

## **Stellungnahmen der Gesellschaft für Neuropädiatrie**

Kommission zu Behandlungsverfahren bei Entwicklungsstörungen und zerebralen Bewegungsstörungen

### **Vorbemerkungen**

1. Neue Behandlungsverfahren, die für sich in Anspruch nehmen, wirksamer zu sein als bisher verfügbare Methoden, haben die "Bringschuld" eines wissenschaftlich stichhaltigen Nachweises der Wirksamkeit und der Art und Häufigkeit von unerwünschten Wirkungen, wie das auch den sonst in der Medizin allgemein anerkannten Regeln entspricht. Dazu gehören z.B. die standardisierte Anwendung in mehreren Studien und die Evaluation durch unabhängige Prüfer bzw. im Blindversuch. Einzelfallberichte sind nicht ausreichend.

2. Neue Verfahren sind für die Eltern betroffener Kinder oft mit Hoffnungen und Motivationsschüben verbunden, die einen positiven Effekt begünstigen können. Im Einzelfall ist dieser Effekt zu begrüßen, dennoch müssen die genannten Voraussetzungen eingefordert werden, bevor die Finanzierung solcher "neuen" Verfahren aus den Mitteln der Solidargemeinschaft (Krankenversicherung, Sozialhilfe) befürwortet werden kann. Dies gilt insbesondere für Methoden, die mit einem wesentlich höheren Kostenaufwand als die allgemein verfügbaren Therapie- und Fördermassnahmen verbunden sind.

3. Die Beurteilung der Erfolge von Interventionen bei Entwicklungsstörungen und Behinderungen im frühen Kindesalter ist schwierig, da Auswirkungen der dabei durchgeführten Maßnahmen vor allem langfristig zu erwarten sind und mögliche Effekte im Laufe dieser Zeit durch die spontane biologische Entwicklung und die Einwirkung zahlreicher Umweltfaktoren überlagert werden.

4. Jede therapeutische Intervention, auch wenn sie primär auf das Training von Funktionen ausgerichtet ist, ist ein komplexes Geschehen mit Auswirkungen auf die subjektive Befindlichkeit und Eigenaktivität des Kindes, auf die Einstellung der Bezugspersonen und auf die Eltern-Kind-Interaktion. Die davon bestimmten Einflüsse auf das Lebensumfeld des Kindes haben oft größere Bedeutung als der Übungsansatz. Ein Übermaß an Stimulation kann sich nachteilig auf die Entwicklung auswirken, wenn dadurch die Eigenaktivität des Kindes gehemmt wird.

Ein günstiges Zusammenwirken von Milieufaktoren und funktionellem Training trägt dazu bei, daß ein Kind den im Falle einer Schädigung enger gezogenen Rahmen der Entwicklung bestmöglich ausschöpfen kann.

## **Konduktive Förderung nach Petö**

### **-Stellungnahme der Gesellschaft für Neuropädiatrie-**

D.Karch, F.Hanefeld, F.Ritz, H.-G. Schlack

### **Historischer Rückblick**

Ein kurzer historischer Rückblick fußt auf der Veröffentlichung von P.J.Cottam und A.Sutton (1986) und auf den Ausführungen von Karin Weber und Michael Rochel (1992).

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

Initiiert wurde die Einrichtung dieses Instituts von Andras Petö, einem ungarischen Arzt, der in Wien studiert hatte, dort auch 2 Jahrzehnte praktizierte, und zwar sowohl in ambulanter Tätigkeit, als auch in klinischer Tätigkeit, u.a. als leitender Arzt. Petö mußte nach Anschluß von Österreich an das Deutsche Reich seine Ämter und Aufgaben niederlegen, da er dem jüdischen Glauben angehörte, und konnte erst nach der Befreiung von Ungarn 1945 dort offiziell als Arzt arbeiten. Er nahm eine Professur für spezielle Erziehung bzw. Pädagogik an und eröffnete 1952 das erwähnte Institut.

