutscher Rentenversicherung „Empfehlungen zur Weiterentwicklung der medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung“ Dezember 1991, S.57,58

¹⁷ Kolb 1988: 1081ff; VDR-Reha-Kommission 1991, Band I, Anhang 1, S. 89

¹⁸ Kolb 1988, 1099; VDR-Reha-Kommission, Schlussbericht 1991, S. 60.

nehmen können, da der Bundesausschuss Ärzte/Krankenkassen nur Gestaltungsaufgaben im Bereich der kassenärztlichen Versorgung wahrzunehmen hat und für die inhaltliche Ausgestaltung der Rehabilitationsleistungen nicht zuständig ist¹⁹.

Gleichwohl ziehen sich die Krankenkassen in dieser Frage selbst nach dem Inkrafttreten des Sozialgesetzbuches, Teil IX am 1.7.2001, das den Rehabilitationsträgern mit den §§ 13, 19 ausdrücklich den Gestaltungs- und Sicherstellungsauftrag für die medizinische Rehabilitation zuweist, auf eine für diesen Bereich nicht gegebene Verantwortung des Bundesausschusses Ärzte/Krankenkassen zurück und entziehen sich damit ihrer ordnungspolitischen Verantwortung und Aufgabenstellung im Bereich der medizinischen Rehabilitation⁷.

3. Wie wird eine Therapiemethode Bestandteil eines Leistungsanspruchs ?

3.1 Voraussetzungen für die Methode Petö im Rahmen der Krankenbehandlung

Nach § 2 Abs. 1 SGB V stellen die Krankenkassen den Versicherten die nachfolgend im 3. Kapitel dieses Gesetzes genannten Leistungen (u.a. ärztliche Behandlung, Heilmittel) unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots (§ 12 SGB V) zur Verfügung. Behandlungsmethoden, Arznei- und Heilmittel der besonderen Therapieeinrichtungen sind dabei nicht ausgeschlossen. Qualität und Wirksamkeit der Leistungen haben dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen.

3.1.1 Ärztliche Behandlung/ Heilmittel oder spezifische Behandlungsmethode einer besonderen Therapieeinrichtung ?

Nach dieser Regelung könnte die Methode Petö sowohl Bestandteil einer Leistung nach § 2 Abs. 1 Satz 1 SGB V (ärztliche Behandlung, Heilmittel), aber auch Bestandteil der Leistungen einer besonderen Therapieeinrichtung nach § 12 Abs. 1 Satz 2 SGB V sein.

Die „besonderen Therapieeinrichtungen“ wurden erst während des Gesetzgebungsverfahrens in das Gesetz aufgenommen, weil man befürchtete, bewährte Therapieeinrichtungen könnten sonst ausgeschlossen sein. Auch wenn in Begründung des Gesetzes beispielhaft die Homöopathie, Anthroposophische Medizin, Psychotherapie genannt werden²⁰, dürfte nicht bestritten werden können, dass es sich bei Sozialpädiatrischen Zentren, die fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, um besondere Therapieeinrichtungen im Sinne des § 2 Abs. 1 Satz 2 SGB V handelt, zumal das GRG vom 20.12.1988²¹, mit dem die Regelung des § 2 SGB V geschaffen wurde, im Abschnitt „Beziehungen zu Krankenhäusern und Kassenärzten“ in § 119 SGB V ausdrücklich vorsah, die Sozialpädiatrischen Zentren wegen ihrer Stellung als besondere Therapieeinrichtungen im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung zur ambulanten sozialpädiatrischen Behandlung zu ermächtigen.

Auf diesem Hintergrund ist nicht nachvollziehbar, warum die Zulassung der Methode Petö vorwiegend auf dem Hintergrund des § 2 Abs. 1 Satz 1 SGB V, d.h., ihre Einordnung in die ärztliche Behandlung, insbesondere die Heilmittelerbringung, betrieben wurde. Es lag der Sache nach (Bedarf, Ziel, Art der Methode) näher, dass besondere Therapieeinrichtungen im Sinne des § 2 Abs. 1 Satz 2 SGB V Behandlungsmethoden (z.B. Komplexbehandlungen bzw. –leistungen) durchführen, die nach ihrer Art zwar Bestandteil der kassenärztlichen Versorgung sein können, deren Durchführung wegen der sich z.B. schon aus der Komplexität der Methode (medizinische, psycho-logische, pädagogische, u.a. Verfahren) ergebenden Anforderungen an die Organisation der Durchführung nicht in einer Arztpraxis, sondern nur in einer besonderen Therapieeinrichtung möglich bzw. zweckmäßig ist.

¹⁹ Vergl. Ausführungen oben, Ziffer 1

²⁰ vergl. BT-Drucks. 11/3480 S. 144

²¹ BGBl I 2477, in Kraft getreten am 1.1.1989

Gerade bei der Methode Petö liegt es spätestens seit Vorlage des Forschungsberichts von Weber/Rochel im Oktober 1992²² nahe, zu klären und zu entscheiden, ob es sich nicht um einen interdisziplinären Therapieansatz handelt, der als spezifisches therapeutisches Verfahren, insbesondere von Therapieeinrichtungen nach § 2 Abs. 1 Satz 2 SGB V – z.B. den Einrichtungen zur Durchführung der Frühförderung – zuzulassen oder diesen Einrichtungen unmittelbar von den Krankenkassen als Methode der Rehabilitation nach § 40 SGB V zu übertragen ist.

3.1.2 Beurteilung der Qualität und Wirksamkeit einer Leistung

Nach § 2 Abs. 3 SGB V hat die Qualität und Wirksamkeit auch dieser Leistungen dem allgemeinen Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen.

Das Erfordernis der Qualität und Wirksamkeit beinhaltet, dass Leistungen der GKV einem bestimmten Qualitätsnachweis entsprechen und wirksam sein müssen. Maßstab ist hierbei der allgemeine Stand der medizinischen Erkenntnisse und der medizinische Fortschritt. Behandlungsmethoden können danach nur in den „Leistungskatalog der GKV“ aufgenommen werden, wenn sie ausreichend erprobt wurden und über die Qualität und Wirksamkeit zuverlässige, wissenschaftlich nachprüfbar Aussagen gemacht werden können²³.

Der Stand der medizinischen Erkenntnisse wird aus dem breiten Feld der Medizinwissenschaften gewonnen, das neben den Disziplinen der sogen Schulmedizin, u.a. auch die der Verhaltensmedizin oder der Rehabilitationsmedizin umfasst. Wegen der unterschiedlichen Selbstverständnisse, Ansätze, Methoden, Wirkungsmechanismen usw. der in den verschiedenen Disziplinen der Medizinwissenschaften entwickelten bzw. eingesetzten Verfahren und Methoden kommt es darauf an, dass die für die Beurteilung der Qualität und Wirksamkeit einer Methode anzulegenden Maßstäbe auch tatsächlich die Erkenntnisse der Disziplinen enthalten, in deren Forschungsspektrum die Methode Relevanz hat.

Da der Gesetzgeber als Maßstab ausdrücklich den *allgemein* anerkannten Maßstab der medizinischen Erkenntnisse setzt, reicht es für die Beurteilung einer interdisziplinären Methode nicht aus, den Erkenntnisstand nur eines Teilbereichs der Medizinwissenschaften heranzuziehen, auch wenn diese - wie die Disziplinen der Schulmedizin – zwar den weitesten Verbreitungsgrad haben, die zu beurteilende Methode in diesen Wissenschaftsbereichen z.B. wegen der anderen Gewichtung im Rahmen der Interdisziplinarität jedoch nur eine geringe Relevanz hat.

In jüngster Zeit wurde das Problem, zur Findung der Beurteilungsmaßstäbe die verschiedenen Disziplinen der Medizinwissenschaften mit der notwendigen umfassenden Erkenntnisbreite und –tiefe heranzuziehen, in besonderem Masse bei der Entwicklung der strukturierten Behandlungsprogrammen für ausgewählte Indikationen, den sogen. Disease-Management-Programmen (DMP)²⁴ deutlich. Nach der vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) geäußerten politischen Zielsetzung soll sich „mit diesen strukturierten Behandlungsprogrammen die Lebensqualität der Patientinnen und Patienten verbessern.....Gerade Menschen mit chronischen Erkrankungen brauchen eine gute und abgestimmte Behandlung“²⁵. Die politische Zielsetzung stellt danach auf die Vermeidung, Minderung oder Beseitigung von Störungen der Aktivitäten und der Partizipation im Sinne der ICF, d.h., eindeutig rehabilitative Ziele ab. Diese Ziele sind jedoch allein mit dem Methodenspektrum der medizinischen Krankenbehandlung nicht erreichbar, sondern erfordern den Einsatz rehabilitativer Methoden.

²² Forschungsbericht Nr. 224 „Konduktive Förderung für cerebral geschädigte Kinder“, Hrsg. Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, ISSN 0174-4992

²³ Krauskopf, § 2 Rn. 7

²⁴ vergl. § 137f SGB V, ab 1.1.2002 eingefügt durch G vom 10.12.2001, BGBl I, S. 3465

²⁵ vergl. Pressemitteilung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) vom 30.7.2001

Der Koordinierungsausschuss (§ 137e Abs. 2 Satz 2 SGB V), der dem BMG für den Erlass der entsprechenden Rechtsverordnung (§ 266 Abs. 7 SGB V) nach § 137 f Abs. 2 SGB V einvernehmlich die Anforderungen an die Ausgestaltung der strukturierten Behandlungsprogramme zu empfehlen hat, berief in die ihn unterstützenden Expertengremien ausschließlich Wissenschaftler mit Kompetenz in der Schulmedizin bzw. der akutmedizinischen Versorgung. Wissenschaftler mit Erfahrungen aus den Bereichen der Rehabilitations- oder der Verhaltensmedizin wurden nicht beteiligt. Es kann daher nicht überraschen, wenn die Anlage 1 zur Vierten Verordnung zur Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (4.RSAÄndV), u.a. bereits in den Therapiezielen (Ziffer 1.3) und nachfolgend naturgemäß auch in den darauf aufbauenden Therapiedefinitionen (Ziffer 1.4 ff) keinerlei rehabilitationsmedizinische Ziele bzw. Interventionen enthält. Das politische Ziel der „umfassenden Verbesserung der Versorgung chronisch Kranker“ wird danach nur insoweit umgesetzt, als durch den zielgerichteteren Einsatz und die Verbesserung der Qualität der akutmedizinischen Versorgung positive Effekte erzielt werden können. Die insbesondere im Bereich der Krankheitsfolgen wesentlich weitergehenden Effekte, die durch den Einsatz und die Vernetzung mit rehabilitationsmedizinischen Methoden und Verfahren erreicht werden könnten, bleiben im Rahmen der DMP völlig ausgeblendet. Ursache dafür ist zweifelsfrei die Beschränkung auf nur einen Teilbereich der medizinwissenschaftlichen Erkenntnisse – nämlich den schul- oder akutmedizinischen – bei der Erarbeitung der Empfehlungen für die Ausgestaltung der strukturierten Behandlungsprogramme.

Vergleichbare Probleme bestehen offensichtlich auch seit Jahren bei der Festlegung der Bewertungsmaßstäbe für die Beurteilung der Qualität und der Wirksamkeit der Methode Petö.

3.1.3 Außenseitermethoden

Selbst wenn eine Methode nicht oder noch nicht dem allgemeinen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entspricht, ist sie deshalb nicht generell aus der Leistungspflicht der GKV ausgeschlossen. Zwar lösen Leistungen nach wissenschaftlich nicht anerkannten Methoden, nicht ausreichend erprobte Verfahren und Außenseitermethoden, die sich nicht bewährt haben, zunächst keine Leistungspflicht der GKV aus²⁶. Andererseits sind jedoch die Behandlungskosten von der GKV zu übernehmen, wenn sich Außenseitermethoden als allein verbleibende Möglichkeit erweisen, eine gegen die Methoden der Schulmedizin resistente Krankheit mit ausreichender Wahrscheinlichkeit wirksam zu behandeln²⁷.

Spätestens seit Vorlage des Forschungsberichts von Weber und Rochel im Oktober 1992 ist bekannt, dass die Methode Petö häufig dann noch mit hoher Wahrscheinlichkeit Wirkungen erzielt, wenn die Methoden der Schulmedizin (z.B. Bobath, Vojta) keine Wirkungen mehr erzeugen. Sie erweist sich in diesen Fällen als die allein verbleibende Behandlungsmöglichkeit.

Auf der Grundlage der Rechtsprechung zur Finanzierung von Außenseitermethoden hatten die Krankenkassen spätestens seit Oktober 1992 im Rahmen einer pflichtgemäßen Ermessensausübung die Möglichkeit, im Einzelfall die Kosten einer Behandlung nach der Methode Petö zu übernehmen.

3.1.4 Weitere Voraussetzungen

Nach dem Wirtschaftlichkeitsgebot des § 12 SGB V müssen die Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht übersteigen. Leistungen die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen

²⁶ vgl. BT-Drucks. 11/2237 S. 157,

²⁷ BSG 23.3.1988 BSGE 63, 102 = SozR 2200 § 368e Nr. 11 = USK 8836

Für die Krankenbehandlung werden diese Voraussetzungen für die Leistungserbringung im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung nach § 92 Abs. 1 SGB V zusätzlich dahingehend konkretisiert, dass eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung zu gewährleisten ist, wobei den besonderen Erfordernissen behinderter oder von Behinderung bedrohter Menschen und psychisch Kranker Rechnung zu tragen ist.

Neue Heilmittel dürfen zudem von den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten nur verordnet werden, wenn der Bundesausschuss Ärzte/Krankenkassen zuvor ihren therapeutischen Nutzen anerkannt und in Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 Empfehlungen für die Sicherung der Qualität der Leistungserbringung abgegeben hat (§ 138 SGB V).

3.2 Voraussetzungen für die Methode Petö im Rahmen der medizinischen Rehabilitation vor Inkrafttreten des SGB IX am 1.7.2001

Da es sich bei den medizinischen Leistungen zur Rehabilitation (§ 11 Abs. 2 SGB V) um eine Leistung der Krankenversicherung handelt, die im dritten Kapitel des Sozialgesetzbuches Teil V genannt wird, gelten die zuvor unter Ziffer 3.1 zu den §§ 2, 12, 138 SGB V gemachten Ausführungen zunächst grundsätzlich auch für die Leistungen der medizinischen Rehabilitation.

Nach § 10 RehaAnglG – der mangels konkretisierender besonderer Bestimmungen im Leistungsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung (SGB V) auch für die gesetzlichen Krankenkassen regelt, welche Leistungen die medizinische Rehabilitation im einzelnen beinhalten kann – sollten die medizinischen Leistungen zur Rehabilitation alle Hilfen umfassen, die erforderlich sind, um einer drohenden Behinderung vorzubeugen, eine Behinderung zu beseitigen, zu bessern oder eine Verschlimmerung zu verhüten, insbesondere

1. ärztliche und zahnärztliche Behandlung,
2.
3. Heilmittel einschließlich Krankengymnastik, Bewegungstherapie, Sprachtherapie und Beschäftigungstherapie
- 4,5

auch in Krankenhäusern, Kur- und Spezialeinrichtungen.....²⁸.

Damit wurde der Krankenversicherung im Bereich der medizinischen Rehabilitation für die Beurteilung, ob eine Behandlungsmethode ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich ist, die das Maß des Notwendigen nicht überschreitet (§ 12 SGB V), schon seit dem 1.10.1974 ein wesentlich breiterer Gestaltungs- und Ermessenspielraum eingeräumt, als das Sozialgesetzbuch, Teil V, ihr dies für die Gestaltung der Leistungsinhalte und Versorgungsstrukturen im Bereich der Akutversorgung (Behandlung einer Krankheit, § 11 Abs. 1 Nr. 4 SGB V) einräumt. Im Bereich der Akutversorgung sind diese Gestaltungsspielräume für die Krankenversicherung nämlich entweder unmittelbar durch konkrete gesetzliche Regelungen im Rahmen des Leistungsrechts oder mittelbar durch die Übertragung des Sicherstellungsauftrages auf die kassenärztliche Selbstverwaltung weitestgehend begrenzt.