Petö war nicht nur Arzt, sondern auch Schriftsteller, beschäftigte sich sehr mit Psychotherapie, lernte Freud kennen, Jacobsen, auch Moreno, jeweils Gründer von eigenen psychotherapeutischen Behandlungsverfahren, und er editierte eine Zeitschrift für "Naturmedizin". Einer seiner ersten Schüler war Frau Dr. Maria Hari, die bis heute noch sein geistiges Erbe verwaltet, da er bereits 1967 verstorben ist. Eine Monographie oder eine zusammenhängende Darstellung seiner Lehre existiert nicht. Die theoretischen Vorstellungen zur Wirksamkeit hat Petö nicht niedergeschrieben. Frau Dr. Hari hat seine Gedanken aber immer wieder schriftlich dargestellt und verwaltet wohl auch eine Reihe von Petö's Manuskripten. Inzwischen ist das Institut völlig neu eingerichtet, in Budapest. Es trägt den Namen von

Andras Petö.

### **Grundlagen der konduktiven Förderung**

Die nachfolgenden Ausführungen hierzu beruhen auf der Darstellung der Methodik in dem schon angesprochenen Forschungsbericht von Frau Karin Weber und Michael Rochel sowie in einigen Veröffentlichungen in unterschiedlichen Zeitschriften oder Büchern von Frau Dr. Hari und von Besuchern der Einrichtung bzw. auch auf der Darstellung des Institutes selbst in öffentlichen Medien.

- 2 -

Das wichtigste Ziel der konduktiven Förderung ist es, die "Orthofunktion" zu erreichen, darunter ist die selbständige Eingliederung in die Gesellschaft in den normalen Kindergarten oder die Regelschule zu verstehen (Hari 1968, zit. in Cottam und Sutton 1986, S.41ff). Unter der Vorstellung, daß bei den bewegungsgestörten Kindern lediglich Lernhindernisse bestehen, die es zu überwinden oder zu kompensieren gilt, will man den Kindern helfen von der Dysfunktion zur Orthofunktion zu kommen. Im Mittelpunkt steht die Förderung der eigenen Aktivität der Kinder, die selbst Wege finden sollen, Ziele, die ihnen vorgeschlagen werden, oder die sie selbst vorhaben, zu erreichen. Auf dem Weg zu diesem Ziel sollen sie selbst lernen, ihre motorischen und sonstigen Fertigkeiten zu verbessern. Dies beinhaltet einen möglichst individuellen Zugang zum Kind, da es darauf ankommt, die individuellen Möglichkeiten, die das Kind als nächstes erreichen kann, zu erkennen, es darin zu unterstützen und zu motivieren. Nicht die alters- oder intellektbezogenen Defizite sollen konstatiert, sondern die Entwicklungsmöglichkeit des Kindes im Auge behalten oder ins Auge gefaßt werden.

Das Kind soll auf jeden Fall zu Tätigkeiten angeregt werden. Es kommt damit automatisch zum Prozeß einer wechselseitigen Beeinflussung zwischen Kind und Umwelt. Emotionen, Wahrnehmung und Motivation sind damit verbundene Ereignisse. Die Bewegung gilt als wichtigstes Element für den Austauschprozeß von Kind und Umwelt. Eine zielgerichtete und motivierte Handlung besteht aus sog. Operationen (Einzelbausteine des Bewegungsaktes), welche ihrerseits automatisiert sind und abhängig von der aktuellen Bedingung mehr oder weniger abgerufen werden können (Weber und Rochel S.304). Bei einem zerebral geschädigten Kind verläuft der Austauschprozeß mit der Umwelt, z.B. vermittelt durch eine Bezugsperson, nicht normal, sondern gestört. Der Aneignungsprozeß selbst, der als Lernprozeß über der Bewegung laufen soll, ist daher eingeschränkt. Da die Handlungen auch emotional und sozial motiviert sind, verläuft auch die kindliche Entwicklung in diesen Bereichen nicht normal.

Ein weiteres Element ist die Förderung der Kommunikation. Dabei orientiert sich das Denksystem von Petö an den neuropsychologischen Vorstellung der russischen Schule (Wygotski, Leontjew, Lurija u.a.), auf die hier im einzelnen nicht eingegangen werden kann. Angenommen wird, daß sich die Auseinandersetzung des Neugeborenen und des Säuglings mit der gegenständlichen Umwelt nur über die Vermittlung von Erwachsenen vollziehen

kann. Im Umgang mit den Erwachsenen kommen auch die Übungsprozesse zustande. Es entspricht damit dem elementaren Bedürfnis der Kinder, eine soziale Kommunikation aufzubauen, Kontakte mit den Bezugspersonen aufzunehmen, von denen sie auch Zuwendung und Unterstützung erfahren müssen.

Das dritte Element ist die Berücksichtigung der Sprache. Die menschliche Tätigkeit ist eingebunden in psychische und soziale Bedingungen auch über die Sprache, da z.B. beim Spielen die eigene Sprache begleitend zur Handlung, aber auch die sprachliche Anregung, Ermutigung oder Kritik durch Erwachsene eine zentrale Rolle bei jedem motorischen Lernprozeß spielen. Die sprachliche Entwicklung verläuft von der sozialen Sprache dann zur internalisierten, welche wiederum mitverantwortlich ist für die Verhaltenssteuerung. Die sprachliche Entwicklung ist eng an Handlungsverfahren im Umgang mit der Umwelt und Erwachsenen verbunden.

- 4 -

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

An dieser Stelle muß darauf verzichtet werden, die Vorstellungen eingehend zu überprüfen, ob sie den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen der Neuropsychologie und der Entwicklungspsychologie noch entsprechen, oder inwieweit sie mit diesen Kenntnissen gut übereinstimmen. Man darf aber prinzipiell unterstreichen, daß die sensomotorische Entwicklung des gesunden Kindes in den ersten Lebensmonaten und -jahren für die gesamte Persönlichkeitsentwicklung eines Kindes äußerst wichtig ist. Es ist evident, daß eine erhebliche Störung der sensomotorischen Entwicklung auch zu einer Störung in anderen Bereichen führen muß, obwohl es genügend Beispiele dafür gibt, zu welchen guten intellektuellen und psychischen Leistungen Kinder mit schweren angeborenen Muskelschwächen oder Bewegungsstörungen (z. B. spastische Diparese) fähig sein können.

Für einen Arzt ist es unverständlich, wenn Petö nur von Lernhindernissen spricht, welche bei bewegungsgestörten Kindern bestehen würden, und eine Krankheit im eigentlichen Sinn nicht angenommen wird.

Dagegen wird der Gedanke einer integrativen Behandlung und Förderung zunehmend auch

von Ärzten und medizinisch orientierten Therapeuten aufgegriffen, da es sich doch gezeigt hat, daß viele spezielle Therapieansätze verteilt auf unterschiedliche Personen sich auch nachteilig auf die Persönlichkeitsentwicklung des Kindes auswirken können.

### **Praxis der konduktiven Förderung**

Die praktische Durchführung aller Vorstellungen wird einer sogenannten Konduktorin übertragen. Ihr muß es gelingen, sehr unterschiedliche Aufgaben oder Kompetenzen zu übernehmen, die in Deutschland z.B. von Krankengymnasten, Ergotherapeuten, Logopäden, Pädagogen, letzten Endes auch Psychologen übernommen werden. Damit wird nicht nur theoretisch, sondern auch personell ein Zusammenwirken der unterschiedlichen Teilsysteme bei der kindlichen Entwicklung umgesetzt. Die Integration aller Förderansätze erfolgt also in einer Person. Vorrangig ist die Aufgabe der Konduktorin als eine pädagogische Aufgabe anzusehen, dies wird immer wieder betont. Im englischen Sprachraum wird daher von der "conductive education", im deutschen Sprachraum von der "konduktiven Förderung" gesprochen. Das Petö-Institut ist deshalb auch dem Bildungsministerium unterstellt (M.Hari et al. 1992; E.M.Balogh u. M.Hari 1993).