3.2.1 Ärztliche Behandlung/Heilmittel oder spezifische Behandlungsmethode

Der breitere Ermessenspielraum der Krankenversicherung im Bereich der medizinischen Rehabilitation wirkt sich schon bei der grundsätzlichen Frage aus, ob die Methode Petö - wie bei der Akutversorgung – in den Zusammenhang von ärztlicher Behandlung/Heilmittel gebracht werden muss oder ob es sich um eine spezifische Therapiemethode handelt, die

²⁸ vergl. Rehabilitation in der Rentenversicherung, Hrsg. Bundesversicherungsanstalt für Angestellte, 1984, S. 29

als solche selbst Gegenstand des Leistungsrahmens der medizinischen Rehabilitation sein kann.

Da die Auflistung der Leistungen bzw. Behandlungsmethoden, die Bestandteil der Leistungen der medizinischen Rehabilitation sein können, in § 10 RehaAnglG nicht abschließend ist, konnten die Krankenversicherungsträger nunmehr seit fast 30 Jahren im Rahmen ihrer pflichtgemäßen Ermessensentscheidungen alle Behandlungsmethoden in das Leistungsgeschehen einbeziehen, wenn diese erforderlich und geeignet sind, die in § 10 RehaAnglG beschriebenen Ziele der medizinischen Rehabilitation zu erreichen. Die Methode Petö konnte danach grundsätzlich sowohl als eigenständige Methode im Rahmen der medizinischen Rehabilitation bewertet, aber auch als Bestandteil der ärztlichen Behandlung/Heilmittel angesehen werden, ohne das auf letztere – wie nachfolgend erläutert wird – die für die Zulassung im Bereich der Akutversorgung maßgeblichen Beurteilungsmaßstäbe ohne weiteres übernommen und angewandt werden mußten.

Während andere Rehabilitationsträger (insbesondere die Unfall- und Rentenversicherungsträger) spätestens seit der Verabschiedung der ICDH durch die WHO keinen Zweifel mehr daran hatten, dass neben den medizinischen auch die psychologischen, pädagogischen und sozialen Hilfen mit ihrem jeweiligen Methodenspektrum Gegenstand des Therapie- und Methodenspektrums der medizinischen Rehabilitation sind und über die mit den Leistungserbringern eingegangenen Versorgungsverträge zum selbstverständlichen Inhalt der medizinischen Rehabilitationsleistungen gemacht haben, vertraten die Spitzenverbände der Krankenversicherungsträger noch in ihrer Stellungnahme im Gesetzgebungsverfahren zum Sozialgesetzbuch, Teil IX, die Auffassung, dass die entsprechende Klarstellung in § 26 Abs. 3 SGB IX die „Einführung solcher Leistungen“ mit „erheblichen Mehraufwendungen“ bedeute²⁹.

Dass die Krankenversicherung danach offensichtlich zuvor das Methodenspektrum der psychologischen, pädagogischen und sozialen Hilfen nicht als Bestandteil der medizinischen Rehabilitation angesehen hat, dürfte eine Ursache dafür sein, warum eine interdisziplinäre Methode wie die nach Petö, die ja u.a. im wesentlichen auf psychologischen, pädagogischen und sozialen Methoden basiert, im Zulassungsverfahren der Akutversorgung scheitert und eine Bewertung im Rahmen der medizinischen Rehabilitation nicht vorgenommen wird.

3.2.2 Beurteilung der Qualität und Wirksamkeit einer medizinischen Rehabilitationsleistung

Maßstab für die Entscheidung über die Einbeziehung einer Behandlungsmethode in das Leistungsspektrum der medizinischen Rehabilitation ist auch im Recht der Krankenversicherung nach §§ 2 SGB V i.V.m. 10 RehaAnglG nicht die Qualität und Wirksamkeit (§ 12 Abs. 3 SGB V) der Behandlungsmethode im Sinne der Krankenbehandlung, sondern im Sinne der Ziele der medizinischen Rehabilitation. Dies gilt nicht nur für spezifische diagnostische und therapeutische Verfahren der medizinischen Rehabilitation, sondern auch für therapeutische Methoden – wie z.B. die Heilmittel –, die – allerdings mit unterschiedlicher Zielsetzung und deshalb mit unterschiedlicher Prozessqualität – sowohl in der Akutversorgung, wie auch in der medizinischen Rehabilitation eingesetzt werden.

Es kommt danach nicht darauf an, ob eine Methode im Sinne der Schulmedizin wirksam ist, um eine Krankheit zu heilen oder zu lindern, sondern darauf, ob sie wirksam ist, um einer drohenden Behinderung vorzubeugen, eine Behinderung zu beseitigen, zu bessern oder eine Verschlimmerung zu verhüten.

²⁹ Deutscher Bundestag, Ausschuss für Arbeit und Sozialordnung, Ausschussdrucksache 14/1248 vom 12.2.2001, Seite 25

Wenn die Methode Petö in diesem Sinne geeignet und wirksam ist, kann sie – unabhängig von ihrer Zulassung im Bereich der Akutversorgung - als eigenständiges therapeutisches Verfahren im Rahmen der medizinischen Rehabilitation anerkannt werden. Die Prüfung der Wirksamkeit ist nach exakt den gleichen Bedingungen vorzunehmen, die nachfolgend für die Anerkennung als Heilmittel im Rahmen der medizinischen Rehabilitation beschrieben werden. Im Falle der Anerkennung hätte es der Wortlaut des § 10 RehaAnglG (vor allem in Kur- und Spezialeinrichtungen) einerseits zugelassen, die Sozialpädiatrischen Zentren als Spezialeinrichtungen mit diesem spezifischen medizinischen Rehabilitationsangebot zu verstehen oder andererseits die Methode Petö als Methode der ambulanten Rehabilitation in den Sozialpädiatrischen Zentren durchzuführen.

Ob die Methode Petö auch im Rahmen der medizinischen Rehabilitation als Heilmittel wirksam und als solches im Rahmen der medizinischen Rehabilitation zur Behandlung zugelassen ist, muss in diesem Bereich nicht nach der Wirksamkeit des Heilmittels bezogen auf die Krankheit (als Verursacher der Behinderung), sondern nach der Wirksamkeit des Heilmittels bezogen auf die Behinderung (Krankheitsfolgen) beurteilt werden. Insoweit kann das Ergebnis einer nach § 138 SGB V im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung durchgeführten Prüfung des therapeutischen Nutzens eines neuen Heilmittels, d.h., der Wirksamkeit bezogen auf die Krankenbehandlung, nicht ohne weiteres und unmittelbar zur Grundlage der Entscheidung über die Zulassung als Behandlungsmethode im Rahmen der medizinischen Rehabilitation gemacht werden. Mit Blick auf die unterschiedlichen Ziele und Aufgaben von Krankenbehandlung und Krankheitsfolgenbewältigung (medizinische Rehabilitation), ist es nicht nur denkbar, sondern liegt in der Natur der Sache, das ein Heilmittel in der Krankenbehandlung ohne weiteres wirksam ist, während es bei der Krankheitsfolgenbewältigung keine oder erst nach Änderung der Anwendungsform bzw. –technik Wirksamkeit entfaltet und umgekehrt.

Im Ergebnis bedeutet das für die Methode Petö, dass sie als Heilmittel im Rahmen der medizinischen Rehabilitation durchaus wirksam sein und zugelassen werden kann, während ihre Wirksamkeit im Sinne der Krankenbehandlung umstritten oder nicht belegt bleibt.

3.2.3 Zuständigkeit für die Anerkennung als Behandlungsmethode im Rahmen der medizinischen Rehabilitation

3.2.3.1 Keine Zuständigkeit des Bundesausschusses Ärzte/Krankenkassen

Die medizinischen Leistungen der Rehabilitation sind nach § 73 Abs. 3 SGB V nur dann Gegenstand der kassenärztlichen Versorgung, soweit sie zur kassenärztlichen Versorgung nach § 73 Abs. 2 SGB V gehören, d.h., originärer Bestandteil einer der in Absatz 2 genannten Leistungen des Vertragsarztes (z.B. ärztliche Behandlung) sind. Dies ist denkbar, wenn z.B. ein zur kassenärztlichen Versorgung zugelassener Arzt in seiner Praxis nicht nur Krankenbehandlung gewährleistet, sondern im Rahmen der Krankenbehandlung zugleich auch Methoden der ambulanten Rehabilitation einsetzt und durchführt. Dabei ist z.B. eine auf diese Weise durchgeführte Bewegungstherapie nur dann als Methode der ambulanten medizinischen Rehabilitation zu verstehen, wenn sie nach Art, Umfang und Intensität ihrer Durchführung tatsächlich geeignet und wirksam ist, die in §§ 1, 4 SGB IX, 11 SGB V genannten Ziele zu erreichen, d.h., auf die Behinderung einzuwirken. Wird eine Bewegungstherapie so erbracht, dass sie zwar eine akute Erkrankung behandelt oder lindert, ohne dass damit eine Wirkung für eine drohende oder bestehende Behinderung beabsichtigt oder erzielt wird, handelt es sich um reine Krankenbehandlung gem. § 27 Abs. 1 Nr. 3 SGB V.

Abgesehen von dieser Kombination könnten die medizinischen Leistungen zur Rehabilitation nur dann Gegenstand der kassenärztlichen Versorgung sein, wenn und soweit dies in Gesamtverträgen zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Spitzenverbänden der Krankenkassen ausdrücklich vereinbart würde (§ 73 Abs. 3 SGB V). Da solche Gesamtverträge nicht geschlossen wurden, ist die medizinische Rehabilitation – abgesehen von der eingangs beschriebenen Ausnahme – nicht Gegenstand der kassenärztlichen Ver-

sorgung.

Nach § 72 Abs. 2 SGB V entfalten die Richtlinien der Bundesausschüsse nur im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung eine Wirkung. § 92 Abs. 1 SGB V beschränkt deshalb die Aufgaben des Bundesausschusses Ärzte/Krankenkassen (§ 91 Abs. 1 SGB V) ausdrücklich auf die Beschlussfassung der zur Sicherung der (kassen)ärztlichen Versorgung erforderlichen Richtlinien. Die Auflistung der zu beschließenden Richtlinien enthält in § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 8 SGB V – auch mit Blick auf § 72 Abs. 3 SGB V - folgerichtig nur die Beschlussfassung über eine „Richtlinie über die Verordnung von im Einzelfall gebotenen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation“ (und als Folge der Änderung durch das SGB IX seit dem 1.7.2001 auch über die Beratung über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation). Danach hat die Richtlinie im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung ausschließlich zu regeln, aus welchen Anlässen und auf welche Weise Leistungen der medizinischen Rehabilitation zu verordnen sind. Die Erarbeitung der und die Beschlussfassung über die notwendigen Regelungen dazu, was Inhalt der Leistungen der medizinischen Rehabilitation ist und welche Leistungen im Einzelfall konkret geeignet sind, die Ziele der Rehabilitation zu erreichen, war auch schon vor Inkrafttreten des Sozialgesetzbuches Teil IX nach den Regelungen des vierten Kapitels des Sozialgesetzbuches, Teil V, ausdrücklich nicht Aufgabe des Bundesausschusses Ärzte/ Krankenkassen.

3.2.3.2 Verantwortung der Krankenkassen als Rehabilitationsträger

Die ordnungspolitische Verantwortung dafür lag ausschließlich bei den Krankenkassen. Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben nämlich gem. § 111a Satz 1 SGB V gemeinsam und einheitlich mit den für die Wahrnehmung der Interessen der ambulanten Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenorganisationen Rahmenempfehlungen für ambulante und stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation abzugeben. Nach Satz 2 a.a.O. sind darin neben einem Katalog von Indikationen (der definiert, aus welchen Anlässen welche Leistungen der med. Rehabilitation erforderlich sind – Nr. 2) sowie den individuellen Voraussetzungen (bei deren Erfüllung diese med. Leistungen zur Rehabilitation im Einzelfall zu gewähren sind – Nr. 3) insbesondere die Konkretisierung der Ziele und Inhalte von medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen (Nr. 1) zu regeln.

Obwohl der Gesetzgeber ausdrücklich von „Rahmenempfehlungen“ spricht, weil er offensichtlich von mehreren, unterschiedlichen Regelungserfordernissen im Bereich der Leistungen der medizinischen Rehabilitation ausgeht, haben die Spitzenverbände der Krankenkassen mit den Spitzenorganisationen der Leistungserbringer bisher nur die „Gemeinsame Rahmenempfehlung für ambulante und stationäre Rehabilitationsleistungen auf der Grundlage des § 111a SGB V“ vom 12.5.1999 vereinbart. Die Inhalte der eher plakativ und allgemein gehaltenen Rahmenempfehlung decken allenfalls die Erfordernisse des § 111a Satz 2 Nrn. 2 und 3 SGB V sowie die allgemeinen Ziele vertretbar ab. Von einer Konkretisierung der Ziele und Inhalte im Sinne der Anforderungen des Gesetzgebers in Nr. 1 a.a.O. kann dagegen nicht die Rede sein. In Ziffer 5.2 der Gemeinsamen Empfehlung heißt es lapidar „ Es sind indikationsspezifische Rehabilitationskonzepte erforderlich, deren Umsetzung an bestimmte räumliche, apparative und personelle Voraussetzungen gebunden ist.“ Die Präambel führt dazu aus „Weiterführende und konkretere Inhalte zu den einzelnen Feldern und Indikationsbereichen der Vorsorge und Rehabilitation werden in zusätzlichen Rahmenempfehlungen geregelt“. Dazu sind bisher – nach mehr als drei Jahren – nicht einmal Gespräche zwischen den die Gemeinsame Rahmenempfehlung tragenden Parteien aufgenommen worden. Da bekannt ist, dass von Seiten der Spitzenorganisationen der Leistungserbringer die Aufnahme der erforderlichen Verhandlungen immer wieder angemahnt wurde, entsteht der Eindruck, dass offensichtlich die Krankenkassen – aus sachfremden Gründen - an einer Konkretisierung der Ziele und Inhalte der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation kein Interesse haben.

Dieses Verhalten der Spitzenverbände der Krankenversicherung entspricht keinesfalls dem klaren gesetzlichen Auftrag des § 111 SGB V. Mit Blick auf die Notwendigkeit, die verfügbaren Mittel zielgerichtet und wirksam einsetzen zu müssen, stellt sich die Frage, wie ohne Erfüllung des gesetzgeberischen Auftrages zur Gestaltung nachvollziehbarer und evidenzbasierter Definitionen der Ziele und Inhalte der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nachhaltige und tragfähige Qualitätsmaßstäbe, Qualitätssicherungsverfahren, leistungsgerechte Vergütungsverfahren sowie Verfahren zur Wirtschaftlichkeitsprüfungen durchgeführt werden sollen.

Mangels dieser unverzichtbaren Grundlagen können erhebliche Bedenken und Zweifel bestehen, dass die von den Spitzenverbänden der Krankenversicherung im Jahr 2002 in die Praxis gebrachten Verfahren zur Qualitätssicherung der medizinischen Rehabilitation überhaupt rechtmäßig und geeignet sind und die dafür eingesetzten Mittel dem Grundsatz der Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit der Mittelverwendung gerecht werden.

Die Verantwortung für die Entwicklung der zur Durchführung der medizinischen Rehabilitation erforderlichen Versorgungsstrukturen liegt ebenfalls bereits seit dem 1.1.1989 bei den gesetzlichen Krankenkassen. Die Krankenkassen dürfen nämlich nach § 111 Abs. 1 SGB V medizinische Leistungen zur Rehabilitation nur in Rehabilitationseinrichtungen erbringen lassen, mit denen sie nach Abs. 2 a.a.O. einen Versorgungsvertrag geschlossen haben. Neben anderen Voraussetzungen ist der Abschluss eines Versorgungsvertrages daran geknüpft, dass die Rehabilitationseinrichtung, mit der der Vertrag geschlossen werden soll, für eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung notwendig ist. Die Krankenkassen haben danach unter Beachtung der Kriterien Bedarfsgerechtigkeit, Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlich bereits seit 1989 die Entwicklung der notwendigen Versorgungsstrukturen sicher zu stellen.

Es wäre ihnen danach z.B. durchaus möglich gewesen, mit besonderen Therapieeinrichtungen im Sinne des § 2 Abs. 1 Satz 2 SGB V wie den Sozialtherapeutischen Zentren einen Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V mit der spezifischen Methode Petö als bedarfsgerechte Leistung einzugehen.