- 6 -

Bei der praktischen Umsetzung sind wesentlich:

- a) Die Förderung erfolgt in Gruppen von Kindern mit gleichem oder ähnlichem Störungsbild. Dadurch wird ein Lernen am Modell nicht nur über eine Konduktorin, sondern auch innerhalb der Gruppe von Kind zu Kind ermöglicht. Die Imitation anderer Kinder unterstützt die Lernvorgänge. Darüberhinaus wird ein gruppenspezifischer Prozeß angeregt, der für die Motivation der Kinder von großer Bedeutung ist.
- b) Die Kinder werden so weit wie möglich verbal aufgefordert tätig zu werden, z.B. eine Körperhaltung einzunehmen, oder sich fortzubewegen. Die Sprache ist auch ein Vermittler für Lob und Anerkennung bzw. Kritik, welche möglichst wenig angebracht wird. Kritik, Mimik und Sprache zusammen sorgen also für eine positive Atmosphäre zur Animierung eigener Aktivität. Hierzu gehört auch das sog. rhythmische Intendieren, bei dem innerhalb der Gruppe durch die Sprache Bewegung aktiviert wird.
- c) Lernerfolge sollen vor allem durch operante oder instrumentelle Konditionierung erreicht werden, wie sie in der klassischen Lerntheorie vertreten werden. Der Einsatz von verstärkten Reizen, ständiges Wiederholen der gleichen Aufgaben, sind dabei wichtige Elemente.
- d) Die Umgebungsbedingungen sind so zu gestalten, daß es möglichst wenig Ablenkung von den Zielen der Förderung gibt, und die Hilfsmittel und -materialien sind so beschaffen, daß sie relativ schlicht und funktionsbezogen sind: Holzpritschen, Holzleitern zu Aufrichtung, Unterschenkel-Fußorthesen, Holzhindernisse und -stufen, Geländer zum Festhalten, Dreipunktstützen u.a.m..
- e) Es werden genaue Tagesabläufe und Tätigkeitsprogramme für jedes Kind erstellt, die aber eingebunden sind in die Gruppenaktivität.

f) Die Unterstützung der eigenen Möglichkeiten erfolgt nicht nur durch Hilfsmittel, sondern auch durch die Konduktorin im Sinne einer Facilitation, wobei die Bewegungsabläufe direkt und gezielt unterstützt werden können. Sie fungiert aber im wesentlichen als Katalysator. Sie stellt Aufgaben, gibt aber keine Lösungen vor (Balogh et al. 1993).

### **Unterschiede zwischen Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage und konduktiver Förderung:**

a) Die Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage (nach Bobath oder Vojta) soll schon im frühen Säuglingsalter beginnen, um die Ausprägung der Bewegungsstörung so weit wie möglich zu mildern oder zumindestens den Verlauf der Erkrankung positiv beeinflussen zu können.

Die Behandlung nach Petö orientiert sich nach pädagogischen Konzepten, wird üblicherweise erst bei Kindern nach Vollendung des zweiten Lebensjahres eingesetzt, weil erst dann die oben aufgeführten erzieherischen Konzepte umfassend wirken können. Dies schließt nicht aus, daß auch jüngere Kinder nach diesem Konzept gefördert werden können, wie es offensichtlich z.Zt. in speziellen Kursen für Mutter und Kind in Budapest versucht wird; in wieweit die o.g. Grundkonzepte dabei auch zu verwirklichen sind, müßte aber im einzelnen hinterfragt werden.

b) Ziel der krankengymnastischen Übungsbehandlung auf neurophysiologischer Grundlage ist es vor allem, die Qualität der Bewegungsabläufe zu verbessern. Dabei ist es unabdingbar, die neurophysiologische Grundlage eines normalen Bewegungs-

- 6 -

ablaufes und der normalen Entwicklung eines Kindes einerseits und die abnormen Bewegungsabläufe, die es zu vermeiden oder zu modifizieren gilt, andererseits, bis ins einzelne zu kennen. Es sollen Bewegungsabläufe angeregt und eingeleitet werden, die möglichst wenig von pathologischen Bewegungsschablonen dominiert werden. In alltäglichen immer wiederkehrenden Situationen bei der Versorgung und Pflege des Kindes, beim Spielen usw. kann durch ein ständiges Nutzen von einigermaßen adäquaten Bewegungsabläufen die Basis für eine aktive, zielgerichtete und aus eigener Motivation resultierende Zielmotorik verbessert werden. So daß immer wieder neue Ausgangspunkte für die Programmierung und Kontrolle der Motorik entstehen können.

Bei der konduktiven Förderung nach Petö spielt die Qualität des Bewegungsablaufes eine untergeordnete Rolle. Das Wichtigste ist, die Tätigkeit zum Erreichen eines Zieles bei den Kindern anzuregen und den Selbstregulationskräften des ZNS eine Chance zu geben, auf welchem Weg auch immer, die Ziele der Bewegung und der Tätigkeit auch zu erreichen. Damit gilt es vor allem, die sozialrelevante Behinderung (handicap) zu mildern oder zu kompensieren, und nicht die zugrundeliegende Funktionsstörung (disability) zu behandeln. Insofern ist es auch verständlich, daß das Laufen mit Hilfe bzw. das freie Laufen als wichtiges

Ziel gilt, unabhängig davon, wie dies von dem Kind bewerkstelligt wird.

c) Bei der krankengymnastischen Behandlung auf neurophysiologischer Grundlage handelt es sich um eine Einzeltherapie. Die Eltern sind eingebunden in das Therapiekonzept, bei der Bobath-Therapie wesentlich mehr als bei der Vojta-Therapie. Die Behandlung soll nicht nur sehr früh, sondern so familiennah wie möglich, vor allem im Elternhaus, erfolgen.

Die konduktive Förderung nach Petö erfolgt normalerweise in einer Gruppe und wird von ausgebildeten Konduktorinnen geleitet bzw. durchgeführt. Dies schließt natürlich eine Mitarbeit der Eltern nicht aus, sie ist aber offensichtlich nicht so wesentlich für das Förder- und Behandlungsprogramm. Wenn sich diese Vorgehensweise ändern sollte, wäre zu hinterfragen, ob es sich dann noch um die konduktive Förderung nach Petö handelt, wie oben dargestellt .

d) Die Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage muß durch zusätzliche Behandlungen von seiten der Ergotherapie, Sprachtherapie oder durch zusätzliche pädagogisch orientierte Fördermaßnahmen (z.B. in den Sonderkindergärten) sowie eine ausführliche Beratung der Eltern ergänzt werden oder sie wird ergänzend zur pädagogischen Förderung z.B. im Kindergarten eingesetzt.

Bei der konduktiven Förderung nach Petö vereinigt eine Bezugsperson, die Konduktorin, alle erforderlichen Kenntnisse aus dem Bereich der Bewegungstherapie, Sprachtherapie, Psychologie, Pädagogik in einer Person. Der Anspruch an die Konduktorin ist damit außerordentlich groß, und die Verantwortung, die von den Konduktoren übernommen werden soll, ist sicher nur von bestimmten Personen erfüllbar.

e) Im Gegensatz zu der krankengymnastischen Übungsbehandlung nach Bobath und Vojta, welche sich um alle Kinder, besonders auch um schwer- und mehrfachbehinderte Kinder schon früh bemüht, ist die konduktive Förderung nach Petö nur für Kinder sinnvoll, bei denen eine gute Mitarbeit zu erwarten ist. Daher wird auch nur ein Teil der Kinder mit Bewegungsstörungen zur Behandlung in Ungarn zugelassen. Ausschlußkriterien sind z.B. Epilepsie oder erhebliche Einschränkung der intellektuellen Fähigkeiten.

- 7 -

### **Die Effektivität der Konduktiven Förderung**

a) Die Eltern erkennen individuelle Effekte z.T. schon wenige Wochen nach Behandlungsbeginn insbesondere im Hinblick auf die Aufrichtung und das Laufen mit Hilfsmitteln, was von den Eltern meist als selbständiges Laufen interpretiert wird. Das beruht auf der unterschiedlichen Vorgehensweise im Vergleich zu einer vorausgehenden Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage. Die Kinder werden früh und immer wieder aktiviert, das von ihnen gewünschte Ziel zu erreichen oder zu ergreifen, unabhängig von der Art und Weise des Bewegungsablaufes; sie werden motiviert von ihrer eigenen Freude das Ziel erreichen zu können. Es wird dabei zumindest vorläufig ein wichtiges Ziel der Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage aufgegeben, nämlich zunächst möglichst flüssige Bewegungsabläufe zu erreichen und die Kinder nicht voreilig zur Ver-

tikalisierung zu motivieren.