Maßgebend für eine solche Entscheidung wäre allein die Beurteilung gewesen, ob es sich bei der Methode Petö um eine Methode oder Leistung im Rahmen der Frühförderung und damit der medizinischen Rehabilitation handelt. Für die Beurteilung dieser Frage sind nicht die Kriterien für die Bewertung als Heilmittel bzw. einer Methode der Krankenbehandlung heranzuziehenden. Grundlage für diese Entscheidung ist allein die Frage, ob die Methode geeignet ist, eine Behinderung abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder die Folgen zu mildern.

Die Krankenkassen haben nicht nur die ordnungspolitische Verantwortung für die Gestaltung der Inhalte der Leistungen der medizinischen Rehabilitation sowie die Entwicklung der zu deren Durchführung erforderlichen Versorgungsstrukturen, sie haben nach § 40 Abs. 2 SGB V auch im Einzelfall nach den medizinischen Erfordernissen Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach pflichtgemäßem Ermessen zu bestimmen.

3.3 Zwischenfazit

Für die Erörterungen in diesem Abschnitt kann zusammenfassend festgestellt werden, dass die vom VdAK/AEV noch am 9.8.2002 vertretene Auffassung, dass der Bundesausschuss Ärzte/Krankenkassen über die Aufnahme der Methode Petö in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) entscheiden müsse³⁰, schon vor dem Inkrafttreten des SGB IX am 1.7.2002 nur insoweit rechtlich zutreffend war, als über die Aufnahme dieser Methode als therapeutisches Verfahren im Bereich der ambulanten Krankenbehandlung,

³⁰ Pressemitteilung des VdAK/AEV vom 7.8.2002

d.h., der kassenärztlichen Versorgung, z.B. als Heilmittel im Rahmen der Heilmittel-Richtlinien des Bundesausschusses, entschieden werden sollte.

Alle anderen denkbaren Entscheidungsverfahren, z.B. über die Zulassung in besonderen Therapieneinrichtungen oder die Anerkennung als Methode der Rehabilitation fiel bereits damals allein in die Verantwortung der Krankenkassen.

4. Die Einordnung der konduktiven Förderung nach Petö vor dem 1.7.2001

Die Zuständigkeit für die Entscheidung über die Aufnahme der Methode Petö in das Leistungsspektrum der gesetzlichen Krankenversicherung, aber auch die Frage, welchem Leistungsbereich die Methode zuzuordnen ist, richtet sich entscheidend danach, beurteilen zu können, ob die Methode Petö nach den mit ihr verfolgten Zielen (Ergebnisqualität), der Art der in ihrem Rahmen eingesetzten therapeutischen Verfahren und Methoden sowie deren Wirksamkeit (Prozessqualität), aber auch der zu ihrer Durchführung erforderlichen Berufsgruppen und sonstigen Rahmenbedingungen (Strukturqualität), eher eine solche der Akutversorgung oder eine solche der medizinischen Rehabilitation ist.

Sowohl die Indikatoren im Bereich der

- Strukturqualität - interdisziplinäres Therapeutenteam mit überwiegender Beteiligung nicht-ärztlicher Therapeuten
- Prozessqualität - therapeutische Methoden aus den Bereichen psychologischer, pädagogischer und sozialer Hilfen
- Ergebnisqualität - das Ziel der Methode ist eher randständig die Behandlung einer Krankheit, sondern zweifelsfrei die Beseitigung, Minderung, der Ausgleich sowie die Verhütung der Verschlimmerung oder Milderung der Folgen einer Behinderung

sprechen weit überwiegend dafür, dass es sich nicht um eine Methode der Krankenbehandlung oder ein im Rahmen der Krankenbehandlung einzusetzendes Heilmittel, sondern eindeutig um eine Methode der medizinischen Rehabilitation handelt.

Neben anderen Unterlagen stehen nunmehr zwei umfassende wissenschaftliche Studien bzw. Forschungsberichte für die Beurteilung dieser Frage zur Verfügung

4.1 der Forschungsbericht von Weber/Rochel (Gesamthochschule Siegen) vom Oktober 1992 über die vom März 1990 bis Juni 1992 mit zerebral geschädigten Kindern im Alter von 3 bis 7 Jahren in der Taunusklinik Falkenstein, Königstein/Ts. durchgeführte Studie „Konduktive Förderung cerebral geschädigter Kinder“³¹

4.2 der Abschlussbericht von Blank/von Voss über das im Auftrag des VdAK/AEV in der Zeit vom 1.1.96 bis 30.6.01 im Kinderzentrum München durchgeführte Modellprojekt „Konduktive Förderung nach Petö – Evaluation einer alltags- und aufgabenorientierten Therapie bei Kindern mit Zerebralparesen im Kindergarten- und Vorschulalter“¹

4.1 Analyse des Forschungsberichts von Weber/Rochel

Der Forschungsbericht von Weber/Rochel enthält bereits 1992 im Kapitel IV eine theoretische Begründung konduktiver Förderung sowie die Darstellung eines theoretischen Grundkonzeptes, die keinen Zweifel daran lassen, dass die Methode Petö die Entwicklung der Gesamtpersönlichkeit des zerebralgeschädigten Kindes verfolgt und deshalb ein System ganzheitlicher Förderung darstellt, das als interdisziplinäres Methodenspektrum den Horizont ei-

³¹ Weber/Rochel in Forschungsbericht Nr. 224, Hrsg. Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung
vergl. Fussnote 21

¹ Blank/von Voss, Hrsg., Abschlußbericht „Konduktive Förderung nach Petö“, Vertrieb: VdAK

ner Methode der Krankenbehandlung bzw. eines Heilmittels sprengt und mit den dazu üblichen Bewertungsmaßstäben nicht annähernd adäquat erfasst werden kann³².

Weber/Rochel stellen dem Kapitel IV „Theoretische Begründung Konduktiver Förderung“ folgende Erläuterung voran:

„Das Forschungsprojekt steht im Bezugsrahmen medizinische Rehabilitation. Die Begriffe Erziehung, Pädagogik und Therapie sehen wir entsprechend untergeordnet an. Konduktive Förderung ist als ein dialektischer Prozess zu verstehen, in dem Erziehung und Therapie eine unzertrennliche Einheit zweier Pole bilden, da sie sich stets gegenseitig bedingen und ergänzen. Brechow beschreibt die unterschiedlichen Betrachtungsweisen im Verhältnis von Erziehung und Therapie zum einen als die der Abgrenzbarkeit, zum anderen als die der Wesensgleichheit. Im Sinne des Zieles von konduktiver Förderung, die Persönlichkeitsentwicklung des zerebral gestörten Kindes ganzheitlich zu fördern, verbunden mit dem Berufsbild des/der Konduktors/in, in dem sich pädagogische und therapeutische Kompetenzen vereinheitlichen, schließen wir uns der Betrachtungsweise der Wesensgleichheit an, da sie auch konstruktiv und zielgerichtet ist.“

Bereits diese Einleitung belegen hinreichend das interdisziplinäre Methodenspektrum und die interdisziplinären Anforderungen an die therapeutische Kompetenz. Im Abschnitt „Beurteilung der konduktiven Pilotpraxis“³³ wird die Prozeß- und Ergebnisqualität festgehalten:

„Der Wert Konduktiver Förderung liegt vor allen Dingen darin, durch mehrdimensionale Einwirkung über die Motorik und Wahrnehmung und damit über den Kortex des Kindes eingebunden in die Atmosphäre eines intensiven emotionalen Bezuges, flankiert von Anstößen der Gruppe durch „Learning by doing“ eigenaktiv in einen Prozess der Entwicklung, Erziehung und Bildung einzutreten. Eingebunden in diese Prozesse ist die gesamte Persönlichkeit des Kindes – Körper, Seele und Geist gleichermaßen. Ziel ist es, über die von uns dargestellten Stufen des dynamischen Lernprozesses (IV.4) von der „Dysfunktion“ zur „Orthofunktion“ zu gelangen und diese Qualität selbständig zu erhalten und weiter auszubauen. Dass sich neben positiven psychologischen und intellektuellen Veränderungen auch positive körperliche und medizinisch nachweisbare Entwicklungen ergeben, konnte in Kap. II.1 bis 4 dokumentiert werden.“

Damit wird absolut prägnant der Kontext eines interdisziplinären, interaktiven Rehabilitationsprozesses beschrieben, der zudem auch noch nachweislich Wirkungen entfaltet. Weber/Rochel ordnen folgerichtig die Methode der medizinischen Rehabilitation zu und führen dazu aus:

„Ziel jeder Maßnahme der medizinischen Rehabilitation ist – im Sinne der Definition der Weltgesundheitsorganisation „impairment – disability – handicap“³⁴ - die vorhandene Schädigung (so früh wie möglich) zu erkennen, die sich entwickelnden Funktionsstörungen „abzufangen“, abzubauen oder zu mindest zu minimieren, um eine drohende Behinderung so gering wie möglich werden zu lassen. Das System Konduktiver Förderung sollte dabei in bestehende Zentren eingebunden werden, um ein zusätzliches Förderangebot, das sozialpolitisch vertretbar, betriebswirtschaftlich erschwinglich und kostendämpfend wäre, anzubieten.“

Konduktive Förderung sollte, entsprechend den im Pilotprojekt gewonnenen Erkenntnissen als Ergänzung zu den traditionellen Fördermaßnahmen für Kinder mit frühkindlicher Hirnschädigung als ganzheitliches Konzept in der Bundesrepublik Deutschland eingeführt und etabliert werden.“³⁵

³² Weber/Rochel a.a.O, Seite 315

³³ dieselben S. 281

³⁴ sogen. „Krankheitsfolgenmodell“ der WHO, vergl. oben Abschnitt 2.3

³⁵ Letzter Absatz Weber/Rochel a.a.O., S. 278

Diese Ausführungen zielen exakt auf die im Jahr der Veröffentlichung des Forschungsberichts (1992) geltende Rechtslage und die zu diesem Zeitpunkt gegebene Möglichkeit, die Methode Petö als komplexe therapeutische Methode der medizinischen Rehabilitation anzuerkennen und in besonderen Therapieeinrichtungen wie den Sozialpädiatrischen Zentren durchzuführen³⁶. Dass die Methode im Sinne des § 2 Abs. 1 SGB V bezogen auf die Bewertungsmaßstäbe für die medizinische Rehabilitation (§ 11 SGB V) wirksam ist, um die Behinderung zerebral geschädigter Kinder zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern, wird durch den Forschungsbericht der Gesamthochschule Siegen evident nachgewiesen.

Unter Evidenz (evidens: augenscheinlich, klar, unmittelbar einleuchtend) versteht man im Zusammenhang mit der Medizin (evidence = Nachweis, Beweis) Informationen (z.B. wissenschaftliche Studien), die einen Sachverhalt erhärten („evident“ machen) oder widerlegen³⁷.

Die Evidenzbasierung gewinnt in jüngster Zeit für die Leistungserbringung in der Krankenversicherung zunehmend maßstäbliche Bedeutung. So hat z.B. der Koordinierungsausschuss nach § 137 e SGB V auf der Grundlage evidenzbasierter Leitlinien die Kriterien für eine im Hinblick auf das diagnostische und therapeutische Ziel ausgerichtete und zweckmäßige Leistungserbringung für mindestens 10 Krankheiten je Jahr zu beschließen, die dann die Grundlage für die konkrete Leistungserbringung und die Entwicklung bzw. Anpassung der Versorgungsstrukturen bilden.

In diesem Zusammenhang fällt häufig der Begriff „Evidence based Medicine“ bzw. „Evidenzbasierte Medizin (EBM)“. Darunter versteht man, den individuellen Patienten mit der besten zur Verfügung stehenden, d.h., insbesondere mit nachgewiesener Wirksamkeit versehenen Therapie zu versorgen. Evidenz-basierte Medizin wirkt danach insbesondere auf die Entscheidungsprozesse im Arzt-Patientenverhältnis und erfasst ausschließlich Inhalte der ärztlich-medizinischen Versorgung.

Für die medizinische Rehabilitation greift diese auf rein medizinische Fragen bezogene Evidenz zu kurz. Die über die Krankenbehandlung hinausgehende und - mit der Krankheitsfolgenbewältigung Sachverhalte des gesellschaftlichen und beruflichen Lebens erfassende - medizinische Rehabilitation erfordert einen weitergreifenden Evidenz-Ansatz. International steht dafür der Begriff „Evidenz-basierte Health Care (EBHC)“, die sich von der evidenz-basierten Medizin dadurch unterscheidet, dass sie sich mit der evidenz-basierten Gesundheitsversorgung von Bevölkerungsgruppen befasst und in diesen Kontext auch Sachverhalte des gesellschaftlichen und beruflichen Lebens einbezieht.

Maßstab für die Evidenz einer Therapiemethode im Bereich der medizinischen Rehabilitation können deshalb nicht die wissenschaftlichen Erkenntnisse allein der Medizinwissenschaften im engeren Sinne (Evidenz-basierte Medizin) sein, sondern müssen die weitergreifenden wissenschaftlichen Erkenntnisse z.B. der Rehabilitationswissenschaften oder auch der Verhaltensmedizin sein (Evidenz-basierte Health Care).

Der Gesetzgeber hat dieser Erkenntnis bei der Einführung strukturierter Behandlungsprogramme nach § 137f SGB V bereits mit der Forderung ausdrücklich Rechnung getragen, die an die strukturierten Behandlungsprogramme (Disease-Management-Programme –DMP) zu stellenden Anforderungen auf evidenzbasierte Leitlinien zu stützen, dabei allerdings die Besonderheiten des jeweiligen Versorgungssektors ausdrücklich zu berücksichtigen. Das bedeutet für die Einführung der DMP, dass sich die strukturierten Behandlungsprogramme hinsichtlich ihrer Evidenz für die Akutversorgung auf medizinische Studien und – soweit Methoden der medizinischen Rehabilitation in die DMP ein- oder angebunden werden - für diesen Versorgungsbereich auf Studien der Rehabilitationswissenschaften (d.h., neben Studien aus

³⁶ vergl. oben Ziffern 3.1.1, 3.2.1 sowie 3.2.2

³⁷ Perleth/Antes Hrsg. Evidenz-basierte Medizin, MMV Medizin & Medien Verlag, S. 101

der Medizin auch solchen aus den Bereichen Psychiatrie, Psychologie, Pädagogik und Sozialwissenschaften) stützen kann.

Auf diesem Hintergrund muss die Tatsache, dass das Modellprojekt und der Forschungsbericht der Gesamthochschule Siegen von einem interdisziplinär besetzten Forschungsteam aus den Bereichen der Erziehungswissenschaften-Psychologie-Sportwissenschaften sowie der Medizin durchgeführt bzw. erarbeitet wurde, hinsichtlich seiner Evidenz für die zu beurteilende Methode der medizinischen Rehabilitation unter dem Gesichtspunkt von Evidenzbasierter Health Care nachgerade als ihrer Zeit weit voraus und wegweisend empfunden werden.

Zeitgerechter war es offenkundig, auch nach Vorlage des Forschungsberichts die Methode Petö nicht als Methode der medizinischen Rehabilitation zu verstehen, sondern weiterhin über Jahre hinweg im Kontext der Krankenbehandlung zu diskutieren. Dort konnte sie auf dem Hintergrund ihrer überwiegend pädagogisch-psychologischen Ausrichtung hinsichtlich ihrer Qualität und Wirksamkeit (§ 2 SGB V) bzw. der Anerkennung als neues Heilmittel wegen des nicht ausreichend nachgewiesenen therapeutischen Nutzens (§ 138 SGB V), d.h., insgesamt wegen des fehlenden Nachweises einer ausreichenden medizinischen Evidenz, bis heute keine Anerkennung finden.

4.2 Analyse des Abschlußberichtes von Blank/von Voss

Der Schlussbericht über das von Blank/von Voss erneut bei Kindern mit Zerebralpareesen im Kindergarten- und Vorschulalter durchgeführte Modellprojekt „Konduktive Förderung nach Petö“ geht im Vorwort davon aus, dass zuvor keine „systematischen Studien zur Wirksamkeit der Konduktiven Förderung“ vorlagen. „Nicht einmal das konzeptionelle Vorgehen und die Umsetzung des Förderkonzeptes nach Petö waren bis dato ausreichend bekannt“³⁸. Man wird das von Weber/Rochel in gleicher Sache in einem Zeitraum von mehr als zwei Jahren durchgeführte Modellprojekt und den darauf basierenden Forschungsbericht im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit (BMA) nicht ernsthaft als „unsystematisch“ bezeichnen können. Im übrigen enthält gerade diese Studie neben einer differenzierten Darstellung der Umsetzung in Abschnitt 4 eine umfassende „Theoretische Begründung Konduktiver Förderung“

Das aus dem Vorwort der Studie von Blank/von Voss zitierte Selbstverständnis verdeutlicht erneut das Problem der häufig unzureichenden Kooperation, Koordination und Konvergenz innerhalb der Medizinwissenschaften. Ist mit Blick auf die Interdisziplinarität einer Methode – wie regelmäßig bei Methoden der medizinischen Rehabilitation - zur Beurteilung ihrer Evidenz die Kompetenz anderer Wissenschaftsbereiche außerhalb der Medizinwissenschaften unabdingbar, scheint sich dieses Problem – bis zur Ignoranz – zu verdichten. Es kann dahinstehen, ob die Tatsache, dass die Studie von Weber/Rochel nicht einmal im Literaturverzeichnis der Studie von Blank/von Voss Erwähnung findet, dafür ein Symptom ist.

Für die Beurteilung der Evidenz von diagnostischen und therapeutischen Methoden, die im Rahmen der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation eingesetzt werden oder werden sollen, kommt es allein darauf an, ob die Methoden geeignet und wirksam sind, die in den §§ 1, 4 SGB IX bzw. 11 Abs. 2 SGB V beschriebenen Ziele bei Behinderungen und chronischen Erkrankungen zu bewirken. Da diese Ziele immer über die Beeinflussung der Schädigungen/Beeinträchtigungen von physischen Strukturen und Funktionen, die das klassische Wirkungsfeld der Medizin berühren, hinausgehend auch die Beeinträchtigung des Erlebens, Fühlens, Wohlbefindens (Seelische Integrität), alltäglicher Verrichtungen und beruflich geforderter Leistungen (Integrität von Aktivitäten und Leistungen) sowie von Partizipation am

³⁸ vergl. dazu auch Blank/von Voss a.a.O. „Bisherige Umsetzung der Konduktiven Förderung in Deutschland“, Abschlußbericht S. 1–12.

gesellschaftlichen Leben, soziale Ausgrenzung und Desintegration (Soziale Integrität)³⁹ erfassen, kann sich die Beurteilung der Evidenz der auf diese umfassende Zielsetzung abzielenden Methoden der medizinischen Rehabilitation nicht auf medizinwissenschaftliche Erkenntnisse beschränken, sondern muss im Sinne von Evidenz-basierter Health Care die Erkenntnisse der übrigen an der Zielerreichung beteiligten Wissenschaften (u.a. Psychiatrie, Psychologie, Pädagogik, Sozialwissenschaften) einbeziehen.

Blank/von Voss beschreiben den Ansatz ihres Modellprojektes im Vorwort wie folgt:

„ Nicht zuletzt stand die Frage im Raum, ob es sich um eine medizinisch-therapeutische – und damit über die Krankenkassen zu finanzierende Maßnahme – handelt oder nicht. Nachdem das Heilmittelrecht der Gesetzlichen Krankenversicherung bisher nur die Erbringung wissenschaftlich anerkannter Leistungen kennt und die Gewährung von psycho-sozialen Leistungen und pädagogischen Leistungen bzw. Hilfen zur Entwicklung der geistigen und körperlichen Fähigkeiten bei Kindern hinsichtlich der Finanzierung durch die Sozialhilfe sowie die Kinder- und Jugendhilfe (Ausnahme s. § 43a SGB V) geregelt ist, sollte mit dem Modellprojekt Petö den Versicherten erstmals die Möglichkeit gegeben werden, alternativ zu den „Sommercamps“ und den Aufenthalten am Petö-Institut in Ungarn entsprechende Behandlungsblöcke Konduktiver Förderung unter kontrollierten und qualitätsgesicherten Bedingungen sowie unter intensiver wissenschaftlicher Begleitung, u.a. unter Einsatz objektiver Messmethoden, zu nutzen.“

Im Rahmen eines kurzen Überblicks zu den in Deutschland gängigen Therapieformen⁴⁰ wird zwar darauf hingewiesen, dass bisher im Kindesalter nicht versucht wurde zu klären, „auf welchen Ebenen die einzelnen Therapie- oder auch Förderangebote Wirkungen entfalten, also in den Ebenen, die nach der Internationalen Klassifikation für „impairments“, „disabilities“ und „handicaps“ (ICDH-2)⁴¹ vorgegeben sind, wie die Krankheits-, Schädigungs-, Aktivitäts-, Partizipations- und die Kontextebene“. Nachfolgend wurden im Rahmen des Modellprojekts jedoch keine Instrumente zur systematischen Erfassung und Bestandsaufnahme von Fähigkeiten und sozialen Beeinträchtigungen z.B. in den Bereichen Kommunikation, Mobilität, Selbstverwaltung, alltägliche Beschäftigung und Beziehungen eingesetzt, um das erkannte Defizit mit diesem Modellprojekt aufzuarbeiten. Dies, obwohl solche reliablen, validen und sensitiven Erfassungsinstrumente zur Messung der drei Dimensionen der ICDH international entwickelt wurden und z.B. mit dem Reha-Aktivitäten-Profil (RAP)⁴² zur Verfügung stehen.

Die Beschreibung des Modellansatzes lässt keinen Zweifel daran, dass das Modellprojekt - der leistungsrechtlichen Praxis der Auftraggeber folgend – vorwiegend auf die Klärung ausgerichtet ist, ob es sich bei der Methode Petö um eine medizinisch-therapeutische, d.h., um eine Methode der Krankenbehandlung und in diesem Rahmen ggfls. um ein Heilmittel handelt. Diese Einschätzung wird durch den Medizinischen Dienst der Spitzenverbände der Krankenversicherung (MDS)⁴³ erhärtet, nach dessen Überzeugung eine Fragestellung an das Münchener Modellprojekt darin bestand, „die Konduktive Förderung nach Petö unter dem Gesichtspunkt zu analysieren, ob Anteile in diesem Förderkonzept eine medizinische Leistung darstellen oder nicht“.

Daran ändert auch die Fragestellung „Wie kann die Therapiemethode aus rehabilitativer Sicht charakterisiert werden“ im Abschnitt 1.5 „Fokussierung und Zielsetzung der Studie“

³⁹ und damit das gesamte Beeinträchtigungsspektrum nach der ICF

⁴⁰ Blank/ von Voss a.a.O, S. I-4

⁴¹ gemeint ist offensichtlich die ICF

⁴² van Bennekom/Jelles/Lankhorst, RAP Reha Aktivitäten Profil, Handbuch und Beschreibung, Hrsg. Deutsche Vereinigung für die Rehabilitation Behinderter, Interdisziplinäre Schriften zur Rehabilitation, Band 10, Universitätsverlag Ulm GmbH

⁴³ Stellungnahme des MDS zum Ergebnisbericht vom 7.6.2002, Stand Mai 2002, Seite 13, zu Frage 2.

nichts, da für die Prüfung, ob es sich um eine Methode handelt, die Prozessbestandteil und –qualität der medizinischen Rehabilitation der Krankenversicherung sein könnte, weder die entsprechenden Evidenzmaßstäbe (die der ICDH) noch die erforderlichen Methoden (z.B. RAP) herangezogen wurden.

Demgegenüber wurde die Motivation der Auftraggeber VdAK/AEV für die Beauftragung des Modellprojektes 1996 so beschrieben:

„Fast alle gutachterlichen Äußerungen und die Berichte über Einzelschicksale deuten darauf hin, dass die Petö-Methode im Sinne der Rehabilitation Behinderter erfolgreich und dem traditionellen Angebot sogar überlegen sein kann. Dies näher zu untersuchen ist Anliegen der Münchener Studie“⁴⁴.

Abgesehen von den – möglicherweise trügerischen - Hoffnungen die damit bei den Betroffenen und ihren Angehörigen erzeugt werden, ist in der Sache nicht nachvollziehbar, wieso bei dieser veröffentlichten Zielsetzung der Projektauftrag nicht ebenso eindeutig definiert wurde und das Studiendesign nicht die interdisziplinären Instrumente auf der Basis der damals maßgeblichen ICDH enthält, um diese Frage überhaupt ergebnisorientiert untersuchen zu können.

Für die Beurteilung des Ergebnisses der Studie und die nachfolgende Verantwortung für die Entscheidung über die Berücksichtigung im Rahmen des Leistungskataloges kommt es aber entscheidend darauf an, ob Gegenstand der Studie die Klärung war, ob es sich bei der Methode Petö

- um eine Methode der Krankenbehandlung, ggfls. um ein Heilmittel (§ 11 Abs. 1 Nr. 4 SGB V) oder
- um eine Methode der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (§ 11 Abs. 2 SGB V

handelt. Wie im Abschnitt 3 erläutert, sind für die jeweiligen Leistungsbereiche nicht nur absolut unterschiedliche Beurteilungsmaßstäbe für die Anerkennung als Leistung oder Leistungsmethode zu Grunde zu legen, sondern auch unterschiedliche Zuständigkeiten für die Entscheidungsverantwortung (Bundesausschuss Ärzte/Krankenkassen für die Krankenbehandlung, Rehabilitationsträger für die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation) gegeben.

Die indifferente Auftrags- und Beurteilungslage spiegelt auch die Stellungnahme des MDK zum Ergebnisbericht des Modellprojektes wider. Danach enthalten die „vorab festgelegten Entscheidungskriterien“⁴⁵ für die Beurteilung der Ergebnisse des Projekts als Hauptzielparameter die Fähigkeit zur Lokomotion und zur Aufrichtung, d.h., ausschließlich Parameter bezogen auf die Schädigung/Beeinträchtigung von physikalischen Strukturen und Funktionen, während handmotorische Fähigkeiten, psychosoziale Funktionen und im Sinne von Nebenwirkungen orthopädische Parameter wie z.B. die Zunahme der Hüftluxationen lediglich als „Nebenzielkriterium“ genannt werden⁴⁶.

Haupt- oder Nebenzielparameter, die insbesondere die Wirksamkeit im Sinne der Ziele der medizinischen Rehabilitation (§§ 1, 4 SGB IX, 11 Abs. 2 SGB V) unter Berücksichtigung von Evidenzmaßstäben auch anderer Wissenschaftsbereiche beurteilen, waren offensichtlich weder „vorab festgelegt“, noch wurden sie der Beurteilung des MDS zu Grunde gelegt.

Der Teil I der Stellungnahme des MDS, der den „therapeutischen Nutzen (bzw. Wirksam-

⁴⁴ Widekamp, Die Ersatzkasse, 1996, S. 101

⁴⁵ Stellungnahme des MDS zum Abschlußbericht/Gesamtfassung (grüner Einband) vom 11.7.2002, S. 2

⁴⁶ Stellungnahme des MDS zum Ergebnisbericht vom 7.6.2002, Stand: Mai 2002, S. 6

keit) eines medizinischen Behandlungsverfahrens“ zu beurteilen hat, kommt zusammenfassend zu der Feststellung, dass nach den Ergebnissen des Modellprojektes der therapeutische Nutzen der konduktiven Förderung nach Petö als nicht belegt gelten kann⁴⁷.

Der Teil II der Stellungnahme des MDS befasst sich mit der Frage, wie hoch nach dem Forschungsbericht die (durchschnittlichen) Anteile der „Petö-Methode“ an Krankengymnastik (Heilmittel) sowie Pädagogik sind und ob die Studie zur Beantwortung dieser Frage die richtigen Kriterien (im Sinne der nur in der Akutversorgung wirksamen Heilmittel-Richtlinien) gewählt wurden.

Obwohl bereits in einer Stellungnahme der Gesellschaft für Neuropädiatrie zur Konduktiven Förderung nach Petö vom 19.1.1996 gegenüber dem VdAK darauf verwiesen wurde, dass wegen des integrativen Ansatzes eine solche Unterteilung nicht möglich sei, werden im Abschlußbericht Zahlen genannt, deren Aussagewert und Verwertbarkeit aus den bereits 1996 referierten Gründen zweifelhaft bleiben. Die Stellungnahme des MDS weist darauf hin, dass die Differenzierung eines Fördertages in krankengymnastische bzw. pädagogische Anteile voraussetzen würde, dass entsprechend allgemein akzeptierte Definitionen für die einzelnen Bereiche vorliegen müssten. Verbindliche Festlegungen existierten dazu bisher nicht und hätten im Vorfeld bei der Konzipierung durch den Auftraggeber erfolgen müssen. Die Stellungnahme des MDS kommt in diesem Teil unter Berücksichtigung der Bestimmungen in den Heilmittel-Richtlinien des Bundesausschusses Ärzte/Krankenkassen zu der Feststellung, dass der in dem Ergebnisbericht zum Modellprojekt „Petö“ angeführte „motorische Anteil“ der Maßnahmen nicht den Richtlinien zugeordnet werden kann. Die Methode erfülle für die Konduktoren auch nicht die Zulassungsvoraussetzungen nach § 124 SGB V.

Darüber hinaus sei davon auszugehen, dass mit den in Deutschland im Rahmen der Heilmittelversorgung zur Verfügung stehenden Maßnahmen das betreffende Krankheitsbild einer adäquaten und sachgerechten Behandlung zugeführt werden könne. Nachvollziehbare Beweise für etwaige bestehende Defizite lägen nicht vor. Die bestehenden verfügbaren Möglichkeiten der Versorgung mit Heilmitteln und hier insbesondere auch mit den Maßnahmen der Physikalischen Therapie einschließlich Krankenbehandlung seien ausreichend, um den Anforderungen an eine adäquate Versorgung der betroffenen Versicherten gerecht zu werden⁴⁸.

Die Ausführungen des MDS in den letzten drei Sätzen stehen im krassen Gegensatz zu den genau gegenteiligen Ergebnissen des Modellprojekts⁴⁹, sodass diese Ausführungen nur als nicht evidenzbasierte persönlich Überzeugung des Verfassers der Stellungnahme des MDS verstanden werden können.

Auf dem Hintergrund dieser Bewertung des Abschlußberichts durch den MDS, kann bei nüchterner Betrachtung kein Zweifel daran bestehen, dass der Bundesausschuss Ärzte/Krankenkassen die Methode Petö auch unter Berücksichtigung der Ergebnisse des Modellprojekts nicht als neues Heilmittel zulassen wird. Er wird sich bei seiner Entscheidung darauf berufen, dass er ein neues Heilmittel nach § 138 SGB V nur dann zur Verordnung zulassen darf, wenn dessen therapeutischer Nutzen nachgewiesen ist. Diesen Nachweis hat das Modellprojekt gerade nicht erbracht.

4.3 Zwischenfacit

Dabei bleibt allerdings weiterhin die Frage unbeantwortet, ob es sich bei der Methode Petö um eine solche der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation handelt oder nicht. Für die Beantwortung dieser Frage ist – wie oben ausgeführt⁵⁰ – nicht der Bundesausschuss Ärzte/Krankenkassen, sondern sind die Rehabilitationsträger selbst zuständig.

Medizinisch-therapeutische Maßnahmen (wie z.B. die Methoden Bobath und Vojta im Rah-

⁴⁷ a.a.O., S. 11

⁴⁸ a.a.O., S. 22/23

⁴⁹ Blank/von Voss a.a.O., S. 4-114ff, insbes. 4-121-127

⁵⁰ vgl. oben Ziffer 3.3

men der Heilmittel-Richtlinien), die auch Maßstab für die Beurteilung der Methode Petö im Rahmen der Beurteilung des Abschlußberichtes durch den MDS sind und es im Zulassungsverfahren des Bundesausschusses Ärzte/Krankenkassen sein werden, sind zeitlich umschrieben und zielen primär auf die Behebung einer Dysfunktion bzw. einer Krankheit ab. Demgegenüber zielt die Methode Petö nicht auf eine möglichst zeitlich umschriebene oder kausal orientierte Behebung von psychischen Konflikten oder von „Krankem“, sondern auf die Förderung von Fähigkeiten und Begabungen.⁵¹ Sie hat danach zweifelsfrei den Charakter einer Methode im Rahmen der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, die zur Bewältigung der Krankheitsfolgen sowie zur Adaption bzw. Kompensation von Störungen der Aktivitäten bzw. Partizipation eines Menschen genau diese Zielsetzung verfolgen.

Da der Abschlußbericht von Blank/von Voss in der grundsätzlichen Frage, ob es sich um eine Methode der Krankenbehandlung oder um eine solche der medizinischen Rehabilitation handelt, zu exakt dem gleichen Ergebnis kommt, wie zwölf Jahre zuvor die Studie von Weber/Rochel, kann diese Frage – auch mit der erforderlichen Evidenz – dahingehend als geklärt angesehen werden, dass es sich um eine Methode der Leistungen der medizinischen Rehabilitation handelt.

Danach kann es im weiteren Entscheidungsprozess über die Zulassung der Methode nur noch um die Frage gehen, für welche Zielgruppen und in welcher Ausprägung nach Umfang und Intensität die Methode Petö als Leistung der medizinischen Rehabilitation zielgerichtet, bedarfsgerecht, wirksam und wirtschaftlich (§ 10 SGB IX) einzusetzen ist. Dabei ist zu berücksichtigen, dass der Gesetzgeber die Kriterien des § 12 SGB V für die Wirtschaftlichkeitsprüfung (ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich, Maß des Notwendigen) für die Leistungen der medizinischen Rehabilitationen mit den Regelungen des SGB IX (insbesondere § 10 SGB IX) durch konkreter und differenzierter auf die Rehabilitation ausgerichtete Beurteilungsmaßstäbe (Zielgerichtetheit, Bedarfsgerechtigkeit, Wirksamkeit, Wirtschaftlichkeit) ersetzt hat. Diese sind für alle Rehabilitationsträger, d.h., ausdrücklich auch für die der Krankenversicherung, seit dem 1.7.2002 die Grundlage für die Prüfung der Qualität und die Wirtschaftlichkeit (des Nutzens) von Leistungen bzw. diagnostischen und therapeutischen Methoden und Verfahren im Rahmen der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation.

Der Abschlußbericht von Bank/von Voss enthält eine Fülle tragfähiger Hinweise sowohl zur Bedarfsgerechtigkeit und den Zielgruppen, wie auch zu dem jeweiligen Umfang in dem die Methode Petö für diese Zielgruppen wirksam eingesetzt werden kann.

Diese Fragen haben nach geltendem Recht die Rehabilitationsträger auf der Grundlage des Sozialgesetzbuches, Teil IX, zu beantworten. Auf der Basis des Abschlußberichtes von Bank/von Voss sind auch keine Gründe erkennbar, warum die Beantwortung dieser Fragen erneut einen längeren Zeitraum beanspruchen sollte.

5. Das Sozialgesetzbuch, Teil IX

Am 1.7.2001 ist der Neunte Teil des Sozialgesetzbuches (SGB IX) in Kraft getreten, mit dem der Gesetzgeber das gesamte Recht der Behinderten und der Rehabilitation behinderter Menschen in einem Buch des Sozialgesetzbuches zusammen führt. Es fasst auf bundesrechtlicher Ebene, das bisher in einer Vielzahl von Gesetzen und Verordnungen zergliederte Behindertenrecht (u.a. Reha-AnglG, BSHG, Schwerbehindertengesetz) in einem Sozialgesetzbuch zusammen, das an Stelle des Untertitels „Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen“ zu Recht auch den Untertitel „Das Recht behinderter Menschen“ tragen könnte. Außerhalb des SGB IX findet sich Behindertenrecht künftig nämlich nur noch in landesrechtlichen oder kommunalrechtlichen Vorschriften wie dem Recht der Sonderschulen, den Aus-

⁵¹ Blank/von Voss a.a.O., S. 4-114

führungsgesetzen zum BSHG, den Landesblindengesetzen, den Verordnungen über die Befreiung von der Rundfunkgebührenpflicht u.ä.

5.1 Einführung

Im Vorfeld des Gesetzgebungsverfahrens zum Sozialgesetzbuch, Teil IX, bildeten die Regierungsfractionen eine interdisziplinäre Koalitionsarbeitsgruppe „Behindertenpolitik“, die Anfang Juli 1999 ein politisches „Eckpunktepapier zum Sozialgesetzbuch, Teil IX“ vorlegte, das zur Grundlage des Gesetzgebungsverfahrens gemacht wurde. Das Eckpunktepapier enthielt im wesentlichen folgenden Grundsätze:

- Das SGB IX setzt das Benachteiligungsverbot des Artikel 3 Abs. 3 Satz 2 GG im Bereich der Sozialpolitik um
- Das SGB IX beendet die Divergenz und Unübersichtlichkeit des bestehenden Rehabilitationsrechts. Es wird angestrebt, dass
 - Regelungen die für mehrere Sozialleistungsträger einheitlich sein können, nur an einer Stelle getroffen werden
 - Vorschriften, die unterschiedlich sein müssen, nach denselben Gesichtspunkten angeordnet und
 - Begriffe und Abgrenzungskriterien aller einschlägigen Regelungen unabhängig von ihrem Standort vereinheitlicht werden.
- Das SGB IX errichtet eine gemeinsame Plattform, auf der durch Koordination, Kooperation und Konvergenz gemeinsames Recht und eine einheitliche Praxis der Rehabilitation und der Behindertenpolitik erreicht werden können
- Das SGB IX organisiert bürgernah den Zugang und die Erbringung von Leistungen, errichtet Strukturen für die Zusammenarbeit von Leistungsträgern, Leistungserbringern und Leistungsempfängern und steuert die Leistungen der Rehabilitation und der Eingliederung behinderter Menschen unter Sicherung von Qualität und Effizienz.
- Das SGB IX passt die Regelungen des Schwerbehindertenrechts mit dem Ziel einer Aktualisierung und Verbesserung den zeitgemäßen Anforderungen an.
- Leistungsausweitungen und Neuregelungen stehen unter dem Vorbehalt der Finanzierbarkeit und sind in erster Linie durch Effizienzsteigerungen, Vereinfachungen und Kosteneinsparungen im bestehenden System zu realisieren.

Seit Anfang 2000 wurden auf der Basis der Eckpunkte der Koalitionsarbeitsgruppe im Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS)⁵² verschiedene Diskussions- und Rohentwürfe des SGB IX erarbeitet, die schließlich am 4.12.2000 in einen Referentenentwurf einmündeten, der am 16.1.2001 wortgleich von Bundesregierung und Regierungsfractionen als Entwurf eines Sozialgesetzbuches – Neuntes Buch – (SGB IX) - Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen⁵³ - beschlossen und am 19.1.2001 in erster Lesung in den Deutschen Bundesrat eingebracht wurde.

Auf der Grundlage einer Öffentlichen Anhörung vor dem Ausschuss für Arbeit und Sozialordnung des Deutschen Bundestages am 19./20.2.2001 konnte nachfolgend im Ausschuss bei Stimmenthaltung der PDS Einvernehmen aller Fraktionen über notwendige Änderungsanträge erzielt werden, so dass das Gesetz am 6.4.2001 in zweiter und dritter Lesung gegen die Stimmen der PDS, ansonsten mit den Stimmen aller Fraktionen des Deutschen Bundestages beschlossen werden konnte. Nachdem der Bundesrat das zustimmungspflichtige Gesetz am 11. Mai 2001 verabschiedet hat, ist es in seinen Kernbereichen am 1. Juli 2001 in Kraft getreten.

Ein Blick auf die Eckpunkte zeigt, dass bei der Einordnung des Behinderten- und Rehabilitationsrechts in das Sozialgesetzbuch – über die Bemühungen in der 11. und 12. Legislaturperiode hinaus - um mehr geht als eine reine Kodifizierung, das heißt, eine systematische Zu-

⁵² damals Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMA)

⁵³ BT-Drucks. 14/5074

sammenstellung und damit verbunden eine Wiederangleichung des seit 1982 erheblich auseinanderentwickelten Rehabilitationsrechts. Auf dem Hintergrund der übergeordneten Zielsetzung, durch ein Gesetz zur Gleichbehandlung Behinderter das Benachteiligungsverbot des Art 3 Grundgesetz zu konkretisieren, ist das Sozialgesetzbuch, Teil IX, sozusagen der vorangestellte „Instrumentenkasten“, mit dem das Benachteiligungsverbot im Bereich des zusammengefassten Behindertenrechts durch konkrete Handlungsmöglichkeiten und Leistungen, u.a. die der Rehabilitation, in die gesellschaftliche Wirklichkeit umgesetzt werden soll.

Das erklärt, warum sich das SGB IX weniger mit den Leistungsinhalten des Behinderten- und Rehabilitationsrechts befasst, sondern im wesentlichen darauf abstellt, die Integration von Menschen mit Behinderungen in die Familie, in den Beruf und in das tägliche Leben zu fördern. Bisher in diesem Zusammenhang bestehende Hemmnisse und Defizite sollen durch umfassende, bürgernahe und gemeinsame, auf die Integration ausgerichtete Beratung der Rehabilitationsträger, durch unbürokratischere, schnellere und zielgerichtetere Einleitung gebotener Maßnahmen sowie eine bessere Koordination und Kooperation der beteiligten Rehabilitationsträger u.a. auch hinsichtlich der Inhalte und Qualität der Leistungen abgebaut werden.

5.2 Die Träger der Sozialhilfe sowie der Kinder- und Jugendhilfe sind jetzt Träger der Rehabilitation

Die Einbeziehung der Sozialhilfeträger in den Kreis der Rehabilitationsträger und zwar als Träger der Sozialleistungen zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft ist insbesondere für behinderte Kinder und Jugendliche sowie deren Angehörige von grundsätzlicher Bedeutung, weil damit die von vielen Behinderten als Diskriminierung empfundene unterschiedliche Behandlung von Behinderten, die Leistungen von einem Rehabilitationsträger erhalten können, und solchen, die auf die Sozialhilfe angewiesen sind, weitgehend beseitigt werden. Zudem wird damit der vom Deutschen Bundestag bereits 1974 erteilte Prüfauftrag zur Einbeziehung der Sozialhilfe erledigt. Für die Praxis des Behindertenrechts darf erwartet werden, dass künftig eine Vielzahl von Problemen an der Schnittstelle zwischen Sozialversicherung und Sozialhilfe, insbesondere auch für die medizinische Rehabilitation psychisch kranker Menschen vermeidbar ist.

Das gilt in gleicher Weise für die Einbeziehung der Träger der Jugendhilfe in den Kreis der Rehabilitationsträger, die bis zuletzt sehr umstritten war. So beinhaltet z.B. die Stellungnahme des Bundesrates überwiegend den Versuch, die Gleichstellung mit den übrigen Rehabilitationsträgern insbesondere im Bereich des Verfahrensrechts abzumildern oder Ausnahmeregelungen anzubringen.

Die Träger der Sozialhilfe wurden für die in das Leistungsrecht der Rehabilitation neu aufgenommenen Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft als Träger der „sozialen Rehabilitation in den Kreis der Rehabilitationsträger (§ 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB IX) einbezogen. Sie sind für die Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft als Rehabilitationsträger zuständig, soweit keine vorrangige Zuständigkeit der Unfallversicherung, der Kriegsopferfürsorge oder der Jugendhilfe gegeben ist. Im Verhältnis zu den übrigen Rehabilitationsträgern findet das Subsidiaritätsprinzip bzgl. dieser neuen Aufgabe als Rehabilitationsträger keine Anwendung. Danach hat der Gesetzgeber die Rolle der Träger der Sozialhilfe als Träger der Fürsorge für ihre neue Aufgabe als Rehabilitationsträger – jedoch nur für die Leistungen zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben – ausdrücklich in der Weise verändert, dass für diese neue Aufgabenstellung bestimmte Grundsätze der Fürsorge – wie z.B. das Nachrangigkeitsprinzip – keine Anwendung finden.

Unabhängig davon erbringen die Sozialhilfeträger - wie bisher – im Rahmen der Eingliederungshilfe nach dem BSHG unter Berücksichtigung des Subsidiaritätsprinzips medizinische und berufliche Leistungen zur Rehabilitation, die sich seit Inkrafttreten des SGB IX inhaltlich – wie bei allen übrigen Rehabilitationsträgern – nach dem SGB IX richten. Bei Leistungen der Sozialhilfeträger zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe im Arbeitsleben

einschließlich der Leistungen im Arbeitsbereich anerkannter Werkstätten für behinderte Menschen entfällt nunmehr allerdings die Bedürftigkeitsprüfung

5.3 Die medizinische Rehabilitation orientiert sich an der ICF der WHO

Von besonderer Bedeutung ist die Orientierung des deutschen Behinderten- und Rehabilitationsrechts an der Weiterentwicklung des Behindertenrechts im Rahmen der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Grundlage ist die International Classification of Funktioning, Disability and Health (ICF), insbesondere das darin enthaltene „Partizipationsmodell“, die die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit und Behinderung (ICF) von 1980 mit ihrem bio-psycho-sozialen Modell ablöst und durch die Anpassung an die Lebenswirklichkeit Behinderter und chronisch Kranker erheblich erweitert.

Die WHO versteht nunmehr unter Behinderung die negative Wechselwirkung zwischen der Person mit einem Gesundheitsproblem, das durch die ICF klassifiziert wird, und ihren Kontextfaktoren auf ihre Funktionsfähigkeit, insbesondere die Teilhabe an einem oder mehreren Lebensbereichen. Eine zentrale Aufgabe der Rehabilitation ist danach die Wiederherstellung oder wesentliche Besserung der Funktionsfähigkeit auf den Ebenen der Aktivitäten (Leistungsfähigkeit) und der Partizipation (Teilhabe an Lebensbereichen). Mit der Orientierung des SGB IX an der ICF stellt der Gesetzgeber klar, dass alle Leistungen zur Rehabilitation, d.h., auch die der medizinischen, über die Krankenbehandlung hinaus als Leistungen zur Teilhabe der Bewältigung der Krankheitsfolgen dienen müssen.

Die Bundesrepublik Deutschland ist weltweit das erste Land, das die ICF in nationales Recht übernimmt und damit die sozialrechtlichen Leistungen für Behinderte und chronisch Kranke an den in der ICF definierten Zielen und Maßstäben orientiert.

Die Anknüpfung an die Internationale Klassifikation der WHO (ICF) und die Ausrichtung auch der medizinischen Rehabilitation auf die Beseitigung oder Minderung von Störungen der Aktivitäten und der Partizipation erforderte in § 26 Abs. 3 SGB IX die Klarstellung, dass die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation auch psychologische und pädagogische Hilfen umfassen, weil diese in besonderem Maße zur Aufarbeitung von Aktivitäten- und Partizipationsstörungen geeignet sind. Die Träger der medizinischen Rehabilitation haben in Anbetracht dieser auf die Integration ausgerichteten Zielsetzung künftig im Rahmen der Rehabilitationskonzepte zu klären und festzulegen, inwieweit die in der medizinischen Rehabilitation eingesetzten Verfahren und Methoden geeignet sind, diese Zielsetzung zu erreichen oder zu fördern bzw. im Einzelfall zu prüfen, welche Leistungen für den Rehabilitanden mit Blick auf den Grad seiner Aktivitäten- bzw. Partizipationseinschränkung erfolversprechend sind.

5.4 Die Leistungsrechtliche Regelungen des SGB IX sind für alle Rehabilitationsträger unmittelbar geltendes Recht

Nach dem RehaAngG von 1974 stellten die leistungsrechtlichen Regelungen (§§ 10 ff Reha-AnglG) lediglich Grundsätze dar, während sich Voraussetzungen, Art und Umfang der Leistungen der Rehabilitationsträger im Einzelnen nach den jeweils für sie geltenden Rechtsvorschriften richteten. Auch nach dem SGB IX (§ 7) richten sich Zuständigkeit und Leistungsvoraussetzungen nach den spezifischen Rechtsvorschriften der jeweiligen Rehabilitationsträger. Art, Umfang und Ausführung der Leistungen richten sich dagegen künftig für alle Rehabilitationsträger einheitlich nach den allgemeinen Regelungen des SGB IX, es sei denn, der Gesetzgeber hätte für einen Rehabilitationsträger in den für ihn geltenden Rechtsvorschriften besondere (abweichende) Bestimmungen getroffen, was jedoch mit Blick auf die mit dem SGB IX gleichzeitig vollzogene Rechtsangleichung und die in den speziellen Leistungsgesetzen enthaltenen Rückverweisungen auf die Anwendbarkeit der Vorschriften des SGB IX⁵⁴ kaum noch der Fall ist.

⁵⁴ vergl. Fuchs in Bühr/Fuchs et.al., Kommentar zum SGB IX, Beck-Verlag, § 7, Rn 7

Damit wird der Forderung nach einer einheitlichen Praxis der Rehabilitation entsprochen. Dies stellt allerdings hohe Anforderungen an die Kooperation, Koordination und Konvergenz der Rehabilitationsträger. Diese müssen nämlich einerseits die Inhalte der Leistungen nach Art, Umfang, Intensität und Qualität der eingesetzten Methoden und Verfahren weitgehend einheitlich gestalten, andererseits aber darüber hinausgehende trägerspezifische Leistungskomponenten definieren und vereinbaren, wenn die jeweilige Aufgabenstellung eines Rehabilitationsträgers dies im gegliederten System erfordert und begründet.

5.5 Weitere für die Unterstützung von Behinderten bedeutsame Regelungen des SGB IX⁵⁵

Auch wenn dies im Zusammenhang mit der Erörterung der Auswirkungen des SGB IX für die Methode Petö keine unmittelbare Bedeutung hat, wird an dieser Stelle auf weitere Regelungen des SGB IX hingewiesen, die den Zugang zur Rehabilitation und die Lebenssituation von behinderten bzw. von Behinderung bedrohten Menschen erleichtern sollen:

5.5.1 Wunsch- und Wahlrecht der Leistungsberechtigten/Persönliches Budget

§ 9 SGB IX übernimmt die bisherige Praxis der Rehabilitationsträger, dass bei der Entscheidung über Leistungen und deren Ausführung berechtigten Wünschen der Leistungsberechtigten entsprochen und auf die persönliche Lebenssituation, das Geschlecht, die Familie sowie die religiösen und weltanschaulichen Bedürfnisse Rücksicht genommen wird (Abs. 1)

Neu ist die in Abs. 2 vorgesehene Möglichkeit, dass die Leistungsberechtigten eine eigentliche Sachleistung in der Form der Geldleistung wählen können, wenn die Geldleistung in der Wirksamkeit der Sachleistung entspricht und zumindest gleich wirtschaftlich ist. Die Rehabilitationsträger sollen zudem in geeigneten Fällen ihre Leistungen auch in Form eines persönlichen Budgets erbringen können (§ 17 SGB IX), wobei diese Form der Leistungserbringung zunächst in Modellvorhaben erprobt werden soll.

Diese Regelung trägt insbesondere den Bedürfnissen von Schwerst- und Mehrfachbehinderten Rechnung, die in der Regel mehrere Teilleistungen von unterschiedlichen Sozialleistungsträgern erhalten und durch die Zusammenführung der Teilleistungen in einem Budget bzw. der Umwandlung einer Sach- in eine Geldleistung in die Lage versetzt werden, ihren Hilfebedarf zielgerichteter und die ihnen zustehenden Leistungen wirtschaftlicher und wirksamer einzusetzen (z.B. Einkaufs- oder Arbeitgebermodell).

5.5.2 Schneller Leistungszugang durch rasche Zuständigkeitsklärung

§ 14 SGB IX trägt dem Bedürfnis Rechnung, durch eine rasche Klärung von Zuständigkeiten Nachteilen des gegliederten Systems entgegenzuwirken. Die Zuständigkeit der einzelnen Zweige der sozialen Sicherheit für Rehabilitationsleistungen bleibt grundsätzlich unberührt. Das Verfahren zur Klärung der Zuständigkeit wird jedoch für die Rehabilitationsträger abschließend geregelt, sodass die Regelungen über die vorläufige Leistungserbringung nach dem Ersten Buches des Sozialgesetzbuches (§ 43 SGB I) oder denen nach den für die einzelnen Rehabilitationsträger geltenden speziellen Leistungsgesetzen keine Anwendung mehr finden müssen.

Dabei gelten erstmals Fristen für die Entscheidung über die Zuständigkeit und die Antragsbearbeitung. Die Zuständigkeit ist innerhalb von 14 Tagen nach Antragseingang abschließend zu prüfen. Ist eine Entscheidung über den Rehabilitationsantrag nur nach Prüfung der Ursache der Behinderung möglich (z.B. Kausalität in der Unfallversicherung), ist der Antrag unverzüglich an einen dann zuständigen Rehabilitationsträger (z.B. Kranken- oder Rentenversicherungsträger) weiterzuleiten, der nach dem für ihn geltenden Recht ohne Kausalitätsprüfung über den Antrag entscheiden muss.

⁵⁵ Fuchs, SGB IX, Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen, Beck-Texte im dtv, 2.Auflage, Einführung, S. XXII bis XXV

Der zuständige Rehabilitationsträger hat innerhalb von drei Wochen nach Antragseingang, oder - wenn zur Beurteilung des Rehabilitationsbedarfs die Einholung eines Gutachtens erforderlich ist - innerhalb von zwei Wochen nach Eingang des Gutachtens über den Antrag zu entscheiden.⁵⁶

5.5.3 Umfassende Klärung des Bedarfs durch gemeinsame Service-Stellen auf Kreisebene

Nachdem die Verpflichtung der Rehabilitationsträger aus § 15 Abs. 3 SGB I, eine möglichst umfassende Auskunftserteilung durch eine Stelle sicherzustellen, bzw. die Vorgabe in § 5 Abs. 1 Satz 2, letzter Halbsatz RehaAnglG, gemeinschaftliche Auskunfts- und Beratungsstellen anzustreben, von den Rehabilitationsträgern in der Vergangenheit nicht zufriedenstellend umgesetzt wurde, gewährt § 22 SGB IX den behinderten und von Behinderung bedrohten Menschen nunmehr einen Anspruch auf Beratung und Unterstützung in gemeinsamen örtlichen Service-Stellen der Rehabilitationsträger (§ 22 Abs. 1 SGB IX).

Um diesen Anspruch zu erfüllen, werden die Rehabilitationsträger die gemeinsamen Service-Stellen nunmehr in allen Landkreisen und kreisfreien Städten errichten müssen (§ 23 Abs. 1 IX), wobei die Aufsichtsbehörden der Länder auf die unverzügliche Errichtung hinzuwirken und ggfls. von ihren aufsichtsbehördlichen Befugnissen Gebrauch zu machen haben (§ 23 Abs. 2 IX). Die Servicestellen sind barrierefrei so mit qualifizierten Personal- und Sachmitteln auszustatten sind, dass Wartezeiten in der Regel vermieden werden können.

Die Aufgaben der Servicestellen sind in einem nicht abschließenden Aufgabenkatalog vorgegeben. Sie haben insbesondere die Entscheidung des Rehabilitationsträgers so umfassend vorzubereiten, dass dieser – im Rahmen der kurzen Bearbeitungsfristen nach § 14 SGB IX – auch tatsächlich entscheiden kann (§ 22 Abs. 1 Nr. 5 IX).

Verbände der Selbsthilfegruppen behinderter Menschen sowie Verbände der freien Wohlfahrtspflege erhalten Gelegenheit, sich an Servicestellen und – mit Einverständnis der Betroffenen – an der Beratung zu beteiligen, wobei allerdings für diese Leistung der Betroffenenverbände keine Kostenerstattung vorgesehen ist. Damit wird die Möglichkeit eröffnet, die Kompetenz dieser Verbände bei der Beantwortung der Fragen, welche Hilfen notwendig und wo diese Hilfen zu erhalten sind, mit der auf die Leistungen und ihre Finanzierung bezogene Kompetenz der Rehabilitationsträger zu vernetzen (§ 22 Abs. 1 Nr. 4 SGB IX).

In diesem Zusammenhang ist die Verpflichtung des Rehabilitationsträgers bedeutsam, dem Antragsteller möglichst drei wohnortnahe Sachverständige unter Berücksichtigung bestehender sozialmedizinischer Dienste zu benennen, wenn für die Feststellung des Rehabilitationsbedarfs ein Gutachten erforderlich und ein Gutachter zu beauftragen ist (§ 14 Abs. 5 SGB IX). Mit diesen Regelungen schafft der Gesetzgeber der Selbstverwaltung der Rehabilitationsträger die Grundlage für die Entwicklung eines wohnortnahen Rehabilitations-Screenings, das mit Fachärzten, die eine Zulassung zur kassenärztlichen Versorgung haben können, aber nicht müssen, (z.B. Fachärzten für Sozialmedizin und Rehabilitation) entwickelt und diesen auf vertraglicher Basis zur Durchführung übertragen werden könnte.⁵¹

6. Verantwortung der Rehabilitationsträger für die Konkretisierung der Leistungsinhalte nach dem SGB IX

Nach den von der Koalitionsarbeitsgruppe Behindertenpolitik im Oktober 1999 vorgelegten „Eckpunkten zum Sozialgesetzbuch IX“ besteht ein Hauptziel des SGB IX darin, eine gemeinsame Plattform zu errichten, auf der durch Koordination, Kooperation und Konvergenz ein gemeinsames Recht und eine einheitliche Praxis der Rehabilitation und der Behindertenpolitik erreicht werden kann. Grundlage dafür war der Vierte Bericht über die Lage der Behinderten und die Entwicklung der Rehabilitation vom 18. Dezember 1997, nach dem die Hilfen zur Eingliederung behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen ins Arbeits-

⁵⁶ Näheres vergl. Bihr/Fuchs/Krauskopf/Lewering, Beck-Verlag, Kommentar zu §§ 14, 22, 23 SGB IX

leben und in die Gemeinschaft insgesamt „in den letzten Jahren zu einem durchgängigen, in sich aber recht differenzierten System sozialrechtlicher und anderer Vorschriften ausgestaltet wurden“⁵⁷ Nach Auffassung des Gesetzgebers⁵⁸ hatte dieses in der Sache durchgängige System von Leistungen und sonstigen Hilfen jedoch vor Inkrafttreten des SGB IX keinen angemessenen Ausdruck in der rechtlichen Ausgestaltung gefunden. Vielmehr bestanden neben dem RehaAnglG, dem SchwbG und dem BSHG eine Vielzahl weiterer Vorschriften. Dies hatte zur Folge, dass selbst innerhalb des Sozialrechts

- Leistungen und Hilfen zur Eingliederung behinderter Menschen zwar parallel und in der Sache gleichförmig und nach gleichen Kriterien erbracht wurden (z. B. Hilfsmittel, Leistungen zur Eingliederung ins Arbeitsleben), die einschlägigen Vorschriften jedoch unterschiedlich gefasst waren,
- an den Nahtstellen der verschiedenen Leistungsbereiche und -zuständigkeiten nicht überall sachgerechte Abgrenzungs- und Verknüpfungsregelungen bestanden und
- die Zersplitterung der einschlägigen Rechtsvorschriften bei den einzelnen beteiligten Trägern und Stellen die Tendenz zu isolierter Betrachtung von Teilproblemen und -lösungen förderte, während für behinderte oder von Behinderung bedrohte Menschen die Leistungen und sonstigen Hilfen zur Eingliederung vor allem in ihrem Zusammenwirken von Bedeutung sind.

Rechtsauslegung, Rechtsanwendung und Nutzen der Vorschriften durch die Betroffenen, insbesondere für die behinderten und von Behinderung bedrohten Menschen seien damit erschwert. Die Ursachen für diese Schwierigkeiten lägen einmal darin, dass die Rehabilitation - verstanden als die Eingliederung der behinderten Menschen in Arbeit, Beruf und Gesellschaft – sich als ohnehin komplexe Aufgabe darstelle, die medizinische, schulische, berufliche und soziale Maßnahmen und Hilfen zum Inhalt hat. Hinzu komme in Deutschland, dass die Aufgabe der Eingliederung der behinderten Menschen nicht einem eigenständigen Zweig des Systems der sozialen Sicherung zugeordnet sei.

Nach Auffassung des Gesetzgebers schafft und sichert ein gegliedertes System dennoch bei zielgerichteter Zusammenarbeit der in diesem System jeweils zuständigen Träger auf der Grundlage harmonisierter Rechtsvorschriften den behinderten und von Behinderung bedrohten Menschen weitergehende und wirkungsvolle Möglichkeiten der Eingliederung, als jede derzeit denkbare andere organisatorische Lösung, wie etwa die immer wieder geforderte Zusammenfassung bei einem Träger dies könnte. Das SGB IX enthält deshalb neben einem Plädoyer für die Beibehaltung des gegliederten Systems (§§ 6, 7) zur Verwirklichung der zielgerichteten Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger verschiedene Vorschriften (§§ 10 bis 14, 17, 19 bis 24), von denen allerdings den §§ 12 und 13 hinsichtlich der Koordination und Kooperation der Rehabilitationsträger besondere Bedeutung beikommt.

Entsprechend dem Grundsatz des Vorrangs für Selbstverwaltungslösungen greift das SGB IX zur Lösung der Koordinations-, Kooperations- und Konvergenzprobleme bis auf weiteres auf die gemeinsame Verantwortung der beteiligten Rehabilitationsträger zurück. Es verpflichtet diese, die vorhandenen Probleme durch die Vereinbarung gemeinsamer Empfehlungen – wenn auch im Benehmen mit dem BMA in der Vorbereitungsphase (Abs. 7) – eigenverantwortlich auszuräumen.

6.1 Die Verantwortung für die inhaltliche Ausgestaltung der Rehabilitationsleistungen und des Leistungsverfahrens nach den §§ 12, 13 SGB IX⁵⁹

Die angestrebte Koordination, Kooperation und Konvergenz der Rehabilitationsträger zur Gewährleistung einer einheitlichen Rehabilitationspraxis soll einerseits durch die Ergänzung des Kreises der Rehabilitationsträger um die Träger der Sozial- und Jugendhilfe, andererseits durch die Verpflichtung der Rehabilitationsträger zur Vereinbarung „Gemeinsamer Em-

⁵⁷ BT-Drucks. 13/9514, Textziffer 15.5

⁵⁸ BT-Drucks. 14/5074, S.92/93

⁵⁹ Näheres vergl. Fuchs in Bhr/Fuchs et.al. Kommentar zum SGB IX, §§ 12,13

pfehlungen“ (§ 13 SGB IX) erreicht werden. Dabei handelt es sich um Regelungen u.a. darüber

- in welchen Fällen und in welcher Weise rehabilitationsbedürftigen Menschen notwendige Leistungen zur Teilhabe angeboten werden, insbesondere um eine Chronifizierung von erkrankungsbedingten Behinderungen zu vermeiden
- in welchen Fällen und in welcher Weise die Klärung der im Einzelfall anzustrebenden Ziele und des Bedarfs an Leistungen schriftlich festzuhalten ist sowie über die Ausgestaltung des Zuständigkeitsverfahrens
- wie die Leistungen der Teilhabe zwischen verschiedenen Trägern koordiniert werden
- in welcher Weise und in welchem Umfang Selbsthilfegruppen im Bereich der Prävention und Rehabilitation gefördert werden
- in welchen Fällen und in welcher Weise der behandelnde Arzt oder Facharzt und der Betriebs- oder Werksarzt in die Einleitung und Ausführung von Leistungen zur Teilhabe einzubeziehen sind
- wie ein Informationsaustausch zur möglichst frühzeitigen Erkennung eines Integrationsbedarfs mit den behinderten Beschäftigten, Arbeitgebern und den Schwerbehindertenvertretungen gestaltet werden kann.

Neben dem SGB IX besteht für den Bereich der Krankenversicherung die Regelung des § 111a Nr. 1 SGB V ausdrücklich fort, der die Konkretisierung der Ziele und Inhalte der medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen für diesen Bereich in gemeinsamen Rahmenempfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Spitzenorganisationen der Leistungserbringer vorsieht.

In diesem Zusammenhang wird die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) gesetzlich fundiert. Gleichzeitig werden deren Aufgaben so erweitert, dass sie die administrative Basis für die notwendigen Abstimmungs- und Vorbereitungsprozesse im Rahmen einer effektiveren trägerübergreifenden Zusammenarbeit bildet. Sie hat u.a. die Vorschläge für die gemeinsamen Empfehlungen der Rehabilitationsträger (§ 13 SGB IX) zu entwickeln und dem BMGS jährlich eine Zusammenfassung der Erfahrungen der Rehabilitationsträger mit den gemeinsamen Empfehlungen zu übermitteln.

§ 13 Abs. 1 SGB IX beinhaltet – über die einzelnen, in Abs. 2 konkretisierten Empfehlungsinhalte hinaus – die umfassende Verpflichtung, auszuschließen, dass es hinsichtlich der in § 12 Abs. 1 SGB IX genannten Tatbestände (das ist u.a. die Definition der erforderlichen Leistungen) zu unterschiedlicher Rechtsanwendung, zu unterschiedlichen Leistungsinhalten, Leistungsverfahren oder anderen Schnittstellenproblemen kommt. Zeichnen sich Schnittstellenprobleme oder Auslegungsunterschiede ab, sind die Rehabilitationsträger seit dem Inkrafttreten des SGB IX verpflichtet, diese durch die Vereinbarung gemeinsamer Empfehlungen zu vermeiden bzw. auszuschließen. Dadurch sind die Träger nicht gehindert, etwa vorhandene unterschiedliche Auffassungen auf dem Rechtswege zu klären. Anders als in der Vergangenheit darf dies künftig jedoch nicht dazu führen, dass bis zur Klärung im Rechtsweg Leistungen ganz oder teilweise nicht oder nicht in der gebotenen Ausführung erbracht werden, d.h., die Abgrenzungs- und Anwendungsfragen zu Lasten der Berechtigten ausgetragen werden. Die Rehabilitationsträger haben mit gemeinsamen Empfehlungen sicher zu stellen, dass die Berechtigten unabhängig davon, welcher Rehabilitationsträger für sie zuständig ist, auch bei zwischen den Trägern bestehenden Auffassungsunterschieden immer die bedarfsgerechte, nach Art, Inhalt und Ausführung an den Zielen und Vorgaben des SGB IX orientierte Leistung ohne Verzögerung und umfassend erhalten.

6.2 Zur Konvergenz verpflichtete Rehabilitationsträger

Die Verpflichtung nach den §§ 12,13 SGB IX, gemeinsame Empfehlungen zu vereinbaren, erstreckt sich nur auf die Rehabilitationsträger nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 bis 5 SGB IX und erfasst deshalb die Träger der Sozial- und Jugendhilfe nicht unmittelbar. Diese können jedoch nach § 13 Abs. 5 Satz 2 SGB IX den Vereinbarungen beitreten. Ihren Belangen ist schon

deswegen zumindest teilweise Rechnung getragen, weil die Empfehlungen nach Abs. 6 Satz 3 die besonderen Bedürfnisse behinderter oder von Behinderung bedrohter Frauen und Kinder zu berücksichtigen haben. Kommen die Rehabilitationsträger ihren nach dieser Vorschrift bestehenden Empfehlungspflichten nicht nach, ermächtigt § 16 SGB IX das BMGS, unter bestimmten Voraussetzungen ersatzweise Regelungen durch Rechtsverordnungen zu treffen. Mit den gemeinsamen Empfehlungen soll im Rahmen des geltenden Rechts eine einheitliche und – bei Leistungen unterschiedlicher Rehabilitationsträger – eine koordinierte Leistungserbringung bewirkt werden. Dadurch soll erreicht werden, dass die insgesamt erforderlichen Leistungen aus der Sicht des Leistungsberechtigten wie „aus einer Hand“ erscheinen, auch wenn sie von rechtlich selbständigen Rehabilitationsträgern eigenverantwortlich erbracht werden.

6.3 Empfehlungen zu den Inhalten der Leistungen zur Rehabilitation

Die Rehabilitationsträger nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 bis 5 SGB IX haben nach § 13 Abs. 1 SGB IX zur Sicherung der Zusammenarbeit nach § 12 Abs. 1 SGB IX gemeinsame Empfehlungen zu vereinbaren.

Nach § 12 Abs. 1 Nr. 1 SGB IX tragen die Rehabilitationsträger die Verantwortung dafür, dass die im Einzelfall erforderlichen Leistungen zur Teilhabe nahtlos, zügig sowie nach Gegenstand, Umfang und Ausführung einheitlich erbracht werden. Aus dieser Verantwortung ergibt sich die Vereinbarung gemeinsamer Empfehlungen - vergleichbar § 111a Nr. 1 SGB V - zur Konkretisierung der Ziele und Inhalte (Gegenstand, Umfang und Ausführung), aber auch über die nahtlose und zügig Erbringung der Rehabilitationsmaßnahmen.

Die Auflistung der vom Gesetzgeber erwarteten Empfehlungsinhalte in § 13 Absatz 2 SGB IX verpflichtet die Rehabilitationsträger darüber hinaus in Ziffer 2 zu einer gemeinsamen Klärung und Beschreibung der sich aus den §§ 1, 4 SGB IX ergebenden Zielgruppen der Rehabilitation („welche Fälle“) sowie - i.V.m. § 12 Abs. 1 Nr. 1 - zu einer gemeinsamen Empfehlung darüber, in „welcher Weise“ (Gegenstand, Umfang und Ausführung) für diese Zielgruppen die notwendigen Leistungen zur Teilhabe angeboten – d.h. gem. § 19 SGB IX auch: sicher gestellt – werden.

Mit Blick auf die an der ICF orientierten Zielsetzung der Teilhabeleistungen müssen die danach in gemeinsamen Empfehlungen festzulegenden Leistungsbeschreibungen auf evidenzbasierter Health Care (EBHC) beruhen und dürfen sich nicht nur auf evidenz-basierte Medizin (EBM) beschränken.

7. Gemeinsamer Sicherstellungsauftrag der Rehabilitationsträger nach dem SGB IX

Nach § 19 Abs. 1 SGB IX wirken die Rehabilitationsträger gemeinsam unter Beteiligung der Bundesregierung und der Landesregierungen darauf hin, dass die fachlich und regional erforderlichen Rehabilitationsdienste und -einrichtungen in ausreichender Zahl und Qualität zur Verfügung stehen. Dabei achten sie darauf, dass für eine ausreichende Zahl solcher Rehabilitationsdienste und –einrichtungen Zugangs- und Kommunikationsbarrieren nicht bestehen. U.a., um diesem Auftrag auf Landes- bzw. regionaler Ebene organisatorisch nachzukommen und diese Aufgaben gemeinsam wahrnehmen zu können, sollen die Rehabilitationsträger und ihre Verbände nach § 12 Abs. 2 SGB IX regionale Arbeitsgemeinschaften bilden. Dies ist deswegen schon unverzichtbar, damit die in § 19 Abs. 1 Satz 3 SGB IX zwingend vorgeschriebene Beteiligung der Verbände behinderter Menschen einschließlich der Verbände der freien Wohlfahrtsverbände, der Selbsthilfegruppen und der Interessenvertretungen behinderter Frauen auf der Ebene durchgeführt werden kann, auf der die jeweilige Entwicklung bzw. Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen wirksam wird.

Nehmen Rehabilitationsträger zur Ausführung von Leistungen besondere Dienste (Rehabilitationsdienste) oder Einrichtungen (Rehabilitationseinrichtungen) in Anspruch, erfolgt nach § 19 Abs. 4 SGB IX die Auswahl danach, welcher Dienst oder welche Einrichtung die

Leistungen in der am besten geeigneten Form ausführt; dabei werden Dienste und Einrichtungen freier oder gemeinnütziger Träger entsprechend ihrer Bedeutung für die Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen berücksichtigt und die Vielfalt der Träger von Rehabilitationsdiensten oder –einrichtungen gewahrt sowie deren Selbständigkeit, Selbstverständnis und Unabhängigkeit gewahrt (§ 19 Abs. 4 SGB IX).

Die Rehabilitationsträger haben nach den für sie jeweils geltenden spezifischen Rechtsvorschriften mit den Leistungserbringern im Bereich der Rehabilitation Verträge über die Ausführung der Leistungen zu schließen. § 21 SGB IX regelt zwingend für alle Rehabilitationsträger, dass diese Verträge Regelungen enthalten müssen u.a. über

- Qualitätsanforderungen an die Ausführung der Leistungen, das beteiligte Personal und die begleitenden Fachdienste (was voraussetzt, dass die rehabilitationszielorientierten Leistungskonzepte - in gemeinsamen Empfehlungen nach §§ 12 Abs. 1 Nr. 1, 13 Abs. 1, Abs. 2 Nr. 1 und 2 SGB IX - definiert und die erforderlichen Qualitätsmaßstäbe festgelegt sind)
- Rechte und Pflichten der Teilnehmer, soweit diese sich nicht bereits aus dem Rechtsverhältnis ergeben, das zwischen ihnen und dem Rehabilitationsträger besteht,
- angemessene Mitwirkungsmöglichkeiten der Teilnehmer an der Ausführung der Leistung
- die Beschäftigung eines angemessenen Anteils behinderter, insbesondere schwerbehinderter Frauen.

Das Sozialgesetzbuch, Teil IX, überträgt den Rehabilitationsträgern danach die ordnungspolitische Verantwortung nicht nur für die Entwicklung der erforderlichen Versorgungsstrukturen, sondern auch für die Gewährleistung der erforderlichen qualitativen und sonstigen Anforderungen an die Ausgestaltung der Leistungen auf der Basis von Versorgungsverträgen. Sie haben zudem auf der Grundlage des jeweils für sie geltenden speziellen Rechts im Einzelfall über Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der medizinischen Leistungen zur Rehabilitation zu entscheiden⁶⁰.

Der Gesetzgeber hat den Rehabilitationsträgern danach – im Gegensatz zur medizinischen Akutversorgung - einen umfassenden Sicherstellungsauftrag für die medizinischen Leistungen zur Rehabilitation übertragen.

Spätestens seit Inkrafttreten des Sozialgesetzbuches, Teil IX, am 1.7.2001 kann deshalb kein Zweifel mehr daran bestehen, dass für die Anerkennung der Methode Petö als Methode oder Leistung der medizinischen Rehabilitation, für die Entscheidung darüber, für welche Zielgruppen von Behinderten, in welchem Umfang sowie in welcher Qualität diese Methode einzusetzen ist und welche Versorgungsstrukturen für ihre Ausführungen in welcher Ausprägung erforderlich sind, nach den §§ 12, 13, 19 und 21 SGB IX allein und ausschließlich die Rehabilitationsträger verantwortlich und zuständig sind.

Auch die Frage, ob die Methode Petö eine Methode der Krankenbehandlung (z.B. Heilmittel) oder als Methode der Frühförderung eine solche im Rahmen der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ist, findet im Sozialgesetzbuch, Teil IX, eine neue Beurteilungsgrundlage.

8. Frühförderung und Früherkennung nach dem SGB IX

In der Bundesrepublik Deutschland hat sich in den letzten 30 Jahren ein dichtes Angebot zur Früherkennung von Behinderungen und zur Frühbehandlung gebildet, das ergänzt wird

⁶⁰ z.B. im Bereich der Krankenversicherung § 40 Abs. 3 Satz 1 SGB, im Bereich der Rentenversicherung § 13 Abs. 1 Satz 1 SGB VI

durch sonderpädagogische, andersschulische und sonstige soziale Maßnahmen. Neben den nahezu 100 Sozialpädiatrischen Zentren existiert ein Netz von Frühförderstellen, die die erforderlichen medizinischen und sonstigen Hilfen anbieten und koordinieren. Ziel aller Maßnahmen ist es, auch behinderten Kindern durch Krankenbehandlung, Rehabilitation, pädagogische und schulische Unterstützung eine ihren Fähigkeiten entsprechende Entwicklung und selbständige Lebensweise im Alltag zu ermöglichen⁶¹.

Diese Beschreibung der Zielsetzung, Leistungsinhalte und Wirkungsweise der Frühförderung hätte auch bereits vor Inkrafttreten des Sozialgesetzbuches, Teil IX, als Legaldefinition für ein Rehabilitationsangebot verstanden werden können und müssen⁶².

Obwohl die Nähe der Methode Petö zur medizinischen Rehabilitation durchaus bewusst war⁶³, wurden alle Prüf- und Entscheidungsvorgänge zur Methode Petö in den Zusammenhang mit der Frühförderung gestellt, die ja – wie ausgeführt⁶⁴ - als Bestandteil der Krankenbehandlung im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung gesehen und bewertet wurde. Daraus ergab sich aus der Sicht der Krankenkassen ein „rechtliches Dilemma“⁶⁵, weil die Abgrenzung zwischen Krankenbehandlung (Heilmittel) auf der einen und heilpädagogischer bzw. psychosozialen Maßnahmen, für die sich die Krankenversicherung leistungsrechtlich nicht zuständig sah, auf der anderen Seite, einen dauerhaften Streit der Leistungs- und Kostenabgrenzung zwischen den Trägern der Krankenversicherung und denen der Sozialhilfe bildete, der über Jahrzehnte nicht zuletzt zum Nachteil der Betroffenen ausgetragen wurde.

8.1 Gesamtpaket des Gesetzgebers zur Lösung der Probleme bei der Frühförderung

Der Gesetzgeber hat zur Beseitigung der langjährigen Probleme bei der Früherkennung und Frührehabilitation ein umfassendes Maßnahmen-Paket gestaltet

- Einbeziehung dieser Leistungen in den Katalog der Rehabilitationsleistungen (§ 26 Abs. 2 Nr. 2 SGB IX)
- Definition der Früherkennung und Frühförderung (§ 30 SGB IX) als medizinische Leistungen zur Rehabilitation
- Definition der heilpädagogischen Leistungen als Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft (§ 56 IX)
- Klärung, dass Leistungen am Leben in der Gemeinschaft u.a. Aufgabe der Sozialhilfeträger als Rehabilitationsträger und nicht Aufgabe der Kranken- oder Rentenversicherungsträger im Rahmen ihrer medizinischen Rehabilitation ist (§ 6 SGB IX)
- Klarstellung, dass die Frühförderung im Rahmen der medizinischen Leistungen zur Rehabilitation auch nichtärztliche/-medizinische Leistungsbestandteile enthält (§ 30 Abs. 1 Nr. 2 SGB IX)
- Verpflichtung dazu, die Leistungen der Frühförderung und heilpädagogische Leistungen als Komplexleistungen zu erbringen und über die Leistungsinhalte und die Kostentragung zwischen den beteiligten Rehabilitationsträgern Vereinbarungen zu treffen (§ 30 Abs. 1 Satz 2 und Abs. 3 SGB IX).

Der bisher die heilpädagogischen Leistungen regelnde § 40 Abs. 1 Nr. 2a BSHG wurde gestrichen, der Inhalt allerdings identisch in § 55 Abs. 2 Nr. 2 SGB IX übernommen. § 56 SGB IX stellt zudem nochmals ausdrücklich klar, dass Leistungen zur Früherkennung und Frühförderung nicht identisch mit heilpädagogischen Leistungen sind und jeweils besondere Voraussetzungen und Inhalte aufweisen⁶⁶.

⁶¹ Widekamp, Die Ersatzkasse, 1996, S. 99

⁶² vergl. oben, Ziffern 3.2.2, 3.2.3.2, 4.1

⁶³ so z.B. bei Widekamp a.a.O., S. 101, wenn auch unter Bezugnahme auf eine unzutreffende leistungsrechtliche Grundlage (ergänzende Leistungen zur Rehabilitation nach § 43 Nr. 2 SGB V),

⁶⁴ vergl. oben Ziffer 2

⁶⁵ Widekamp, a.a.O., S. 101

⁶⁶ Zu den heilpädagogischen Leistungen vergl. im Einzelnen Breitkopf bzw. Breitkopf/Fuchs in Bihr/Fuchs et.al., Kommentar zum SGB IX, Verlag C.H. Beck, §§ 30, 56

Für die bisher in § 40 Abs. 1 Nr. 2a BSHG geregelten heilpädagogischen Maßnahmen besteht – trotz Streichung dieser Vorschrift – die Zuständigkeit der Sozialhilfeträger fort, weil sie nunmehr für die in § 55 Abs. 2 Nr. 2 SGB IX in Verbindung mit § 56 SGB IX geregelte Leistung nach § 6 Abs. 1 Nr. 7 SGB IX in Verbindung mit § 5 SGB IX als Rehabilitationsträger allein zuständig sind, soweit nicht eine Zuständigkeit der Kriegsopferversorgung, der Träger der öffentlichen Jugendhilfe oder der Unfallversicherung gegeben ist.

8.2 Einordnung der Frühförderung in die medizinischen Leistungen zur Rehabilitation

Das Sozialgesetzbuch, Teil IX, bereitet der Frage, ob die Frühförderung eine Leistung der Krankenbehandlung ist, oder, ob bestimmte im Rahmen der Frühförderung notwendige nichtärztliche Methoden Bestandteil der Krankenbehandlung sind und die Frühförderung deswegen ganz oder teilweise nicht Gegenstand des Leistungskataloges der GKV ist, unwiderruflich ein Ende, indem es die Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder ausdrücklich und abschließend dem Katalog der medizinischen Leistungen zur Rehabilitation zuordnet (§ 26 Abs. 2 Nr. 2 SGB IX).

Darüber hinaus wird in § 30 Abs. 1 Satz 1 SGB IX klargestellt, dass die medizinischen Leistungen zur Früherkennung und Frühförderung

- die medizinischen Leistungen der mit dieser Zielsetzung fachübergreifend arbeitenden Dienste und Einrichtung sowie
- die nichtärztlichen sozialpädiatrischen, psychologischen, heilpädagogischen, psychosozialen Leistungen und (unter im Gesetz näher definierten Voraussetzungen⁶⁷) die Beratung der Erziehungsberechtigten

umfassen. Der Gesetzgeber bezeichnet dieses interdisziplinär abgestimmten System ärztlicher, medizinisch-therapeutischer, psychologischer, heilpädagogischer und sozial-pädagogischer Methoden in § 30 Abs. 1 Satz 2 SGB IX als „Komplexleistungen“, wenn sie in Verbindung mit heilpädagogischen Leistungen (§ 56 SGB IX) erbracht werden.

8. 3 Zuständigkeit für die Entscheidung, welche Methoden Bestandteil der Frühförderung sind

Der Gesetzgeber verpflichtet die Rehabilitationsträger dazu, gemeinsam die Schnittstellenprobleme zwischen Frühförderung und heilpädagogischen Maßnahmen auf der Basis ihrer jeweils eindeutigen Zuständigkeit im Sinne von Komplexleistungen zu lösen (§§ 30 Abs. 1 Satz 2, Abs. 3, 56 Abs. 3 SGB IX).

Die beteiligten Rehabilitationsträger haben dazu nach § 30 Abs. 1 Abs. 3 SGB IX auf der Grundlage des § 13 SGB IX eine gemeinsame Empfehlung zu vereinbaren. Diese hat die Abgrenzung der Leistungen sowie die Übernahme oder Teilung der Kosten, deren Finanzierung und Abrechnung zu regeln. Die Abgrenzung von Leistungen setzt die Definition, d.h., die Konkretisierung der Leistungsinhalte voraus, um sie danach rechtmäßig und sachgerecht zuordnen zu können.

Deshalb ist die Frage, welche Methoden – so auch ggfls. die Methode Petö – Gegenstand der Frühförderung sind, zugleich auch Bestandteil der nach § 30 Abs. 3 SGB IX zu beschließenden gemeinsamen Empfehlung der Rehabilitationsträger.

⁶⁷ vgl. § 30 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB XI, SGB IX, Beck-Texte im dtv, Seite 19

9. Konduktive Förderung nach Petö – medizinische Rehabilitation im Sinne des SGB IX

Das Sozialgesetzbuch, Teil IX, hat die gesetzlichen Grundlagen und Rahmenbedingungen für die Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen grundlegend geändert. Dies gilt naturgemäß auch für die Beurteilung aller im Rahmen dieser Leistungen einzusetzenden diagnostischen und therapeutischen Verfahren.

9.1 Die Methode Petö – eine Methode im Rahmen der Frühförderung

Die gesetzliche Krankenversicherung⁶⁸ diskutiert die Frage der Zulassung oder Nichtzulassung der Methode Petö, ebenso wie der Medizinische Dienst der Spitzenverbände der Krankenversicherung e.V. (MDS)⁶⁹ als Bestandteil der sozialpädiatrischen Versorgung und damit im Kontext der Frühförderung. Dies ist beim MDS um so bemerkenswerter, als dieser diesen Zusammenhang herstellt, ohne allerdings in seiner Stellungnahme zum Abschlußbericht seine Bewertung darauf, insbesondere die seit dem 1.7.2002 durch das SGB IX geänderte Rechtslage und die damit geänderten Bewertungsmaßstäbe umzustellen.

Weber/Rochel haben keinen Zweifel, daran, dass es sich bei der Methode Petö um eine solche der Frühförderung handelt, stellen sie doch fest:

„Vornehmste Aufgabe dürfte es sein, das System Konduktiver Förderung⁷⁰ „nach innen“ in das bestehende (Früh-)Fördersystem so einzubringen, dass Informationen redlich gegeben und weitergegeben, aufkommende (berufsständische) Ängste⁷¹ beiseite geräumt werden, um langfristig eine konstruktive, sich gegenseitig fördernde und ergänzende Atmosphäre und Arbeit innerhalb der schon bestehenden und anerkannten Zentren⁷² zu schaffen“⁷³.

Nach Blank/von Voss „stellt bis auf einige wenige Spezifika die Konduktive Förderung nach Petö ein Gesamtkonzept dar, welches teilweise neuere psychologische, soziologische und medizinisch-therapeutische Aspekte beinhaltet.“⁷⁴ Diese Umschreibung erfasst im wesentlichen die in § 30 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB IX genannten therapeutischen Methoden, die die Frühförderung kennzeichnen.

Zusammenfassend dürfte damit außer Zweifel stehen, dass die Methode Petö in der Vergangenheit, heute und auch in Zukunft als solche der Frühförderung anzusehen war bzw. ist und heute jedenfalls hinsichtlich ihrer sozialrechtlichen Beurteilung unter den § 30 SGB IX zu subsumieren ist.

Die durch das SGB IX mit § 26 Abs. 2 Nr. 1 SGB IX vollzogene Zuordnung der Frühförderung zur medizinischen Rehabilitation schließt alle Zuordnungs- und Klärungsprozesse im Rahmen der Zuordnung zur Krankenbehandlung (Heilmittel) nach dem SGB V kraft Gesetzes ab.

Zudem bekräftigt § 26 Abs. 3 SGB V, dass Bestandteil der medizinischen Leistungen zur Rehabilitation und damit auch der Frühförderung ausdrücklich auch psychologische und pädagogische Hilfen sind, soweit diese im Einzelfall zur Erreichung oder Sicherung der Rehabilitationsziele (§ 26 Abs. 1 SGB XI) bzw. zur Vermeidung, Überwindung, Minderung oder Verhütung der Verschlimmerung der Krankheitsfolgen erforderlich sind. Damit ist auch der

⁶⁸ Widekamp, Die Ersatzkasse, 1996, S. 99ff

⁶⁹ Stellungnahme des MDS vom 7.6.2002 zum Stand Mai 2002 des Ergebnisberichts, S. 20/21

⁷⁰ Anmerkung des Verfassers: „nach Petö“

⁷¹ Anmerkung des Verfassers: Berufsständische „Ängste“, wohl aber auch handfeste ökonomische Interessen spielen bei der Tatsache, dass der Entscheidungsprozess Petö bis heute zu keinem Ergebnis gekommen ist, erkennbar eine wirksame Rolle.

⁷² gemeint sind die Sozialpädiatrischen Zentren nach § 119 Abs. 1 SGB V i.d.F. vom 1.1.1989

⁷³ Weber/Rochel, Forschungsbericht Nr. 224, Abschnitt „IV. Zusammenfassung und Ausblick“, S. 352

⁷⁴ Bank/von Voss, Abschlußbericht a.a.O, S. 4-118

langjährige Abgrenzungstreit über die nicht-ärztlichen Bestandteile der Frühförderung beendet, die zugleich auch als Bewertungskriterien für die Zulassung dieser Methode im Rahmen der Krankenversicherung entfallen.

9.2 Verantwortung und Entscheidung über die Anerkennung als Methode und Bestandteil der Leistungen der medizinischen Rehabilitation

Da nicht mehr zu bestreiten ist, dass es sich bei der Methode Petö um eine solche der Frühförderung handelt, haben sich durch die mit dem SGB IX getroffenen gesetzgeberischen Festlegungen zur Frühförderung

- sowohl die Zuständigkeit für die Entscheidung, ob die Methode Petö Gegenstand des Leistungskataloges der GKV sein kann, wie
- auch die Maßstäbe, nach denen diese Frage zu beurteilen und die Entscheidung zu treffen ist,

grundlegend geändert.

Für die Entscheidungsprozesse im Bereich der medizinischen Rehabilitation ist die Zuständigkeit der Gremien der Kassenärztlichen Versorgung, insbesondere die des Bundesausschusses Ärzte/Krankenkassen weder formal noch inhaltlich gegeben.

Die rechtliche und fachliche Beurteilung der Zulassung einer Methode im Bereich der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation richtet sich auch nicht nach den für die Akutversorgung vorgeschriebenen oder geltenden Maßstäben (Ziele und Ergebnisqualität der Krankheitsbehandlung, d.h. dem SGB V, den Richtlinien der Bundesausschüsse usw.), sondern ausschließlich nach den Maßstäben der medizinischen Rehabilitation (Ziele und Ergebnisqualität der medizinischen Rehabilitation, d.h., dem SGB IX , der ICF, den gemeinsamen Empfehlungen der Reha-Träger usw.).

Die Feststellung des VdAK/AEV vom 7.8.2002, der Bundesausschuss Ärzte müsse nunmehr über die Aufnahme in den Leistungskatalog der GKV entscheiden, entbehrt seit dem Inkrafttreten des SGB IX am 1.7.2001 jeder rechtlichen Grundlage.

Sollten der Bundesausschuss dennoch eine – zumal negative – Entscheidung treffen, so ist diese mangels Zuständigkeit unwirksam. Alle darauf basierenden negativen Verwaltungsakte der Krankenkassen können im Sozialgerichtsverfahren mit guter Erfolgsaussicht angefochten werden.

10. Rechte und Möglichkeiten der Selbsthilfeorganisationen und Leistungserbringerverbände

Nachdem feststeht, dass es sich bei der Methode Petö um eine solche der Frühförderung im Rahmen der Leistungen der medizinischen Rehabilitation handelt, dürfte es nach dem Inhalt dieser Veröffentlichung und unter Berücksichtigung des Ergebnisses des Abschlußberichtes von Blank/von Voss keine allzu großen Hemmnisse mehr geben und auch keinen längeren Zeitaufwand mehr erfordern⁷⁵,

- die Zielgruppen von Betroffenen zu definieren, für die die Methode Petö eingesetzt werden kann,
- sowie den jeweiligen Leistungsumfang für diese Zielgruppen festzulegen⁷⁶ und
- diese Regelungen in einer gemeinsamen Empfehlung nach §§ 13, 30 SGB IX zu beschließen.

Die zitierte Bewertung des VdAK/AEV, wer nun für die weitere Entwicklung verantwortlich

⁷⁵ vergl. oben Ziffer 4.3

⁷⁶ vergl. dazu Blank/von Voss, a.a.O. insbesondere S. 4-121 ff

und zuständig ist, lässt allerdings befürchten, dass der ohnehin endlosen – und nach dem Inhalt dieser Veröffentlichung auch schon für die Vergangenheit nicht nachvollziehbaren - Geschichte durch die Krankenversicherung weitere unsägliche Kapitel zum Nachteil der Betroffenen angefügt werden.

Deswegen sei darauf hingewiesen, dass das Sozialgesetzbuch, Teil IX, den Betroffenen und ihren Angehörigen neue Möglichkeiten einräumt, diese Entwicklung so nicht hinnehmen zu müssen.

10.1 Verbandsklagerecht

Das SGB IX hat erstmals ein Verbandsklagerecht in das Recht der Sozialversicherung eingeführt.

Werden behinderte Menschen in ihren Rechten nach dem SGB IX verletzt, können nach § 63 SGB IX an ihrer Stelle und mit ihrem Einverständnis Verbände, die nach ihrer Satzung behinderte Menschen auf Bundes- bzw. Landesebene vertreten, für den betroffenen behinderten Menschen klagen.

Eine Verbandsklage zur Klärung der Zuständigkeit für die Anerkennung der Methode Petö als solche der Frühförderung sowie der für diese Entscheidung zugrunde zu legenden Beurteilungsmaßstäbe der Rehabilitation nach dem SGB IX bzw. der ICF wäre sicher ein wirksames Mittel, eine neue, länger dauernde Phase der Unklarheiten vorzeitig zu beenden.

10.2 Initiative des BMGS zur Verabschiedung einer gemeinsamen Empfehlung

Nach § 13 Abs. 7 Satz 3 SGB IX kann das BMGS die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) auffordern, einen Vorschlag für eine gemeinsame Empfehlung vorzulegen. fordert das BMGS dazu auf, muß die BAR innerhalb von sechs Monaten einen Vorschlag vorlegen.

Dass die vorrangig zuständigen Rehabilitationsträger, d.s. die Krankenkassen, offensichtlich nicht die Absicht haben, die anstehenden Entscheidungen zur Methode Petö im Rahmen einer gemeinsamen Empfehlung nach § 13 SGB IX zu treffen und die notwendigen Regelungen zu beschließen, ist durch die öffentlichen Äußerungen der Spitzenverbände hinreichend belegt.

Auf dem Hintergrund der bisherigen, auch dem BMGS geläufigen unendlichen Geschichte sind die Selbsthilfeorganisationen der Betroffenen und ihrer Angehörigen danach hinreichend legitimiert, das BMA zu bitten, von seinen Möglichkeiten nach § 13 Abs. 7 Satz 3 SGB IX Gebrauch zu machen.

10.3 Erweiterte Rechte der Selbsthilfe- und Behindertenorganisationen

Das mit der unter Ziffer 10.2. beschriebenen Initiative gegenüber dem BMGS verbundene Anliegen kann unmittelbar an das BMGS herangetragen werden. Der vorhandene Handlungsbedarf dürfte dem BMGS allerdings noch deutlicher werden, wenn die Selbsthilfeorganisationen bzw. die Behindertenverbände von ihrem in § 64 Abs. 1 Satz 1 SGB IX verankerten Beratungsrecht Gebrauch machen, und dem BMGS im Beirat für die Teilhabe behinderter Menschen empfehlen, in diesem Falle nach § 13 Abs. 7 Satz 3 SGB IX tätig zu werden und die BAR zur Vorlage einer gemeinsamen Empfehlung zur Lösung der anstehenden Probleme aufzufordern.

Im übrigen sind die Selbsthilfeorganisationen und Behindertenverbände nach § 13 Abs. 6 SGB IX an der Vorbereitung gemeinsamer Empfehlungen durch die BAR zu beteiligen. Jedes Beteiligungsrecht beinhaltet immer zugleich auch Initiativrechte. Es ist den Selbsthilfeorganisationen und Behindertenverbänden danach unbenommen, selbst die Initiative zu ergreifen und die BAR aufzufordern, eine gemeinsame Empfehlung zu erarbeiten. Wirksamer wäre es allerdings, der BAR im Rahmen einer solchen Initiative den Entwurf einer gemeinsamen Empfehlung zur Beratung zu übermitteln. Da den Anliegen der Selbsthilfeorganisationen und Behindertenverbände bei der Ausgestaltung der Empfehlungen nach

§ 13 Abs. 6 Satz 2 SGB IX nach Möglichkeit durch die BAR Rechnung zu tragen ist, könnte die BAR nicht nur eine Befassung oder Beratung nicht verweigern, sie müsste schon sehr tragfähige und überzeugende Gründe dafür vortragen, warum sie den Vorschlägen nicht folgen kann.⁷⁷

11. Ausblick

Nach dem Inhalt dieser Veröffentlichung ist nunmehr im Rahmen der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation von den Rehabilitationsträgern zu entscheiden, welche Zielgruppen zerebral geschädigter Kinder von welchen Leistungserbringern die Methode Petö nach Art, Dauer und Umfang erhalten können. Die vorliegenden Forschungsberichte bieten eine ausreichende Evidenzbasierung, um das Ergebnis zeitnah in einer gemeinsamen Empfehlung nach § 13 SGB IX zu beschließen.

Wie viel Zeit bis dahin vergeht, hängt nicht zuletzt davon ab, ob und wie die Selbsthilfeorganisationen und Behindertenverbände die ihnen durch das SGB IX eingeräumten Beteiligungsinstrumente und Initiativrechte ausschöpfen.

⁷⁷ vergl. Fuchs in Bihr/Fuchs et.al. Kommentar zum SGB IX, Beck-Verlag, § 13 Rn. 30