b) Es liegen zwei Studien vor, welche die Behandlungserfolge der konduktiven Förderung geprüft haben: In Deutschland von Weber und Rochel (1992) bei Vorschulkindern und in England eine Studie von Bairstow und Mitarbeiter (1993), die sich auf Kinder mit zerebraler Bewegungsstörung im Schulalter konzentriert. Insbesondere die englische Studie zeichnet sich durch ihr statistisch-wissenschaftlich gut abgesichertes Vorgehen aus.

Die wichtigsten Merkmale und Ergebnisse dieser Studien sollen kurz dargestellt werden:

aa) Konduktive Förderung für zerebral geschädigte Kinder in einem Alter von 3-7 Jahren (Taunusklinik Falkenstein)

Es wurde eine Kontroll- und eine Projektgruppe von je 12 Kindern gebildet. In die Projektgruppe wurden (anders als dies üblicherweise in Budapest geschieht) sehr unterschiedliche Kinder eingegliedert; die Schwerpunkte der Behinderung lagen aber im motorischen Bereich. Die Konduktorinnen waren in Budapest ausgebildet, und das Konzept ist im wesentlichen mit dem Petö-Institut abgesprochen worden. Die Behandlungs- oder Versuchsdauer betrug 2 Jahre.

In der Kontrollgruppe wurden 12 Kinder -wie vorher schon- ambulant in der Nähe ihres Heimatortes behandelt (Krankengymnastik, Ergotherapie, Sprachtherapie, sonderpädagogische Förderung). Die meisten Kinder waren in Sonderkindergärten eingegliedert. Bei der statistischen Auswertung wurde auf einen Gruppenvergleich verzichtet, da die Entwicklungsverläufe der Kinder sehr unterschiedlich waren. Zur Überprüfung der neurologischen Befunde und der Gesamtentwicklung der Kinder wurden vielfältige Testverfahren angewendet, wobei Einzelanalysen in der Publikation dargestellt werden. Die Studie entspricht daher nicht den heutigen statistisch-wissenschaftlichen Anforderungen zur Evaluation von Behandlungserfolgen. Sie zeichnet sich aber durch sorgfältige Einzelanalysen und die gründliche Auseinandersetzung mit den praktischen und theoretischen Voraussetzungen der konduktiven Förderung aus.

Die Erfolge der konduktiven Förderung nach Petö waren vergleichbar mit den Erfolgen der üblicherweise in den Sonderkindergärten durchgeführten Therapie und Förderung. Die Autoren waren allerdings beeindruckt von den Möglichkeiten einer horizontal organisierten Förderstruktur, die integrativ und komplex, aber andererseits auch differenziert zugleich ist.

- 8 -

bb) Evaluation der konduktiven Erziehung für Kinder mit Zerebralparese im Schulalter (Birmingham/Manchester)

In dieser Studie wurde die Entwicklung von Kindern mit infantiler Zerebralparese in zwei Sonderschulen untersucht. Dabei wurden die Fortschritte bei 19 Kindern in der Sonderschule in Birmingham, die nach Petö gefördert wurden, verglichen mit der Entwicklung von 17 Kindern in Manchester, welche nach den in England üblichen Förderprogrammen in der Schule betreut worden sind. Das Alter der Kinder lag bei Studienbeginn zwischen 40 und 72 Monaten, die



Studiendauer betrug 2 Jahre ( Bairstow, P. et al. 1993).

Die beiden Gruppen waren gematcht nach Alter, Schweregrad der klinischen Symptomatik und psychosozialer Situation. Das methodische Vorgehen zur Untersuchung und die statistische Auswertung war wesentlich aufwendiger als in der deutschen Studie. Das Förderprogramm der Kinder in Birmingham war intensiver als in Manchester. Es wurde viermal mehr Zeit auf motorische/physikalische bzw. Selbstständigkeitsförderung verwendet, nur die Hälfte der Zeit auf akademisch orientierte Förderung.

Das Ergebnis war, daß durchschnittlich gleiche Entwicklungsfortschritte erzielt werden konnten. Im Bereich Motorik und Selbständigkeit waren die Fortschritte in Birmingham etwas größer, wobei es allerdings große individuelle Unterschiede gab. Dabei muß noch berücksichtigt werden, daß vor der Studie von den Konduktorinnen die Kinder, die für eine konduktive Erziehung nach Petö geeignet erschienen, ausgesucht worden waren!

Die Autoren stellten abschließend fest, daß die konduktive Förderung keine besonderen Vorteile, aber auch keine wesentlichen Nachteile bei den Kindern erbrachte -mit einer Ausnahme. Bei den Kindern in Birmingham war die Mobilität der Hüfte deutlich mehr eingeschränkt im Vergleich zu den Kindern in Manchester. Dies bedeutet, daß die raschere motorische Aufrichtung und Förderung der Selbständigkeit erkaufte werden mußte mit einem höheren Risiko für orthopädische Folgeprobleme im Bereich der Hüfte (Kontrakturen, evtl. sogar Entstehung von Subluxation und Luxation). Als nachteilig empfanden die Autoren allerdings, daß die Methode nicht für alle Kinder geeignet ist, und als erstaunlich fanden sie, daß gerade bei einer für die Therapie ausgesuchten Gruppe keine größeren Fortschritte erzielt werden konnten, als es in der Gesamtgruppe der nicht nach Petö geförderten Kinder der Fall war.

### **Zusammenfassung**

Die konduktive Förderung nach Petö ist eine pädagogisch geprägte, umfassende Methode zur Förderung von Kindern mit vorwiegend motorischen Störungen oder Behinderungen. Die ihr zugrunde liegenden Konzepte lassen sich am besten in einer Gruppenarbeit verwirklichen, z.B. in Sonderschulkindergärten oder Sonderschulen. Das Besondere ist vor allem die herausragende Rolle der Konduktorin, die sehr unterschiedliche Aufgaben bewältigen muß, welche üblicherweise von mehreren Berufsgruppen übernommen werden. Ihre wichtigste Aufgabe ist es, individuelle Nah- und Fernziele zu formulieren und anzuregen, die von dem Kind so selbständig wie möglich erreicht werden sollen. Insofern ist es sicher denkbar, daß es einzelne Kinder gibt, die von dieser Methode mehr profitieren als von den üblichen Behandlungs- und Fördermassnahmen. Die Methode kommt insbesondere für kognitiv relativ gut entwickelte Kinder in Betracht, die auch zu einer sinnvollen und aktiven Mitarbeit fähig sind. Weniger geeignet erscheint die Methode für schwer- und mehrfachbehinderte oder sehr junge Kinder.

- 9 -

### **Literatur**

Balogh EM, Hari M. Konduktive Erziehung nach Petö. In: Lischka A, Bernert G (Hrsg) Aktuelle Neuropädiatrie 1992. Wehr; Ciba-Geigy 1993

Bairstow P, Cochrane R, Hur J. Evaluation of Conductive Education for Children with Cerebral Palsy. Final Report Part II. London; HMSO 1993

Cottam PJ, Sutton A. Conductive Education. A system for overcoming motor disorders. London/Sidney; Croom Helm 1986

Hari M, Horvath J, Kozma J, Kökuti M. Das Petö System (Prinzipien und Praxis der konduktiven Erziehung). Budapest; Internationales Petö Institut 1992

Weber R, Rochel M. Konduktive Förderung für cerebral geschädigte Kinder. Bonn; Forschungsbericht des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung Nr. 224, Sozialforschung 1992

**Publiziert in:**

Boltshauser E, Schmitt B, Steinlin (Hrsg)(1997) Aktuelle Neuropädiatrie 1996. Novartis Pharma Verlag Nürnberg S.475-484

entspricht ggf. nicht mehr den aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen