

30 JAHRE

Kinder- und Jugendambulanzen/Sozialpädiatrische Zentren in Berlin

Eine Chronik über mehr als
50 JAHRE



Impressum

Herausgeber

Stiftung Parität Berlin
Brandenburgische Straße 80, 10713 Berlin
Telefon 030 86 00 10
info@paritaet-berlin.de
www.paritaet-berlin.de

Kinder.Diagnostik.Therapie gGmbH
– im Sozialverband VdK Berlin – Brandenburg e. V.
Linienstr. 131, 10115 Berlin
Telefon 030 86 49 10 502
geschaeftsstelle@kidt.berlin
www.kinderdiagnosetherapie-berlin.de

Autor

Dr. Donald Vogel

Gestaltung und Satz

Ina Beyer

Lektorat

Silbenschliff

Druck

Druckwerk Schmohl, Berlin

©2020 STIFTUNG PARITÄT BERLIN;
alle Rechte vorbehalten

Fotos und Grafiken

Titel und Seite 6 (r.): Sabine Wenzel, 1999
Seite 4: Irmgard Forner
Seite 6 (l.) und 12: Spastikerhilfe Berlin e. V.
Seite 7 und 32: Robert-Havemann-Gesellschaft/
Andreas Kämper/RHG_Fo_AnKae_3931
Seite 8, 50: Ina Beyer
Seite 16: Deutscher Bildungsrat
Seite 56: Kinderschutzzentrum, 1997
Seite 60: Peter Ebelt
Seite 66: Holger Hartung

Inhalt

Grußwort der Stiftung Parität	4
Vorwort	5
Einleitung	8
Frühgeschichte – die fünfziger und sechziger Jahre	
Eine Pionierin und Vereinsgründungen	12
Chancengleichheit beginnt in der Kindheit	16
Frühe Forderung nach Integration	20
Föderale Entwicklungen	22
Kiezorientierung	25
Integrationsprogramm	29
Ausgangslage in Berlin (Ost)	32
Erste Zulassungen als SPZ (West)	36
Gutachten	38
Expertencolloquium	41
Erste KJA/SPZ in Ost-Berlin	44
Konzeptdiskussion und Konsens	46
Entwicklung ab 1996	49
Versuch einer späten Konzeptkorrektur	52
Rahmenvereinbarung	54
Vervollständigung und Qualitätsentwicklung	56
Institutioneller Wandel des Bildungsauftrags	60
Neuere Entwicklungen	63
Rückblick und Ausblick	66
Anmerkungen und Literatur	70
Danksagung	76

Grußwort der Stiftung Parität

Als ich 1977 nach Berlin kam, war ich enttäuscht darüber, wie vernachlässigt die so wichtige Frühförderung in Westberlin war. Ich kannte ja das bayerische System. Damals dachte ich, Frühförderung müsse in einem Stadtstaat sehr viel einfacher zu organisieren sein als in einem Flächenstaat wie Bayern. Sie fragen sich nun vielleicht, was ich in Westberlin vorfand – sehr wenig.



Für Familien mit geistig behinderten Kleinkindern gab es keine offenen wohnortnahen Angebote. Zudem bot der Öffentliche Gesundheitsdienst der Bezirke wenig Kompetenz. Eltern fanden keinerlei Orientierungshilfen, sie waren alleingelassen mit ihren Problemen. Daran änderte sich erst mit der Wiedervereinigung Berlins im Jahr 1990 etwas. Der Status Quo wurde aufgehoben! Alle sozialen Felder waren in Ostberlin neu zu gestalten. Dabei wurde meist das System Westberlins auf Ostberlin übertragen. Bei der Früherkennung beziehungsweise Frühförderung gab es jedoch kein System. Genau das wurde nun aber zu einem Vorteil: Es bot sich die – seltene – Gelegenheit, Berlin neu zu betrachten und zu strukturieren.

2

Die Neustrukturierung gelang, weil eine Mitarbeiterin der Senatsverwaltung für Jugend und Familie, aber ebenso auch viele Akteure bereit waren, „dicke Bretter zu bohren“, zum Beispiel bei dem Vorhaben *Koordination zweier Kostenträger*. Ihre Erfolge beflügelten die Aufbruchsstimmung. Ich gehörte lange den Vorständen des Paritätischen und der Stiftung Parität an. Beide Organisationen leisteten ihren Beitrag zu den Erfolgen der Vergangenheit. Auch in Zukunft werden wir der Weiterentwicklung der Kinder- und Jugendambulanzen / Sozialpädiatrischen Zentren (KJA/SPZ) gegenüber aufgeschlossen gegenüberstehen – und sie fördern. Schließlich ist die Mehrzahl der Träger von KJA/SPZ Mitglied des Paritätischen. Ihre Einrichtungen tragen wesentlich zu einem gelingenden Leben von Familien bei, in denen ein Kind behindert oder von Behinderung bedroht ist.

Dreißig Jahre KJA/SPZ. Genauso lange habe ich die Einrichtungen in verschiedenen Funktionen begleitet. Daher kann mein Blick nur subjektiv sein. Differenzierte Informationen bietet Ihnen die Chronik *30 Jahre Kinder- und Jugendambulanzen / Sozialpädiatrische Zentren in Berlin*. Ich finde, das Erreichte kann mit Stolz betrachtet werden.

Berlin im Februar 2020

Helmut Forner

Vorwort

Die Chronik *30 Jahre Kinder- und Jugendambulanzen / Sozialpädiatrische Zentren in Berlin* entstand auf Anregung eines scheidenden Geschäftsführers eines Trägers dieser Einrichtungen. Sie veranschaulicht, wie die Kinder- und Jugendambulanzen / Sozialpädiatrischen Zentren (KJA/SPZ) in Berlin entstanden sind und wie sie sich entwickelt haben. Die KJA/SPZ – es sind sechzehn an der Zahl – sind Bestandteil der sozialpädiatrischen Versorgung und Frühförderung von Kindern und Jugendlichen in Berlin. So besonders wie ihr Angebot bundesweit ist, so außergewöhnlich ist ihr System im Bundesvergleich. Dessen Struktur erschließe sich, so der Gedanke des Geschäftsführers, leichter über die historische Betrachtung. Mit einer solchen Reflexion könnten die Grundzüge des Systems verstanden werden, zum Beispiel dessen systematischer Bezug auf die Integration von Kindern mit Behinderung in Kindertageseinrichtungen. Oder die ausgeprägte Mischfinanzierung, in der die beiden Finanzierungssäulen Eingliederungshilfe (SGB XII) und Krankenversicherung (SGB V) in einem ausgeglichenen Verhältnis miteinander verbunden sind. Meist sind diese Säulen nämlich strikt voneinander getrennt.

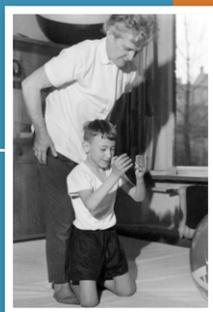
Der Generationenwechsel der für dieses System Verantwortlichen ist weit vorangeschritten. Die Verantwortlichen arbeiten in der Berliner Verwaltung, im Paritätischen Landesverband (LV) Berlin, bei den Trägern der KJA/SPZ und in den KJA/SPZ. Viele derjenigen, die maßgeblich zum Aufbau des Angebots beigetragen haben, sind bereits im Ruhestand oder weilen nicht mehr unter uns. Nun droht ihr Wissen um die Entstehung der KJA/SPZ, um Weichenstellungen und Veränderungen verloren zu gehen.

Dieses Wissen müsse aufgezeichnet werden, davon war der Ideengeber überzeugt. Es solle an die nächste Generation übergeben werden, aber auch der Reflexion über die Identität der Einrichtungen und ihrer Aufgaben dienen. „Nur weil früher etwas einmal gut und richtig war, muss es das nicht auch heute noch sein“, meinte er. „Es gilt, dem Wandel von Aufgaben zu entsprechen.“

Die Chronik *30 Jahre Kinder- und Jugendambulanzen / Sozialpädiatrische Zentren in Berlin* skizziert also die Geschichte der KJA/SPZ. In Zeitabschnitten werden diejenigen Entwicklungen dargestellt, die der Autor für wichtig erachtet, ohne dass er Vollständigkeit beanspruchen möchte. Vielmehr regen die Abschnitte – sie sind überwiegend chronologisch geordnet – zu eigenen Recherchen an. Mit deren Ergebnissen kann dann das eigene Wissen ergänzt werden.

1957

1967



1968

1988



Die Zeitabschnitte sind in vier Phasen gegliedert. Zuerst wird die Frühgeschichte der Einrichtungen und ihrer Träger bis 1967 skizziert. Anschließend wird gezeigt, wann und wie die ersten Ambulanzen entstanden; aus ihnen entwickelten sich Ende der achtziger Jahre die KJA/SPZ. Der Schwerpunkt der Chronik liegt auf der formativen Phase des Systems der KJA/SPZ. Sie dauerte von 1989 bis 2005 beziehungsweise teilweise 2010. Die Chronik schließt mit der Geschichte der Konsolidierung, die etwa 2010 begann und 2019 endete.

4

Die vorliegende Schrift basiert auf einer Literatur- und Quellenrecherche. Ergänzend dazu wurden Interviews mit zehn Zeitzeugen geführt. In den Gesprächen ging es um die Erinnerung der Zeitzeugen daran, wie sich die KJA/SPZ entwickelten beziehungsweise das Versorgungssystem geschaffen wurde. Manche Interviewpartner übergaben dem Autor Dokumente und Unterlagen über die KJA/SPZ. Die Auswahl der Zeitzeugen erfolgte nicht systematisch, sondern nach deren kurzfristiger Erreichbarkeit.

Soweit es möglich war, wurden die Erinnerungen an die Zeit seit den siebziger Jahren erfasst. Zu Wort kamen unter anderem Geschäftsführungen, leitende Ärzte, Verwaltung. So entstand aus verschiedenen Perspektiven ein Bild der Geschichte der KJA/SPZ. Die Ereignisse vor den siebziger Jahren erschloss sich der Autor über Quellen, Publikationen und mündliche Überlieferungen. Auch seine eigenen Eindrücke zur Entwicklung der KJA/SPZ flossen in die Chronik ein; sie zeigen die Zeit seit dem Ende der achtziger Jahre. Sicherlich hätten mehr Interviews geführt werden können. Aber wie es immer so ist, jede Publikation hat nur einen begrenzten Umfang, auch diese.

1989

2005



2006

2019

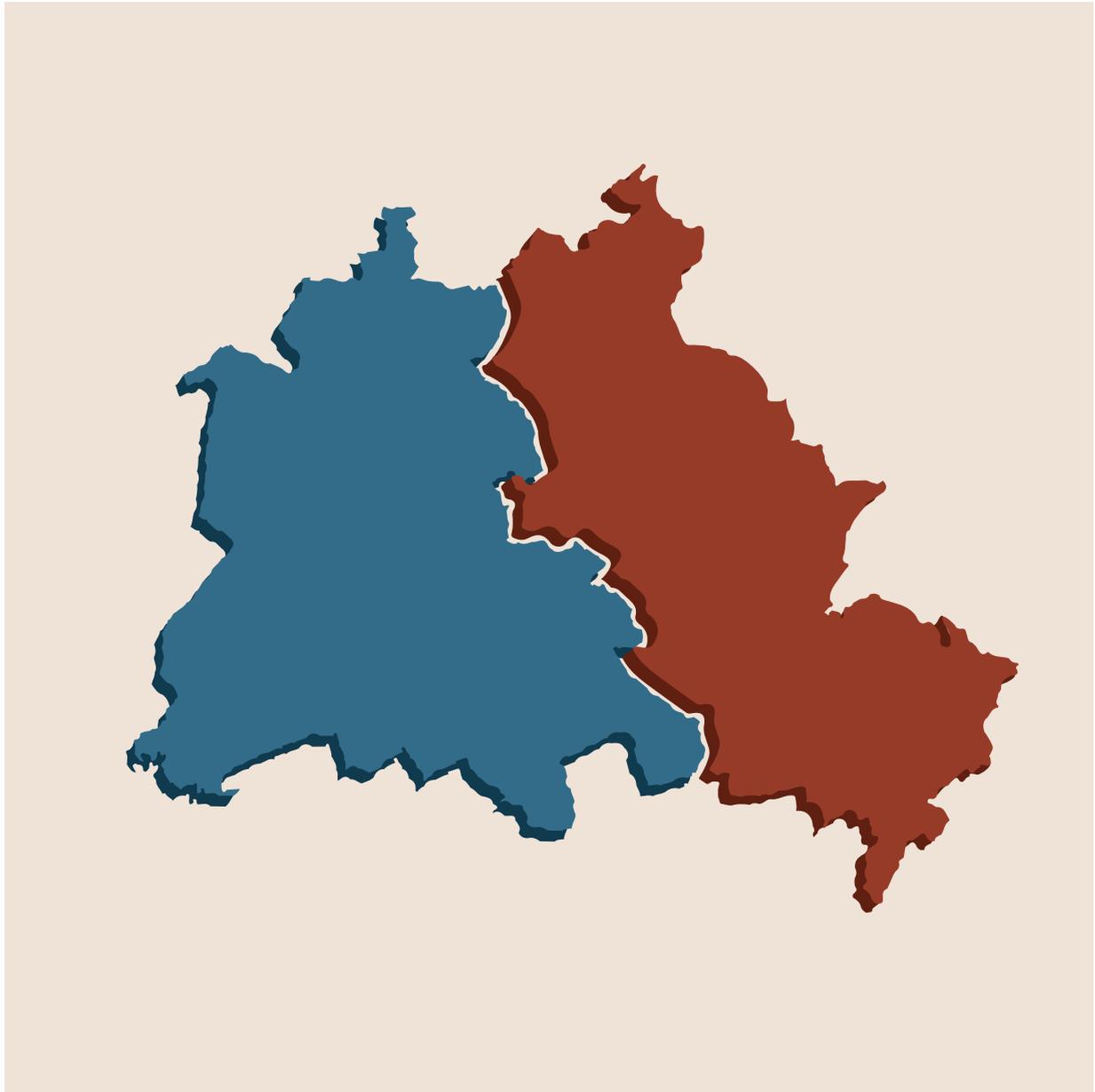
Komplexe Institutionen wie die KJA/SPZ sind ein Gemeinschaftswerk. Zu dessen Gelingen tragen viele Akteure bei. Es wäre ein Erfolg dieser Chronik, führte sie zu Vervollständigungen, Ergänzungen – oder Berichtigungen.

Auf Quellen- und Literaturangaben wird weitgehend verzichtet. Zitate sind jedoch stets gekennzeichnet. Für besonders interessierte Leser und Leserinnen sind die Publikationen, denen die Informationen für diese Chronik entstammen, in einem Materialband mit geringer Auflage zusammengestellt. In diesem Materialband finden sich auch die Angaben zu Zitaten, geordnet nach Kapiteln.

Auch wenn im folgenden Text oft nur die weibliche oder männliche Form gewählt wird, sind stets alle Geschlechter gemeint. Die Darstellung erfolgte aus Sicht eines Westberliners und seiner Wahrnehmung der KJA/SPZ-Entwicklung. In Westberlin haben die KJA/SPZ ihren Ursprung. Ostberliner wurden zu ihrer Erinnerung befragt, sie würden die Auswahl der Themen und Zeitabschnitte aber vermutlich anders gestalten.

Berlin im Februar 2020

Donald Vogel



Einleitung

Der Schwerpunkt der Chronik *30 Jahre Kinder- und Jugendambulanzen / Sozialpädiatrische Zentren in Berlin* liegt auf der Entwicklung einer besonderen Einrichtungform: den Berliner Kinder- und Jugendambulanzen / Sozialpädiatrischen Zentren (KJA/SPZ). Die Bezeichnung „Kinder- und Jugendambulanzen“ ist berlinspezifisch. In Bundesgesetzen werden solche Einrichtungen entweder „Interdisziplinäre Frühförderstellen“ oder „Sozialpädiatrische Zentren“ genannt.

Dass Einrichtungen ihren Namen beibehalten, auch wenn er von der gesetzlichen Benennung abweicht, ist in der Frühförderung und Sozialpädiatrie nicht ungewöhnlich: Die bundesgesetzlichen Regelungen für beide Einrichtungstypen erfolgten spät, erstmalig 1989 durch das Gesundheitsreformgesetz (GRG) und im Folgenden durch die Frühförderverordnung (FrühV) 2003 beziehungsweise deren Neufassung 2016. Bei Institutionen, die damals bereits länger existierten, wurde dem ursprünglichen Namen die gesetzliche Bezeichnung häufig einfach beigelegt.

Ungewöhnlich am Berliner System der KJA/SPZ ist, dass gleich sechzehn Einrichtungen einheitlich „Kinder- und Jugendambulanzen“ genannt werden. Dies ist ein Hinweis darauf, dass mit den sechzehn Ambulanzen ein gesamtstädtisches Versorgungskonzept verbunden ist. Die Betrachtung der Entwicklung der Frühförderung und Sozialpädiatrie in Berlin ist das Hauptthema der vorliegenden Chronik.

Geschichtliche Darstellungen gesellschaftlicher Entwicklungen können aus verschiedenen Perspekti-

ven erfolgen. Je nachdem, wer auf die Ereignisse blickt, fokussieren die Betrachtungen zum Beispiel auf Ideen, Personen, die Rekonstruktion wichtiger Ereignisse, die Abfolge von Datierungen oder auf die Gründung von Institutionen. Die jeweilige Perspektive bestimmt den roten Faden der Erzählung, ohne gelegentliche Wechsel der Betrachtungsweise auszuschließen. Diese Chronik verfolgt, wie einerseits Initiativen in Stadtteilen und andererseits Versuche der gesamtstädtischen Planung bei der Entstehung des Systems der KJA/SPZ ineinandergriffen.

Zwei Stadthälften werden ein Bundesland

Die Ausformung des Einrichtungstyps KJA/SPZ fand im Rahmen typischer fachlicher Spannungsfelder statt, die bundesweit in der Versorgung von Kindern mit Behinderung und ihrer Familien bestehen, und ist insofern mit bundesweiten Entwicklungen (besonders in Ballungsräumen) vergleichbar. Im Unterschied zu allen anderen Bundesländern gab es in Berlin aber eine historische Besonderheit: Ost und West verschmolzen zu einem Bundesland.

(Groß-)Berlin fiel rechtlich gesehen bis zum 3. Oktober 1990 unter den Viermächte-Status mit besonderen Regelungen für die Westsektoren und den Ostsektor. Im Zuge der Wiedervereinigung wurde Westberlin quasi erweitert. Ostberlin gilt nicht als neues Bundesland. Verwaltungsentscheidungen betrafen ab 1990 beide Stadthälften mit ihren unterschiedlich

gewachsenen Systemen gleichermaßen, nicht nur den Ostteil der Stadt, sondern auch den Westteil. Beide Teile Berlins hatten spätestens seit dem Bau der Mauer wie eigenständige Großstädte agiert. Sowohl im West- als auch im Ostteil bestanden viele Institutionen mit ähnlichen Aufgaben, auch in der Frühförderung und Sozialpädiatrie.

Durch die Wiedervereinigung änderte sich in den alten Bundesländern in der Verwaltung und in den etablierten Institutionen wenig. Die fünf neuen Bundesländer entstanden rechtlich erst mit dem Einigungsvertrag und mussten dann alle gänzlich neue Wege der Verwaltung und Finanzierung von Institutionen beschreiten. Ihnen wurden westdeutsche Partnerländer zugeordnet, zum Beispiel Brandenburg dem Bundesland Nordrhein-Westfalen. Die Partnerländer entsandten zur Unterstützung dieser gewaltigen Transformation Tausende Beamte und Beamtinnen sowie Verwaltungsangestellte in die neuen Bundesländer. Die Fusion der beiden Stadthälften Berlins geschah ohne eine solche Länderpartnerschaft.

Schon 1990 hatte die schrittweise Reduktion der (West-)Berlinzulage für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer begonnen. 1994 lief sie aus. Das Anwerben von Personal aus den westlichen Bundesländern durch besondere Zulagen endete.

Beide Stadthälften durchliefen viele Jahre einen tiefgreifenden Strukturwandel. 1995 entfielen so-

wohl die Bundeshilfe für den (ehemals West-)Berliner Landeshaushalt als auch die Zahlungen aus dem Fonds Deutsche Einheit. Berlin verlor den teilungsbedingten finanziellen Sonderstatus und wurde Teil des allgemeinen Länderfinanzausgleichs zwischen allen Bundesländern. Berlin musste sparen, was unter anderem zu einem erheblichen Personalabbau im Öffentlichen Dienst führte.¹

Gesetzliche Ausweitung der Aufgaben der Krankenversicherungen

Am 1. Januar 1989, im Jahr des Mauerfalls, trat das Gesetz zur Strukturreform im Gesundheitswesen (Gesundheitsreformgesetz [GRG]) in Kraft, das mit dem § 119 SGB V zum ersten Mal auf der Ebene der Bundesgesetze Sozialpädiatrische Zentren als Regelangebot des Gesundheitswesens festlegte. Zugeschnitten war das GRG auf die begrenzte Weiterentwicklung westdeutscher Institutionen.

Die Umsetzung des § 119 traf in Berlin weder auf eine einheitlich gewachsene Struktur, die – wie in den alten Bundesländern – überwiegend einfach weiter zu entwickeln war, noch auf eine einheitlich neu zu gestaltende Versorgungslandschaft – wie in den neuen Bundesländern. Der Umbruch in Berlin nach der Wende führte vielmehr sowohl zum Abbau etablierter Strukturen in beiden Stadthälften als auch zur Neukonzeption einer öffentlich finanzierten Gesundheitsversorgung für ein vereinigt Berlin.

Ein besonderes Ziel des § 119 war es, die psychosoziale Versorgung von Kindern mit Behinderung und ihren Familien über ein medizinisches Angebot hinaus durch psychologische, pädagogische und soziale Leistungen abzusichern. Dies sollte zu hundert Prozent über die Krankenversicherungen finanziert werden (Schlack 1991). Dieses Vorhaben konnte bundesweit nur teilweise umgesetzt werden. Im Jahr 2009 beschränkte der Gesetzgeber die nichtärztlichen sozialpädiatrischen Leistungen, die zu hundert Prozent von den Krankenversicherungen zu tragen sind, auf die Durchführung interdisziplinärer Diagnostik (§ 43a SGB V). Längerfristige psychosoziale Leistungen blieben damit der privaten oder öffentlichen Finanzierung überlassen. In Berlin führte dies angesichts des Sparzwangs bei den

KJA/SPZ zu einer aus dem bundesweiten Rahmen fallenden Zusammenfügung von Finanzierungsanteilen der psychosozialen Leistungen durch die Krankenkassen und das Land Berlin.

Mischfinanzierte KJA/SPZ

Treibende Kräfte bei dieser Zusammenführung finanzieller Ressourcen waren die Träger der KJA/SPZ und ihr Spitzenverband, der Paritätische LV Berlin, sowie die Ressorts Jugend und Gesundheit der Berliner Senatsverwaltung. Aber auch die Kassenärztliche Vereinigung (KV) Berlin und die Krankenkassenverbände ebneten letztlich den Weg zu dieser weitgehend gelungenen Mischfinanzierung, die bundesgesetzlich zwar gewollt ist, aber bundesweit bisher mehr schlecht als recht realisiert wird.



Rosemarie Reichwein

- 1904** Geboren in Berlin (geborene Pallat)
Lyzeum in Nowawes (Potsdam) – mittlere Reife
Tanzschule Isadora Duncan in Potsdam –
Einführung in die schwedische Gymnastik
- 1922** Schule für Krankengymnastik in Schweden
Gymnastiklehrerin an der Internatsschule in Salem (Bodensee)
Ausbildung zur Turn- und Sportlehrerin in Berlin-Spandau
Vertiefung in Wiesbaden
- 1932** Dozentin in Halle, dort lernt sie Adolf Reichwein kennen
- 1933** Heirat mit Adolf Reichwein,
Entlassung Adolf Reichweins durch Nationalsozialisten
- 1939** Rückzug nach Freienwalde in Brandenburg
- 1945** Rückkehr nach Berlin
- 1951** Eigene Krankengymnastikpraxis in Berlin
- 1955** Engagiert im Fachverband Berliner Krankengymnasten
- 1956** Teilnahme am Bobath-Kurs in London
- 1958** Erster Besuch der Bobaths in Berlin, Durchführung aufsuchender
Frühbehandlung im häuslichen Alltag der Kinder
- 1959** Refresher-Kurs in London, dabei lernt sie Frau Köng kennen
Lehrtherapeutin in Bern, erster Bobath-Kurs in der Schweiz
- 1960** Erster Bobath-Kurs in Berlin
- 1961** Bobaths wieder in Berlin
- 1962** Zweiter Bobath-Kurs in Berlin, mit zwei Pausen, dann jährlich,
1982 bereits der zwanzigste, davon veranstaltete der Berliner Senat neunzehn
- 1967** Erste Begegnung mit Renate von Arentsschild, bei der Eröffnung
der Ambulanz der Spastikerhilfe Berlin e. V.

Foto: Mit freundlicher Genehmigung der Cooperative Mensch e. V.

Frühgeschichte – die fünfziger und sechziger Jahre

Eine Berliner Pionierin und Vereinsgründungen

Rosemarie Reichwein – die erste Bobath-Therapeutin Deutschlands

Im Oktober 1944 war der Reformpädagoge und Widerstandskämpfer Adolf Reichwein in Berlin-Plötzensee von den Nationalsozialisten hingerichtet worden. Als Mitglied des Kreisauer Kreises hatte er sich an den Planungen für das Attentat auf Hitler am 20. Juli 1944 beteiligt. Seine Frau Rosemarie, die den Widerstandskampf unterstützte, war damals Turn- und Sportlehrerin. Nach dem Tod ihres Mannes erzog sie die vier gemeinsamen Kinder allein – und bildete sich zur Krankengymnastin² weiter. Dies tat sie durch Ausbildungen und Tätigkeiten in Schweden, am Oskar-Helene-Heim, an der Charité und am Gesundheitsamt Zehlendorf.

1956 nahm Reichwein als erste deutsche Krankengymnastin an einem Bobath-Kurs³ in London teil. Die Teilnahmegebühren übernahm der Fonds der Hinterbliebenen des 20. Juli 1944. Diese Kursteilnahme erwies sich für die weitere Entwicklung der frühen Förderung und Behandlung von Kindern mit Behinderungen in Berlin als bedeutsam: Reichwein bewegte das Ehepaar Bertha und Karel Bobath dazu, an den Ort ihrer Jugend zurückzukehren. Einem Ort, von dem sie als Juden hatten fliehen müssen.⁴

Auf die Initiative Reichweins hin lud die Senatsverwaltung für Jugend und Sport die Bobaths zu ersten Vorträgen und Behandlungsdemonstrationen nach Berlin ein. Dies war 1958. Im selben Jahr gründete Reichwein zusammen mit betroffenen Eltern und befreundeten

Ärzten die Spastikerhilfe Berlin e. V.⁵. Dem Auftaktbesuch der Bobaths folgten weitere, weil sowohl Eltern als auch Fachleute das Vorgehen der Bobaths faszinierte und sie diesen neuartigen Ansatz im Umgang mit Kindern mit Behinderung in Deutschland etablieren wollten.

1960 organisierte Reichwein in Berlin den ersten Bobath-Kurs in Deutschland. Geleitet wurde er von Elsbeth Köng, einer Berner Kinderärztin, die Reichwein während eines Bobath-Refresher-Kurses in London kennengelernt hatte. Bereits 1962 unterstützte die Berliner

„Wir haben hinter unseren Männern gestanden, und wir haben sie gestützt. ... Was wir da für eine Rolle spielten, war wirklich nicht so wichtig. Hauptsache, die Aktion, auch wenn wir die Details nicht kannten, gelang.“

Die Tageszeitung, 20.07.1994, Interview mit Rosemarie Reichwein, geführt von Anita Kugler



Rosemarie Reichwein (1999)

„Der Umgang von Mrs. Bobath mit diesen Kindern hat mich fasziniert – so was gab es nicht in Deutschland.“

Grußwort zur 40-Jahr-Feier der Spastikerhilfe Berlin e. V., In: SHB aktuell, Heft 1,2-Juni 99

Senatsverwaltung für Gesundheitswesen einen zweiten Bobath-Kurs; ihm folgten fast jährlich weitere Kurse.

Rosemarie Reichwein starb 2002, sie wurde 98 Jahre alt. Als erste Bobath-Therapeutin in Deutschland war sie eine Pionierin der Frühbehandlung von Kindern mit Behinderungen in Berlin.

Die ersten Ambulanzen zur Frühbehandlung entstehen

Diese Entwicklung bereitete den Weg zur Gründung des ersten Behandlungszentrums für Kinder mit Zerebralparese in Deutschland. Das Zentrum entstand 1967 in Zusammenarbeit mit der Berliner Senatsverwaltung für Schule, Jugend und Sport. „Tür an Tür“ formte sich das seit 1993 als KJA/SPZ Steglitz-Zehlendorf bekannte Behandlungszentrum mit der Sonderkindertagesstätte für körperbehinderte Kinder, das die Spastikerhilfe Berlin e. V. ebenfalls 1967 aufgebaut hatte. Den

Gründern beider Einrichtungen war es wichtig, dass die pädagogische Betreuung und Förderung der Kinder und die medizinische Behandlung am selben Ort stattfinden konnten, und zwar koordiniert.

Fast zeitgleich entstanden in Bern und München ähnliche Zentren. Auch die Berner Ambulanz richtete sich schwerpunktmäßig an Kinder mit Zerebralparese. Sie wurde geleitet von Elsbeth Köng. Im Münchner Kinderzentrum sammelte das Team unter der Leitung von Theodor Hellbrügge weitere Erfahrungen mit Kindern, deren Entwicklung eingeschränkt war. Hier wurden zum Beispiel stärker die Auswirkungen depravierender Anregungsbedingungen⁶ betrachtet. Ambulanzen für Kinder mit Zerebralparese sah Hellbrügge wegen ihrer „relativen Überbetonung motorisch gestörter Kinder“ kritisch.

Die Einrichtungen in Berlin, Bern und München gelten als die ersten erfolgreichen ambulant und

SOZIALVERBAND

VdK

BERLIN-BRANDENBURG


Lebenshilfe
BERLIN


Spastikerhilfe
Berlin eG


Cooperative Mensch
Mittendrin

interdisziplinär organisierten Förderzentren für Kinder mit Behinderungen im deutschsprachigen Raum.⁷

Gründung weiterer Verbände

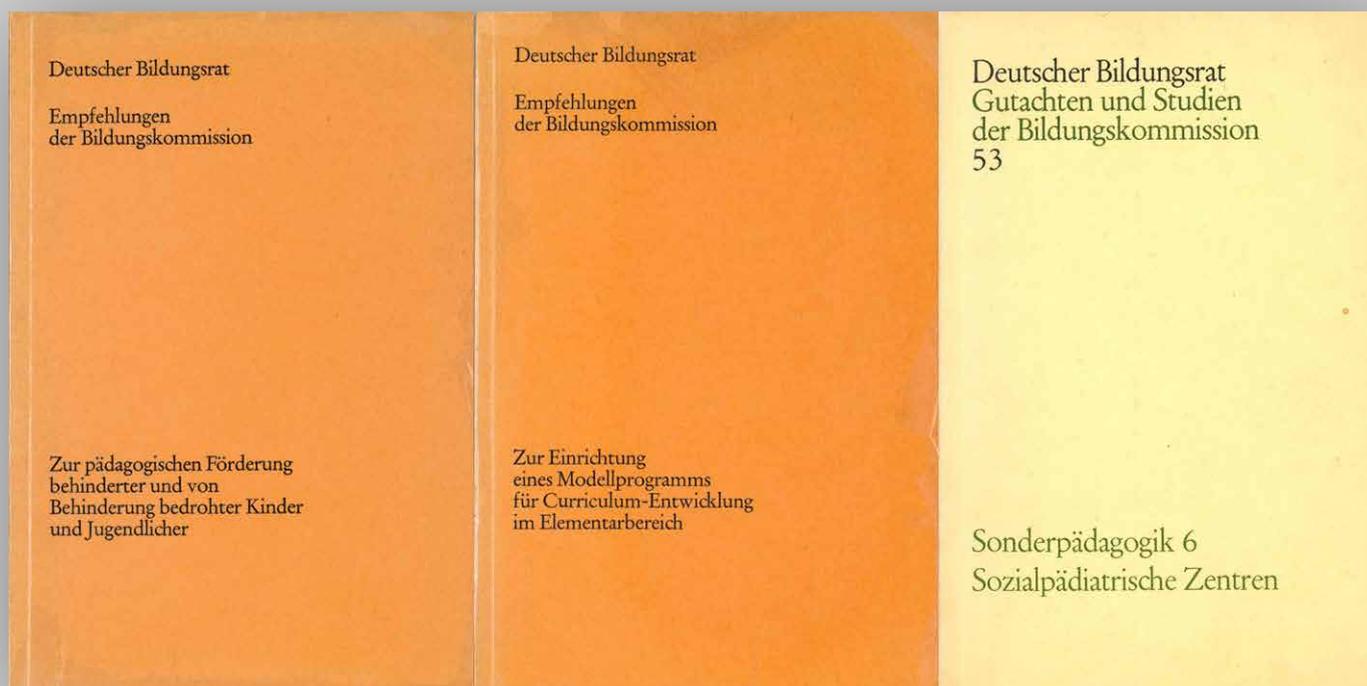
Eine weitere bedeutsame Vereinsgründung zur Förderung von Kindern mit Behinderungen vollzog Tom Mutters in Marburg. Der Lehrer aus den Niederlanden gründete 1958 den Bundesverband der Lebenshilfe e. V. Wie die Spastikerhilfe Berlin e. V. entstand auch der Bundesverband im Zusammenspiel von Fachleuten mit betroffenen Eltern. Die Zielgruppe waren insbesondere Kinder mit geistiger Behinderung. Zunächst befasste sich der Verband mit der Tagesbetreuung und Schulung in speziellen (Sonder-)Einrichtungen. Die Lebenshilfe Berlin e. V. entstand 1960.

In die Chronik der frühen Gründungen gemeinnütziger Vereine gehört unbedingt auch der Landesverband Berlin des Verbandes der Kriegsbeschädigten,

Kriegshinterbliebenen und Sozialrentner Deutschlands (VdK). Er entstand 1952 und wurde 1990 in Sozialverband VdK Berlin-Brandenburg e. V. umbenannt. Dessen Angebote richteten sich allerdings bis in die neunziger Jahre fast ausschließlich an Erwachsene.

Sowohl die Lebenshilfe Berlin als auch der VdK wurden später Träger von KJA/SPZ in Berlin.

Tom Mutters wird oft als Gründervater der Lebenshilfe bezeichnet. Entsprechend kann Rosemarie Reichwein, eine pädagogisch geprägte Therapeutin mit gesamtdeutscher Biografie, Gründermutter der Berliner Spastikerhilfe genannt werden. Ihr zu Ehren trägt das Gästehaus der Cooperative Mensch e. V. ihren Namen. Reichwein und ihr Vermächtnis stehen für den Berliner Neuanfang bei Menschen mit Behinderung nach den Euthanasie-Verbrechen des Nationalsozialismus.



Chancengleichheit beginnt in der Kindheit

Ende der sechziger Jahre setzte in den westlichen Industrieländern eine Liberalisierung sozialer Normvorstellungen ein. In (West-)Deutschland zeigte sie sich zum Beispiel in der 68er-Bewegung und dem Regierungswechsel in der Bundespolitik: 1969 löste die sozialliberale Koalition aus SPD und FDP die Große Koalition aus CDU/CSU und SPD ab. Mit der Liberalisierung einher ging ein komplexer gesellschaftlicher Wandel. Er wiederum veränderte unter anderem die Bildungs-, Frauen-, Familien- und Gesundheitspolitik. Außerdem wirkte er sich auf Auffassungen von Kindheit und Behinderung aus. Beides geschah unter dem Einfluss der erfolgreichen Wirtschaftsentwicklung („Wirtschaftswunder“), des gerade beginnenden demografischen Wandels – damals wurden immer weniger Kinder geboren („Pillenknick“) – und der konkurrierenden Gesellschaftsmodelle im geteilten Deutschland; diese Konkurrenz zeigte sich besonders in Berlin.⁸

Erste Reformen der Bildungspolitik

Ein Schwerpunkt der sozialliberalen Koalition war die Bildungspolitik. Vorschläge zu Reformen des deutschen Bildungswesens entwickelte der Deutsche Bildungsrat⁹ vor allem in seiner zweiten Amtsperiode (1970 bis 1974). Hierfür holte er eine Vielzahl von Gutachten ein, unter anderem zu Themen wie vorschulische Erziehung (1973) oder pädagogische Förderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder und Jugendlicher (1973). Dazu zählt auch ein Gutachten des Sozial-

pädiaters Johannes Pechstein¹⁰ über Sozialpädiatrische Zentren von 1975.¹¹

Die niedrige Geburtenrate führte unter anderem dazu, dass sich Kinderkliniken neue Aufgaben suchen mussten beziehungsweise konnten. Diesen Umstand sah auch Pechstein, und er warnte vor einem drohenden Sterben der Kinderkliniken. Für die Politik stellte er konzeptionelle Überlegungen an, welche Aufgaben Klinikpersonal, das hinsichtlich der kindlichen Entwicklung geschult ist, zukünftig übernehmen könne. Der Sozialpädiater betonte die Möglichkeiten der Früherkennung und -behandlung von Kindern mit (drohenden) Behinderungen in sozialpädiatrischen Einrichtungen.¹² Bereits 1971 gründete Pechstein an der Kinderabteilung der Landesklinik in Mainz ein Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ). Es war das zweite SPZ in Deutschland, nach dem Münchner Kinderzentrum. Nicht eingeschlossen in diese Zählung ist übrigens die Ambulanz der Spastikerhilfe Berlin.

Ebenfalls 1971 nahmen die gesetzlichen Krankenkassen die Vorsorgeuntersuchungen für Kinder in ihren Pflichtleistungskatalog auf, das sogenannte gelbe Heft. Daran hatte Theodor Hellbrügge beratend mitgewirkt. Schließlich fand Sozialpädiatrie nicht nur in SPZ statt. Heute wie damals wird das Früherkennungsprogramm von Ärzten durchgeführt, in niedergelassenen Praxen, an Kliniken oder im öffentlichen Gesundheitsdienst. Zunächst übernahmen die Kassen sieben Untersuchungen bis zum vollendeten vierten Lebensjahr, 2006 kamen

weitere hinzu, sodass die Früherkennung zeitlich engmaschiger und bis ins Jugendalter durchgeführt werden konnte. Bekannt ist sie als die Untersuchungen U1 bis U11 Untersuchungen sowie J1 und J2.

Modellprojekte zur Frühförderung behinderter Kinder

Aus den Reformbestrebungen der Bildungspolitik in den siebziger Jahren erwachsen zahlreiche Modellprojekte. Gefördert wurden sie aus Bundes- und Landesmitteln. Eines davon war das Projekt *Aufsuchende Frühförderung von Familien mit einem Kind mit Behinderung*. Initiiert wurde es Anfang der siebziger Jahre in Bayern. Es führte zur Gründung erster allgemeiner Frühförderstellen und der bayerischen Arbeitsstelle Frühförderung. Treibende Kraft waren dabei als Elternverband die Bundesvereinigung Lebenshilfe e. V. und Professor Otto Speck, der seit 1972 einen Lehrstuhl für Sonderpädagogik an der Ludwig-Maximilians-Universität München innehatte. Auf seine Initiative hin entstand in Bayern ein flächendeckendes Netz aus Frühförderstellen. Zusammen mit dem Mediziner Gerhard Neuhäuser gab er die Zeitschrift *Frühförderung Interdisziplinär* heraus. Das in Fachkreisen vielbeachtete Fachblatt versuchte den Dialog zwischen (sozial-)medizinisch akzentuierten und (heil-)pädagogisch ausgerichteten Sichtweisen auf die Entwicklung des Kindes zu befördern.

Martin Thurmair war lange pädagogischer Leiter der Arbeitsstelle Frühförderung Bayern und einer der

Schriftleiter bei *Frühförderung Interdisziplinär*. In einem Gespräch mit dem Autor dieser Chronik skizzierte er die Entstehung von Frühförderstellen in Bayern folgendermaßen: a) Sonderschulen sahen die Notwendigkeit, Kinder vor dem Schuleintritt zu erreichen; b) für den Lebensweg von Kindern mit Behinderung gab es nach dem Schuleintritt eine Abfolge institutioneller Angebote – aber davor gab es für sie kein Angebot, obwohl ihre Behinderung offenkundig war. Deshalb etablierten Sonderschulen Frühförderstellen, zunächst in eigenen Räumen. Bald zeigte sich aber, dass es für Eltern eine hohe Hürde war, mit ihrem Kind, das noch nicht eingeschult war, zu einer Sonderschule zu gehen. Das Angebot der Frühförderstelle fand wenig Akzeptanz.

Aus dieser Erfahrung heraus entstanden zwei Modelle: 1) in den Städten das der Frühförderstellen außerhalb der Sonderschule und 2) mobile Angebote. Mit mobilen Angeboten konnten Familien mit behinderten Kindern, die in entlegenen, kleinen Dörfern wohnten, zu Hause aufgesucht werden. Das Angebot war ein konsequenter konzeptioneller Ansatz für Flächenländer, in denen große Wegstrecken zu bewältigen sind.

In Westberlin folgten Anfang der siebziger Jahre Modellprojekte zur frühen Förderung von Kindern mit Behinderung einem anderen institutionellen Ansatz. Die Förderung dieser Projekte erfolgte im Zuge der sozial-liberalen Bildungsreform. Als städtischer Ballungsraum

wies Westberlin im Vergleich zum Bundesgebiet einen hohen Versorgungsgrad mit Kinderkrippen und -tagesstätten auf: Circa fünfzig Prozent aller Krippenplätze in ganz Westdeutschland waren damals in Westberlin. Die (Bildungs-)Reformbestrebungen zielten in Westberlin

ab auf die Integration von Kindern mit Behinderungen in Kindertagesstätten. Dieses Konzept grenzte sich von sonderpädagogisch inspirierten Modellen ab, was vielleicht erklärt, warum auf die Frühförderung westdeutscher Prägung kaum Bezug genommen wurde.

Herbert Scheying, damaliger ärztlicher Leiter des Werner-Otto-Institutes (SPZ) in Hamburg

„Die Aufgabe mit behinderten Kindern ist immer eine ganzheitliche. Und aus der Ganzheitlichkeit leitet sich die Interdisziplinarität ab. Aus dieser wiederum die Mischfinanzierung. Ob Sie nun von der einen Seite herkommen, von der pädagogischen Frühförderung, die in den letzten Jahren, ..., zunehmend den medizinischen Anteil hineinbringt, oder von der Seite her von den Sozialpädiatrischen Zentren, die primär medizinisch geprägt sind und die sozialen Berufe mit hineinnehmen, sie werden immer in Mischfinanzierungsprobleme kommen.“

In: Vogel, D. (Hrsg.) (1991): Sozialpädiatrische Versorgung für Berlin, Dokumentation eines Expertencolloquiums, S. 135

Frühe Forderung nach Integration

In der ummauerten Stadt Westberlin blieb die Ambulanz der Spastikerhilfe zur Früherkennung und Frühbehandlung zerebraler Bewegungsstörungen in den ersten Jahren nach ihrer Gründung zunächst das einzige Angebot dieser Art für Kinder mit Behinderungen. Die Ambulanz war stark frequentiert; die Krankengymnasten sahen viele Kinder mit Zerebralparese, aber auch mit anderen Behinderungsformen. In die Spastikerhilfe integriert war eine Abteilung für Orthopädiotechnik. Sie fertigte für die Kinder zum Beispiel zeitnah und individuell große und kleine Hilfsmittel.

Zusammen mit dem Bobath-Kurs, der jährlich stattfand, trug die Ambulanz dazu bei, dass das Personal große Expertise für die Alltagsbewältigung der Kinder und ihrer Familien entwickelte. Die leitende Kinderärztin, Renate von Arentschild, war den Bobaths bereits 1961 begegnet und hielt engen Kontakt zum Bobath-Institut in London. Die Spastikerhilfe unterstützte ihre Krankengymnasten dabei, sich dort zu Lehrtherapeuten ausbilden zu lassen, so wie Rosemarie Reichwein.

Wie es damals für Sondereinrichtungen für Kinder mit Behinderung typisch war, lag die Spastikerhilfe im Südwesten Berlins, am Stadtrand, unweit der Mauer. Dies empfanden einige Eltern als Ausgrenzung ihrer Kinder. Um sich von dieser Sonderbetreuung zu lösen, suchte eine neue Elterngeneration – die der Nachkriegseltern – im recht wohlhabenden Stadtteil Friedenau für sich und ihre Kinder mit Behinderung nach alternativen Lebensentwürfen. Ausgangspunkt dieser Elterninitiative

war der Versuch, ein zweites Zentrum zur Früherfassung und frühen Behandlung zerebral bewegungsgestörter Kinder zu etablieren. Der Kinderarzt Bahram Karimi und die (Bobath-)Krankengymnasten, die in diesem Zentrum tätig waren, unterstützten den Zusammenschluss der Eltern. Auch erfuhren die Eltern prominente Unterstützung, zum Beispiel durch die Friedenauer Günter Grass, Ingeborg Drewitz und Heinrich Albertz.

Mit oder ohne Behinderung – ein Kind ist zuallererst ein Kind

Aus einem solchen Zusammenschluss von Eltern von Kindern mit und ohne Behinderung entstand zum Beispiel das Kinderhaus Friedenau, das eine sogenannte Eltern-Initiativ-Kindertageseinrichtung war. Wie bei diesem Kinderhaus verlief auch die Gründung anderer Einrichtungen: In Eigeninitiative fanden Eltern geeignete Räume und wählten Erzieherinnen aus. Ein methodisches, finanzielles und personelles Konzept legten sie dem Jugendressort der Senatsverwaltung für Schulwesen aber erst 1972 vor – nachdem sie mit dem Integrationsprojekt bereits begonnen hatten, das immerhin in Deutschland das erste seiner Art war. In dem Konzept begründeten sie, warum sie „therapeutische Gruppen“ für Kinder mit und ohne Behinderung für notwendig erachteten. „Der entscheidende Mangel der bisherigen Behandlung ist“, notierten die damaligen Initiatoren, „dass die Eltern, wenn sie das Zentrum verlassen, wieder allein mit den Problemen fertig werden

Brigitte Brückner, damalige Mitarbeiterin der Senatsverwaltung Schule, Jugend und Sport

„Diese Eltern waren Motor und treibende Kraft. Sie wollten es nicht länger ertragen, dass ihre Kinder in der Isolation von Sondereinrichtungen aufwuchsen.“

In: Kinderhaus Friedenau – 25 Jahre –, S. 21

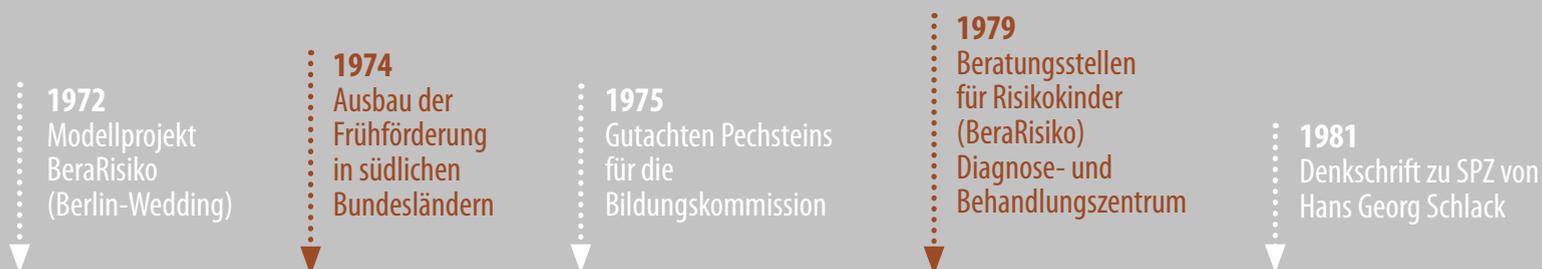
müssen, die sich aus der Behinderung der Kinder ergeben.“¹³ Die integrativen therapeutischen Gruppen hingegen könnten die Gefahr der Ghettoisierung mindern, die allen Behinderten drohe. „Die Eltern der behinderten Kinder können in der gemeinsamen Erziehungsarbeit mit Eltern der nichtbehinderten Kinder lernen, ihre Probleme und die ihrer Kinder nicht über zu bewerten und die Eltern der nichtbehinderten Kinder können leichter an die Probleme von Behinderungsarten herangeführt werden.“ Eltern behinderter Kinder sollten aus ihrer Isolation befreit werden. Außerdem sollten ihre Kinder soziale Verhaltensweisen einüben, nichtbehinderte mit behinderten und umgekehrt. Dieses Konzept war die Grundlage für die Förderung eines Modellprojektes, das von 1972 bis 1977 lief.

Die Forderung, sich für neue Formen des Zusammenlebens zu öffnen, war nicht auf Kinder mit Behinderung beschränkt. Das Kinderhaus Friedenau zum Beispiel war Teil einer Vielzahl von Initiativen in Westberlin; sie sind nur aus ihrer Zeit heraus zu verstehen. Ihnen ging es um verschiedenste Lebensbereiche: um Alternativen zur Kleinfamilie wie zum Beispiel Wohngemeinschaften, um die Öffnung der Psychiatrie, um die Reform des Strafvollzugs. Das Kinderhaus Friedenau beispielsweise war räte-demokratisch organisiert, das heißt, die Eltern nahmen großen Einfluss auf den Ablauf der Kinderbetreuung.

Aus Konflikten entstehen neue Projekte

Im Kinderhaus Friedenau entstanden Konflikte. Es ging um den Stellenwert der therapeutischen Einzelversorgung des Kindes mit Behinderung im pädagogischen Gruppenalltag. Sollte ein Kind für die Therapie aus der Gruppe herausgenommen werden? Wie lässt sich die Therapie in den Gruppenalltag integrieren? Um solche Fragen ging es damals.¹⁴ Die unterschiedlichen Vorstellungen trugen zu einer Spaltung des Personals bei: Ein Teil des Teams verblieb unter ärztlicher Leitung in den therapeutischen Gruppen des Kinderhauses Friedenau; hier wirkten die Therapeuten im Gruppenalltag mit. Ein anderer Teil organisierte sich im Beratungs- und Behandlungszentrum (BuB) für zerebral bewegungsgestörte Kinder. Im BuB nahmen die Therapeuten nicht am Gruppenalltag teil.¹⁵

Die Trägerschaft für das BuB übernahm zunächst der Paritätische, genauer, der Landesverband Berlin, und später der Sozialverband VdK Berlin-Brandenburg. Unter dessen Trägerschaft entwickelte sich die Einrichtung zur KJA/SPZ Charlottenburg. Sie wurde 2015 in die Tochtergesellschaft Ki.D.T. gGmbH überführt. Beide Projekte wurden überwiegend aus öffentlichen Mitteln finanziert, das Kinderhaus Friedenau¹⁶ durch das Jugendressort und das BuB durch das Gesundheitsressort des Berliner Senats.



*Martin Thurmair, damaliger Leiter der pädagogischen Abteilung der Arbeitsstelle
Frühförderung Bayern*

„Ich wollte etwas zu dem Problem Gesamtkonzept sagen. Wenn ich mich erinnere, wie die Struktur in Bayern erwachsen ist, dann muss ich sagen, dass es ein Gesamtkonzept eigentlich nie gegeben hat. Was es gegeben hat, das sind zwei darüber konkurrierende Konzepte gewesen, was wichtig ist. Die hießen zum einen Kinderzentrum und Hellbrügge und zum anderen pädagogische Frühförderung und Speck.“

In: Vogel, D. (Hrsg.) (1991). Sozialpädiatrische Versorgung für Berlin, S. 114

Föderale Entwicklungen

Trotz weitgehend fehlender gesetzlicher Grundlagen weitete sich die Institutionalisierung der Frühförderung und Sozialpädiatrie in den westdeutschen Bundesländern in den siebziger und achtziger Jahren rasch aus. Von 1974 bis 1978 etablierten sich Frühförderstellen besonders in Baden-Württemberg, in Bayern und im Saarland, und zwar flächendeckend; zunächst waren sie überwiegend an Sonderschulen angebunden. Die Bundesvereinigung Lebenshilfe förderte diese Entwicklung, zum Beispiel durch die öffentlichkeitswirksame Tagung *Frühe Hilfen – wirksamste Hilfen* im Mai 1974.

Unzureichende Finanzierung von Frühförderstellen und SPZ

Die Finanzierung von Frühförderstellen stützte sich auf § 40 des Bundessozialhilfegesetzes. Das Gesetz regelte bis 2005¹⁷ die heilpädagogischen Maßnahmen für Kinder, die noch nicht im schulpflichtigen Alter waren. Wurden damals medizinische Therapeuten in die Frühförderung einbezogen, geschah dies vornehmlich auf Grundlage ärztlich verordneter Heilmittelerbringungen; diese konnten anerkannte niedergelassene Therapiepraxen mit den Krankenkassen abrechnen. Aber über Jahrzehnte hinweg blieb die Finanzierung von Frühförderleistungen schwierig. Nur in Bayern wurde schon früh, nämlich 1981, ein erster Rahmenvertrag zur Finanzierung von Frühförderung geschlossen.

Sozialpädiatrische Zentren organisierten sich in der Arbeitsgemeinschaft SPZ. Sie umfasste 1981 bereits ein-

undzwanzig Institutionen. In ihrem Auftrag gab Hans Georg Schlack¹⁸, ärztlicher Leiter des Kinderneurologischen Zentrums Bonn, 1981 die Denkschrift *Konzeption, Personalbedarf und Finanzierung sozialpädiatrischer Institutionen* heraus. Diese war bei Fragen der Finanzierung deutlich konkreter als das Gutachten von Pechstein zu Sozialpädiatrischen Zentren aus dem Jahr 1975.

Die Finanzierung der Sozialpädiatrischen Zentren erfolgte hauptsächlich durch regionale Vereinbarungen mit den Krankenkassenverbänden. Aber die Finanzierung sozialpädiatrischer Leistungen erwies sich über viele Jahre als nicht ausreichend geklärt.

Subventionen ermöglichen Westberlin einen anderen Weg

Westberlin beschritt bei der Finanzierung der Sozialpädiatrie einen anderen Weg. Möglich wurde dies wahrscheinlich nur durch die besondere Förderung der Stadt durch Subventionen des Bundes. Berlin war allein nicht lebensfähig. Im Gesundheitsbereich hatte sich die Stadt als „Schaufenster des Westens“ zu einem Experimentierfeld entwickelt. Hier wurde modellhaft erprobt, was bundesweit nicht möglich war.

Sozialpädiatrische Aufgaben siedelte das Gesundheitsressort der Stadtverwaltung als gesamtstädtische Aufgabe im Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) an. Dadurch konnte sie Unsicherheiten der Finanzierung von Frühförderung und Sozialpädiatrie vermeiden. Für dieses Vorgehen gab es Erfahrungen aus einem Modell-

projekt im Bezirk Wedding. Das Projekt war 1972 für die Früherkennung und Frühbehandlung von Kindern mit Behinderungen begonnen worden. Auf dieser Grundlage erfolgte 1976 eine Anfrage an das Berliner Abgeordnetenhaus. Deren Ziel war es, ein dezentrales Netz von Beratungsstellen für Risikokinder im ÖGD zu etablieren. 1979 erfolgte die Umsetzung: In sechs Westberliner Bezirken wurden pädiatrisch geleitete Beratungsstellen für Risikokinder gegründet. Sie waren mit medizinischen Therapeuten ausgestattet, schwerpunktmäßig mit Krankengymnasten.

Berlin etabliert Beratungsstellen für Risikokinder

Das Konzept dieser Beratungsstellen fokussierte auf Zuweisungen aus Geburts- und Kinderabteilungen von Kliniken. Ihr Auftrag bezog sich zunächst auf Kinder mit (drohender) Behinderung im Alter bis zu vier Jahren. Allerdings entwickelten sich regional Abweichungen von diesem Ansatz: Neukölln zum Beispiel realisierte ein Einladungsmodell für Eltern von Neugeborenen nach Risikogeburten. Im Unterschied dazu entwickelte Wedding ein aufsuchendes Modell. Es richtete sich an Sonderkindertagesstätten, später auch an Integrationsgruppen.

Kern dieser dezentralen Konzeption war ein Diagnose- und Behandlungszentrum (DBZ) für schwer mehrfachbehinderte Kinder. Es bot fünfzehn Betten, war eine Tagesklinik und lag in Charlottenburg, in der Platanenallee. Gedacht war es für Kinder mit Behin-

derung, die nah an ihrem Wohnort nicht ausreichend medizinisch versorgt werden konnten. Anders als die SPZ in Westdeutschland hatte das DBZ keinen Einzugsbereich im Umland. Daher war es auf eine begrenzte Zahl von Fällen ausgelegt. Das DBZ ist der Ursprung eines der beiden heutigen SPZ im städtischen Vivantes Klinikum. Im Zuge der Übernahme durch Vivantes wurde das DBZ in den neunziger Jahren nach Neukölln umgesiedelt.

Der ÖGD bot ein weitgehend landeseinheitliches therapeutisches Versorgungsangebot für Kinder mit Behinderung. Möglich wurde dies durch die gute personelle Ausstattung mit Gesundheitsfachkräften. Im Bundesvergleich war sie sicherlich einzigartig. In der weiteren Entwicklung der Frühbehandlung und Frühförderung in Westberlin umfasste sie zahlreiche weitere medizinische Therapeuten und Sozialpädagogen; sie waren an den Bezirksämtern beschäftigt.

Die westlichen Bundesländer orientierten sich dagegen stärker am Subsidiaritätsprinzip. Demzufolge ist das staatliche Angebot ordnungspolitisch dem Angebot der freien Träger nachrangig. Im Westen befanden sich Frühförderstellen und Sozialpädiatrische Zentren überwiegend in freier Trägerschaft. In Westberlin hingegen blieben die Initiativen freier Träger in der Frühförderung und Sozialpädiatrie überschaubar. Sie konzentrierten sich auf diejenigen Versorgungsdefizite, die das landeseigene Angebot nicht ausreichend abdecken konnte.

Kiezorientierung



Das Angebot des ÖGD für Kinder mit Behinderungen war breit ausgebaut, landeseigen und gesamtstädtisch angelegt. Vor allem arbeitete es ambulant (Komm-Struktur) und nur teilweise aufsuchend (Bring-Struktur). Die Beratungsstellen für Risikokinder betonten die frühe medizinisch-therapeutische Intervention.¹⁹ Ergänzend organisierten Projekte freier Träger Angebote, die sich auf die Entwicklung des Kindes in seinem Alltag und seiner Lebenswirklichkeit konzentrierten. Die Angebote basierten auf der interdisziplinären Unterstützung der Kinder und reichten über den Früh- und Elementarbereich hinaus. Sie adressierten sozial benachteiligte Familien, deren Kindern medizinisch-therapeutische Interventionen nicht reichten.

Sozialpädiatrie und Frühförderung in Berliner Kiezen

Das Therapeutische Arbeitskollektiv e. V. (TheA) wurde 1976 in Kreuzberg gegründet. Der Verein entstand aus

den Erfahrungen heraus, die mit Kindern mit Behinderungen in Kindertagesstätten wie denen der Till-Eulenspiegel-Kette gemacht worden waren. TheA konzentrierte sich auf die Lebenssituation sozial schwacher Familien, der Fokus lag auf der Sozialkompensation. Anfänglich beinhaltete das Angebot von TheA auch den abendlichen Hausbesuch außerhalb der Sprechzeiten. Grundlage dafür war die stärkere Einbeziehung des familiären und sozialen Umfeldes. So konnten zum Beispiel Familien mit Migrationshintergrund erreicht werden. Damals bestand zu diesen Familien mit landeseigenen („behördlichen“) Angeboten oft kein ausreichender Zugang.

TheA wurde durch das Gesundheitsressort des Berliner Senats und durch den Bezirk Kreuzberg gefördert. Mit ihm gelang der Zugang zu Bevölkerungsgruppen, die bis dahin durch das Gesundheitssystem kaum erreicht

Beate Hübner, damalige Senatorin für Gesundheit und Soziales, Grußwort zur 20-Jahr-Feier des TVK im Jahr 1998

„Als der TVK sich gründete, um die gemeindenahere gesundheitliche Versorgung besonders für Kinder und Jugendliche in benachteiligten Lebenslagen zu ergänzen, entstanden – seit Mitte der 70er Jahre – überall im Bundesgebiet Einrichtungen zur Behandlung und Unterstützung von entwicklungsbeeinträchtigten Kindern. Ob pädagogisch und familienorientiert wie in der Frühförderung oder medizinisch akzentuiert wie bei den Berliner Beratungsstellen für Risikokinder oder als psychotherapeutischer Behandlungsansatz – bei allen Herangehensweisen zur Prävention von Behinderungsfolgen, zur Behandlung und Rehabilitation setzte sich ein interdisziplinäres Handlungskonzept durch, das schließlich auch seinen Niederschlag im Sozialgesetzbuch V fand.“

werden konnten. Aufgrund dieses Erfolgs unterstützte die Senatsverwaltung für Gesundheit und Umweltschutz ein weiteres, ähnliches Projekt: den Therapeutischen Verein Kreuzberg e. V. (TVK). Der TVK war 1976 gegründet worden. Wie TheA richtete er sein Angebot an sozial schwache Familien. Die Teams beider Vereine waren interdisziplinär ausgerichtet; zu ihnen gehörten Ärzte, Psychologen, medizinische Therapeuten und Heilpädagogen. Aufgrund ihrer Ähnlichkeit fusionierten TheA und TVK im Jahr 2000. Daraus entstand das Zentrum für Kindesentwicklung e. V. Es wurde integraler Bestandteil des Systems der KJA/SPZ.

Auch die Spastikerhilfe Berlin etablierte 1979 ein stadtteilbezogenes Angebot: das Ambulatorium Wedding. Die Förderung erfolgte durch das Jugendressort der Senatsverwaltung für Schulwesen. Mit dem Angebot wurde versucht, eine größere räumliche Nähe zum Patienten zu schaffen. Das Ambulatorium richtete sein Angebot ursprünglich an Menschen mit Behinderung egal welchen Alters. Sie konnten das Angebot über ihre ganze Lebensspanne hinweg nutzen. Ein Schwerpunkt war der Besuch von Kindern in deren Zuhause, Kindergarten oder Schule. Das Team des Ambulatoriums bestand wie das TheA-Team aus Ärzten, Psychologen, medizinischen Therapeuten. Aus dem Ambulatorium Wedding entstanden 2010 die KJA/SPZ Reinickendorf/Wedding und Schöneberg/Tiergarten der Ki.D.T gGmbH. Von 1989 bis 2006 befanden sie sich in Trägerschaft der Pikler Gesellschaft, dann übernahm

sie der Sozialverband VdK Berlin-Brandenburg. 2015 überführte der VdK sie in seine Tochtergesellschaft Ki.D.T gGmbH.

Finanzierung der freien Träger

Die Initiativen freier Träger in Westberlin, die interdisziplinäre Therapie- und Förderangebote für Kinder mit Behinderungen organisierten, wiesen gemeinsame Merkmale auf.²⁰ Ihre Angebote waren regional, also wohnortnah, ausgerichtet. Dadurch konnten lange Fahrtzeiten für das Kind und die Familie vermieden werden. Außerdem wurde eine Vernetzung der Unterstützungsangebote im Stadtteil begünstigt. Die Angebote betonten über die Therapien hinaus die Unterstützung des Kindes und seiner Familie im Alltag. Dabei bezogen sie sich besonders auf Kindertagesstätten und Schulen. In den Teams vertreten war immer auch ärztliche Kompetenz.

Diese Einbindung pädiatrischer Kompetenz führte zu einer Finanzierung der Angebote, die bundesweit besonders war: Die Kassenärztliche Vereinigung Berlin erkannte ärztlich erbrachte Leistungen für das Kind mit Behinderung an. Dies hatte die Steglitzer Spastikerhilfe bereits Mitte der siebziger Jahre erreicht. Deren leitende Ärztin konnte über eine sogenannte Teilbereichsermächtigung wenige ärztliche Einzelleistungen mit den Krankenkassen abrechnen. Diese Teilbereichsermächtigung war allerdings an die Ärztin und deren Qualifikationen gebunden, nicht allgemein an den Träger. Trotzdem folgten andere

ihrem Beispiel: die ins Team eingebundenen Ärzte des Kinderhauses Friedenau, die Ärzte des aus dem Kinderhaus Friedenau entstandenen Beratungs- und Behandlungszentrums, die des TheA und des TVK sowie die des Ambulatoriums Wedding. Allerdings waren die Teilbereichsermächtigungen berufspolitisch auch umstritten. Denn sie belasteten das Budget für niedergelassene Ärzte der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin. Die Aufwendungen für **angestellte** Ärzte mit zeitlich sehr begrenzter Teilzeitniederlassung gingen also frei praktizierenden Ärzten verloren.²¹

Neben der Abrechnung mit den Krankenkassen gab

es eine weitere Finanzierung des ambulanten Systems freier Träger: durch das Gesundheitsressort des Senats, welches das BuB, TheA und den TVK finanzierte, und durch das Jugendressort, das die Kosten für das Kinderhaus Friedenau und beide Ambulanzen der Spastikerhilfe übernahm.

Zwei Merkmale hatte die Finanzierung der Angebote freier Träger: 1) Sie war in der Senatsverwaltung angesiedelt, also zentral, nicht in den Bezirken. 2) Es gab eine Mischform, nämlich die Finanzierung durch Krankenkassen und die öffentliche Förderung.

Integrationsprogramm

Das Modellprojekt *Kinderhaus Friedenau* sammelte von 1972 bis 1977 Erfahrungen mit der medizinisch-therapeutisch unterstützten gemeinsamen Erziehung von Kindern mit und ohne Behinderung. Darauf aufbauend führte die Senatsverwaltung für Familie, Jugend und Sport zwei weitere Modellprojekte zur Integration von Kindern mit Behinderungen in Kindertagesstätten durch, beide in Kreuzberg: 1980 ein wissenschaftlich begleitetes in der Adalbertstraße, das Modell A. Und 1985 eines in der Kohlfurther Straße, Modell B. Dieses Projekt war auf Kinder mit schweren Mehrfachbehinderungen bezogen.²² Die Ergebnisse beider Modellprojekte trugen dazu bei, dass das Abgeordnetenhaus Westberlins 1986 die erste Stufe eines Integrationsprogramms für Kinder mit Behinderungen beschloss. Dieses Programm unterschied nach dem Umfang der pädagogischen und therapeutischen Unterstützung, die die Integration von Kindern mit Behinderung erforderte.

Modellprojekte für Kinder mit geringerem und höherem Unterstützungsbedarf

Modell A war orientiert an den Erfahrungen des Kinderhauses Friedenau. Es bezog sich auf Kinder mit geringerem Unterstützungsbedarf, zum Beispiel einem Zeitaufwand von 0,25 zusätzlicher pädagogischer Fachkraft. Modell B hielt sich an Erfahrungen der Kindertagesstätten Adalbertstraße und Kohlfurther Straße. Seine Zielgruppe waren Kinder mit höherem Unterstützungsbedarf, zum Beispiel einer halben zusätzlichen

pädagogischen Fachkraft. Zunächst konzentrierte sich die Umsetzung des Integrationsprogramms auf Kinder im Kindergartenalter, also die Drei- bis Sechsjährigen, und auf das Modell A. Aber schon 1989 beschloss das Westberliner Abgeordnetenhaus die Erweiterung des Integrationsprogramms (zweite Stufe mit mehr Integration nach Modell B). Und mit der dritten Stufe wurde die Ausweitung der Bewilligungen auf Kinder in Krippen, meist die Ein- bis Dreijährigen, und die Kinder in Horten, also die Sechs- bis Neunjährigen, möglich. Für beide Gruppen war bis dato das Jugendressort zuständig, getrennt von den Schulen.²³

Integrationsprogramm und interdisziplinäre Ambulanzen wachsen zusammen

In städtischen Kindertagesstätten wurden Kinder mit Behinderung, die einen Integrationsplatz hatten, durch Therapeuten der Bezirksämter unterstützt, meist durch den ÖGD. Kindertagesstätten freier Träger erhielten dagegen einen Zuschlag. Mit ihm sollten sie die therapeutische Unterstützung solcher Kinder sicherstellen.

In Kindertagesstätten freier Träger konnten die pädagogischen Leitungen über die therapeutische Unterstützung in der Tagesbetreuung eines Kindes mit Behinderung entscheiden. Sie sollten also darüber befinden, wie der Therapiezuschlag zu verwenden wäre. So die Idee. Sie bewährte sich aber nicht. Dies führte zu einer Verbindung des Integrationsprogramms mit interdisziplinären Ambulanzen wie der Spastikerhilfe, BuB,



Diakoniewerk 
Simeon 
Jugend- & Familienhilfe

Ingrid Stahmer, damalige Senatorin für Schule, Jugend und Sport

„Gesellschaftliche Normen und Haltungen kann man zwar nicht per Gesetz oder Verordnung ändern, aber die Politik kann Rahmenbedingungen schaffen, die Integration ermöglichen.“

In: Kinderhaus Friedenau – 25 Jahre –. 1997, Vorwort zum 25-jährigen Bestehen des Kinderhaus Friedenau e.V., S. 6

TheA und dem TVK, in denen Ärzte und Therapeuten arbeiteten. Als „flexibles Versorgungsmodell“ sollten die Kinder- und Jugendambulanzen (KJA)²⁴ – so wurden sie jetzt bezeichnet – aufsuchend die therapeutische Versorgung von Kindern auf Integrationsplätzen in Kindertagesstätten sicherstellen, und zwar in freier Trägerschaft und unter ärztlicher Verantwortung. Diese Idee ersetzte den Therapiezuschlag für Kindertageseinrichtungen mit Integrationsplätzen.

Qualifizierung von Fachkräften

Bereits mit der zweiten Stufe des Integrationsprogramms setzte ein Qualifizierungsprogramm für pädagogische Fachkräfte in Kindertagesstätten ein. Die ursprünglich für Erzieher/-innen entwickelte heilpädagogische Zusatzausbildung, die berufsbegleitend erfolgte, wurde für die integrativen Belange der Förderung von Kindern mit Behinderung modifiziert und war verpflichtend.

Auswirkungen des Integrationsprogramms

Das Berliner Integrationsprogramm begann in den achtziger Jahren. Es führte zu einem umfangreichen Abbau von Sonderplätzen in Kindertagesstätten. Am Ende des Jahres 1988 gab es in Westberliner Kindertagesstätten noch über 2 000 Sonderplätze und nur 375 Plätze für Kinder mit Behinderungen in Integrationsgruppen; für das Jahr 2000 nennt der Behindertenbericht der Senatsverwaltung für Arbeit, Soziales und Frauen nur noch 812 Sonderplätze – bezogen auf ganz Berlin. Bis 2019 sank

deren Anzahl in Kindertageseinrichtungen auf unter 100, in sogenannten spezialisierten Gruppen. Dahingegen stieg im Integrationsprogramm die Anzahl der Plätze für Kinder mit erhöhtem Förderbedarf (Typ A) auf 7 544 und für Kinder mit wesentlich erhöhtem Förderbedarf (Typ B) auf 1 471.²⁵

Das Berliner Angebot der Kindertagesbetreuung war auf ein integratives System ausgerichtet. Das Integrationsprogramm bildete den Rahmen für die Neustrukturierung der medizinisch-therapeutischen Versorgung von Kindern mit Behinderungen. Diese Kinder erhielten fortan einen Integrationsplatz in Kindertagesstätten. Unterstützt wurden sie durch Kinder- und Jugendambulanzen. Freie Träger, die sich im Integrationsprogramm besonders engagierten, begannen, interdisziplinäre Teams aufzubauen. Zu ihnen gehörte die Diakonie Tempelhof. Aus deren Team entstand die KJA/SPZ Tempelhof.

Dabei war die therapeutische Versorgung nach Schuleintritt, im Unterschied zur Frühförderung westdeutscher Prägung, mindestens über den Einbezug der Horte (Alter: sechs bis neun Jahre) eingeschlossen, was in der Bezeichnung „Kinder- und **Jugendambulanz**“ zum Ausdruck kam. Im Unterschied zur aus der Sonderpädagogik entstandenen Frühförderung in westlichen Bundesländern versuchte das Berliner Modell ein Ende der aufsuchenden interdisziplinären therapeutischen Unterstützung des Kindes mit Behinderung zum Zeitpunkt des Schuleintritts zu vermeiden.²⁶ Denn die Behinderung des Kindes endet nicht mit dem Schulbeginn.²⁷

Senatsverwaltung
für Jugend und Familie

BERLIN

Isolation Behinderter nicht zulassen

Neue Wege bei der Erziehung gehen

Toleranz üben

Etikettierungen abschaffen

BETREUUNG

Grenzen und Barrieren beseitigen

BEHINDERTER KINDER UND JUGENDLICHER

IN DER DDR

Rollenzuweisungen vermeiden

INSBESONDERE IN OST-BERLIN

Anderssein akzeptieren

Therapie zur Verfügung stellen

Inhumane Auffassungen überwinden

Offen für alle Probleme sein

Nichtaussonderung praktizieren

Die Ausgangslage in Ostberlin

Ab dem Ende der sechziger Jahre wurde in der DDR ein staatliches Versorgungssystem für Kinder mit Behinderung²⁸ aufgebaut. Eingeführt wurde ein Meldesystem, das zur Frühdiagnostik verpflichtete. Davor oblag die Unterstützung dieser Kinder fast ganz konfessionellen Einrichtungen. Diese mussten, bis auf eine sehr geringe Unterstützung, ohne staatliche Hilfe auskommen.

Das System der staatlichen Versorgung

Das staatliche Versorgungssystem der DDR war auf Trennung angelegt: Für Kinder mit Behinderung im Alter von null bis drei Jahren gab es Sonderkrippen, für die Zwei- bis Vierjährigen unter ihnen Sondergruppen in Krippen. Zuständig war das Gesundheitsressort. Anschließend wurden die Drei- bis Sechsjährigen über Vorschulteile an Sonderschulen betreut, deren Schwerpunkte grob nach Behinderungsformen eingeteilt waren (Hören, Sehen, Sprache etc.). Diese Vorschulteile lagen in der Zuständigkeit des Bildungsressorts. Das Angebot galt allerdings nicht für Kinder mit schwerer Mehrfachbehinderung; sie wurden als „schulbildungsunfähig“ eingestuft. Ihre Betreuung erfolgte in „Fördertagesstätten für schulbildungsunfähige förderungsfähige Kinder und Jugendliche“. Diese Förderstätten hatten ausdrücklich keinen Bildungsauftrag, sondern nur einen begrenzten Förderungsauftrag. Zum Beispiel wurde auf die Vermittlung der Kulturtechniken Lesen und Schreiben verzichtet.

Aus der Bezeichnung „förderungsfähig“ erschließt sich, es gab noch eine weitere Gruppe von Kindern.

Nämlich die derjenigen Kinder, die als „nicht förderungsfähig“ eingestuft wurden. Fand sich für diese Kinder keine konfessionelle Einrichtung, blieb ihnen nur die Unterbringung in sogenannten Belegbetten auf Kinderstationen der Krankenhäuser.²⁹ Hier sollte allein die pflegerische Betreuung gewährleistet werden.

Ergänzend zum pädagogischen staatlichen System gab es für Kinder, denen Entwicklungsrisiken drohten, ein staatliches System zur gesundheitlichen Behandlung. Dieses System war ambulant organisiert, stufenweise aufgebaut und breit ausgebaut. In Ostberlin, dem „Schaufenster des Ostens“, war es personell gut ausgestattet. Zu ihm gehörten zum Beispiel die bezirklichen Mütterberatungsstellen. Sie wurden zu Anfang des Jahres 1988 um Spezialmütterberatungsstellen für Risikokinder erweitert. Daneben unterhielten die Bezirke unter anderem die Dienste des Kinder- und Jugendgesundheitssschutzes (KJGS) und die Beratungsstellen für Neuropsychiatrie des Kinder- und Jugendalters.³⁰

Wer trat für Menschen mit Behinderung ein?

Kurz nach dem Mauerfall, im Frühjahr 1990: Erstmals in der Geschichte der DDR gab es eine Demonstration von Menschen mit Behinderungen. Ihre Botschaft war aufschlussreich: „Auch uns gibt es.“ Sie protestierten gegen ihre öffentliche Nichtexistenz. Wer hatte sie vor dem Fall der Mauer in der Gesellschaft und für die Politik sichtbar gemacht?



Werner Kressin, damaliger Chefarzt der Kinderneuroorthopädie des Klinikums Berlin-Buch kurz nach der Wende

„Ein Defizit des Versorgungssystems der DDR für Menschen mit Behinderung lag ,darin begründet, dass organisatorischer und ideologischer Dirigismus alle die vielfältigen Betreuungsformen, die sich aus aktuellen Bedürfnissen hätten entwickeln können, u. a. in Gestalt von Selbsthilfeorganisationen‘ massiv erschwert oder unmöglich gemacht wurden.“

In: Vogel, D. (Hrsg.) (1991): Sozialpädiatrische Versorgung für Berlin, S. 149

Zu den Interessenvertretungen für Menschen mit Behinderungen zählten kirchliche Einrichtungen und die Verbände der Blinden- und Gehörlosen; die wurden von der Öffentlichkeit jedoch kaum wahrgenommen. Darüber hinaus existierten in der DDR keine weiteren Interessenvertretungen, zumindest keine Vereine, Gesellschaften oder Verbände. Aber es gab Versuche, das starre staatliche System für Kinder mit Behinderungen vorsichtig zu hinterfragen.³¹ Zudem wendete man in konfessionellen Einrichtungen erste Ansätze der Integration an.

„Die Gedanken sind frei, wer kann sie erraten“

Der Austausch zwischen Ost und West und vor allem in Berlin war trotz Mauer nie ganz abgebrochen. Neben dem Informationsfluss, der über die Medien erfolgte, gab es vereinzelt und in aller Stille sogar informelle Arbeitsgruppen. Soweit dies unerkannt möglich war, tauschten sich deren Mitglieder fachlich aus, obgleich in großen Zeitabständen. Zum Beispiel seit den siebziger Jahren über die Physiotherapie, dies bei Treffen an Wochenenden. Dabei erhielten

nicht nur Fachleute aus der DDR Anregungen aus dem Westen. Auch umgekehrt wurde informiert, beispielsweise zur Entwicklung von Bildungsplänen für den Elementarbereich. Solche Pläne entstanden in der DDR wesentlich früher als im Westen, und sie bestanden nicht nur aus politisch geprägten Passagen.³²

Aus diesem Austausch heraus entstanden an der Charité und am Klinikum in Friedrichshain entwicklungspädiatrisch orientierte Abteilungen, ebenso am Rehabilitationszentrum des Klinikum Buch. Es mag diese gegenseitige Information gewesen sein, aufgrund derer so rasch nach dem Fall der Mauer in Ostberlin Initiativen ergriffen bzw. fachliche Bezüge zueinander hergestellt wurden.

Schon 1990 – noch vor dem Beitritt der DDR zur Bundesrepublik Deutschland – erfolgte in Ostberlin die Gründung einer Lebenshilfe e. V. (DDR). Nach dem Beitritt entstand aus der Lebenshilfe e. V. Landesverband Berlin (West) und der Lebenshilfe Berlin (DDR) die Lebenshilfe e. V. LV Berlin.

Erste Zulassungen als SPZ (West)

Am 1. Januar 1989 trat das Gesundheitsreform-Gesetz (GRG) mit dem § 119 SGB V in Kraft. Der § 119 eröffnete die Möglichkeit der Zulassung von SPZ. Schon am 2. Februar 1989 beantragte die leitende Ärztin des TheA e. V. die Zulassung des Vereins als SPZ nach § 119 SGB V. Ihren Antrag stellte sie beim Zulassungsausschuss für Ärzte der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Berlin und bei der Beteiligungskommission für Ersatzkassen.

Deren Reaktion erfolgte zügig: In zwei Sitzungen des Zulassungsausschusses, am 27. Februar und 13. April 1989, erörterten die Verantwortlichen den Antrag. Am 13. Juni 1989 erteilten sie die Zulassung als SPZ ab dem 1. Juli 1989. Zunächst war diese bis zum 30. Juni 1991 befristet, also auf zwei Jahre. Für denselben Zeitraum folgte am 27. Dezember 1989 der ebenfalls positive Bescheid der Beteiligungskommission für Ersatzkassen.

In beiden Bescheiden wurde einerseits festgestellt, dass mit der Zulassung zum SPZ die bis dahin eingesetzte Teilbereichsermächtigung der leitenden Ärztin des TheA gegenstandslos war. Andererseits beschränkten die Bescheide die abrechnungsfähigen Leistungen auf genau die bisher gewährten einundfünfzig Ziffern des Bewertungsmaßstabes für vertragsärztliche Leistungen (BMÄ). Sie waren schrittweise seit 1976 im Rahmen der Teilbereichsermächtigung der leitenden Ärztin zur Abrechnung mit den Krankenkassen zugestanden worden. Die neue Form der Ermächtigung schien also nur den Rechtsstatus zu verändern, nicht jedoch den Finanzierungsumfang. Dies aber hatte der Gesetzgeber intendiert.

Parallel zum TheA beantragte das Kinderhaus Friedenau ebenfalls die Zulassung als SPZ nach § 119. Auch für die Arbeit der dort tätigen Kinderärztin bestand seit einigen Jahren eine Teilbereichsermächtigung. Diese Einrichtung erhielt die Ermächtigung als SPZ wie das TheA zunächst befristet auf zwei Jahre; sie galt vom 1. Juli 1989 bis 30. Juli 1991.

Einflüsse berufspolitischer Interessen?

Hingegen wollte der leitende Arzt des TVK im Unterschied zu TheA und zum Kinderhaus Friedenau an seiner personengebundenen Teilbereichsermächtigung festhalten. Er beantragte deren Fortsetzung, die der Zulassungsausschuss zunächst auch erteilte. Allerdings legte die KV Berlin Widerspruch ein. In der Begründung heißt es: „Da der Therapeutische Verein Kreuzberg e. V. als Sozialpädiatrisches Zentrum nach § 119 SGB V ermächtigt werden kann, hätte es einer individuellen Ermächtigung (des Arztes; Anm. d. Autors) nicht bedurft, denn die Ermächtigung als Sozialpädiatrisches Zentrum nach § 119 SGB V geht der individuellen Ermächtigung vor.“ Aufgrund des Widerspruchs der KV Berlin wurde auch der TVK zum 1. April 1992 als SPZ nach § 119 für zwei Jahre zugelassen. Gegen den Rechtsstandpunkt der KV Berlin erhob der TVK keinen Widerspruch.

Der Grund für die Intervention der KV Berlin kann gewesen sein, dass ärztliche Leistungen auf der Grundlage von KV-Teilbereichsermächtigungen aus dem Budget für niedergelassene Ärzte erfolgten, während

1989
SPZ Kinderhaus Friedenau
und SPZ TheA Kreuzberg

1992
SPZ TVK Kreuzberg
und KJA (West) / SPZ
Marzahn (Ost)

1993
Spastikerhilfe KJA/SPZ
Steglitz (West) und
KJA/SPZ Weißensee
(Ost)

1994
Lebenshilfe KJA/SPZ
Neukölln (West) und
KJA/SPZ Prenzlauer
Berg/Pankow (Ost)

Vergütungen von Leistungen durch SPZ direkt den Krankenkassen obliegen. Der Widerspruch der KV Berlin führte also zu einer Budgetentlastung in der Vergütung von Leistungen für niedergelassene Ärzte – für sie stand mehr Geld zur Verfügung. Und dies allein durch die neue Rechtsform von TheA, TVK und Kinderhaus Friedenau.

Trotz der Nennung von Abrechnungsziffern nach BMÄ in den Zulassungsbescheiden vereinbarten die Berliner Krankenkassenverbände als Leistungsvergütung für TheA und das Kinderhaus Friedenau eine einheitliche Pauschale je Fall. Dies war eine Übergangslösung. Die Höhe dieser Pauschale führte zwar zu einer besseren Einnahmensituation beider Vereine. Sie mussten aber weiterhin durch Zuwendungen des Landes Berlin unterstützt werden, um ihre Arbeitsweise aufrechterhalten zu können.

Konföderation oder Einheit?

Die Zulassungen des TheA und des Kinderhauses Friedenau als SPZ erfolgten vor dem Fall der Mauer, die Zulassung des TVK nach dem Vertrag zur Herstellung der

deutschen Einheit. In dieser Zeit des Übergangs und noch lange danach war vielen Akteuren in West und Ost nicht klar, wie vollständig sich die deutsche Einheit vollziehen würde. Ein Satz aus einem Schreiben der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales an TheA aus dem Januar 1991 zum Zuwendungsbescheid charakterisiert die damalige Situation: „Es ist bekannt, dass besonders in Berlin kaum vorstellbare Anstrengungen notwendig sein werden, um die Folgen der Teilung der Stadt zu überwinden und über Jahrzehnte Gewachsenes und zum Teil kaum miteinander Vergleichbares zu einem neuen Ganzen zusammenzuführen.“

Mit Blick auf Westberlin gab die Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales zusammen mit dem Paritätischen LV Berlin West nach der Veröffentlichung des Referentenentwurfes zum GRG (1988) ein Gutachten zu Bedarf und Möglichkeiten der Anwendung des § 119 in Auftrag. Der Referentenentwurf ließ bereits am § 128 (später § 119) erkennen, dass SPZ Bestandteil des westdeutschen Gesundheitssystems werden sollten.

Gutachten

Ein Gutachten im Auftrag der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales und des Paritätischen LV Berlin (West)³³ wandte sich gegen eine konzeptlose Umbenennung der Berliner Ambulanzen freier Träger in Sozialpädiatrische Zentren nach dem § 119 GRG. Schließlich waren diese Einrichtungen weitgehend unabhängig voneinander entstanden.³⁴ Zudem ließen sie zum Zeitpunkt der Gutachtenerstellung keinen Zusammenhang mit der sozialpädiatrischen Versorgung in Westberlin erkennen. Das Gutachten enthielt nicht nur die gesetzlich geforderten Kriterien „ärztliche Leitung“ und „Interdisziplinarität“, sondern auch einen Überblick über diejenigen Westberliner Einrichtungen, die gemäß Gesetz und aufgrund ihrer Funktion als sozialpädiatrische Versorgungsangebote angesehen werden konnten.

Deren Angebote betrachtete das Gutachten nach dem gesetzlichen Kriterium der Bedarfsdeckung. Mit Blick auf die notwendige Versorgungsdichte erkannte es bestimmte Vereine als allgemeine sozialpädiatrische Anlaufstellen an. Es waren die Vereine, die mit Teilermächtigungen arbeiteten und bereits für ein stadtteilnahes Angebot sorgten. Auch sah das Gutachten eine weitgehend überzeugende Passung in der regionalen Verteilung von Beratungsstellen für Risikokinder, Diagnose- und Behandlungszentrum und den Westberliner sozialpädiatrischen Vereinen zur bezirklichen Bevölkerungsverteilung. Jedoch benannte es auch eine Schwachstelle dieser Passung: die nicht ausreichende Versorgung der kinderreichen Bezirke Neukölln und

*Norbert Blüm, damaliger
Bundesminister für Arbeit und
Sozialordnung*

*„In der Diskussion um den
§ 128 des Referentenentwurfs
zum GRG (Sozialpädiatrische
Zentren) entstand der
Eindruck, dass ,es im
Bereich der Frühförderung
offensichtlich zwei
konkurrierende Systeme gebe,
die eigentlich miteinander
kooperieren müssten‘.“*

*Zitiert nach dem Mitteilungsblatt der Bundes-
vereinigung Lebenshilfe, Fachgebiet Frühförderung,
12.9.1988*

Reinickendorf. Ebenfalls als nicht gewährleistet sah das Gutachten die sozialpädiatrische Versorgung von Spandau.

Auf der Grundlage von „Schätzgrößen zur notwendigen Versorgungsdichte“³⁵ zeigte sich die Bedeutung der bestehenden sozialpädiatrischen Vereine: Sie komplettierten die Beratungsstellen für Risikokinder. Letztere wurden als konzeptueller „Torso“ beschrieben, sowohl bezüglich des Alters der Kinder, die sie erreichten, als auch ihrer einseitig medizinischen Multiprofessionalität.

Beweisnotstand zur Wirkung spezifischer Heilmethoden

Das Gutachten nahm auch die Situation der Frühbehandlung in Berlin in den Blick. Es betonte das Fehlen struktureller Voraussetzungen, die fundierte praktische Konsensbildungen über Frühbehandlungsmethoden und ihre Wirksamkeit unterstützten. Außerdem wies das Gutachten auf einen „Beweisnotstand“ bei den spezifischen Wirkungen der vielfältigen Angebotsspezialisierungen hin. Deshalb ging es nicht auf Vergütungs-differenzierungen nach bestimmten Heilmethoden ein. Stattdessen setzte es ein Pauschalierungsmodell als dem derzeitigen Erkenntnisstand angemessen voraus, mit dem die Frühbehandlungen behinderter Kinder finanziert werden konnte.

Berliner sozialpädiatrisches Verbundsystem

Nach der Analyse des Istzustandes der Früherkennung und -behandlung behinderter Kinder in Westberlin griff das Gutachten für seine Empfehlungen den Begriff der Qualitätssicherung (§§ 135–139 GRG) auf. Unter dessen Verwendung schlug es Maßnahmen zur Optimierung der Struktur-, Prozess- und Produktqualität vor. Dabei bildeten Strukturempfehlungen den Schwerpunkt. Durch ihre Umsetzung sollten zunächst die Voraussetzungen für eine Produkt- und Prozessbetrachtung geschaffen werden.

Für die Qualitätssicherung empfahl das Gutachten die Schaffung eines Berliner Verbundsystems zur sozialpädiatrischen Versorgung behinderter Kinder. Darin

sollten die Beratungsstellen für Risikokinder die „Fühler“ sein; sie sollten überwiegend diagnostische Aufgaben in den ersten Lebensjahren übernehmen, und die Berliner sozialpädiatrischen Vereine sollten sie ergänzen. Diese Vereine würden die intensive sozialpädiatrische Behandlung über die ersten Lebensjahre hinaus gewährleisten. Jede davon war mit einem hohen Betreuungsaufwand pro Kind verbunden.

Das erweiterte Diagnose- und Behandlungszentrum sollte in dieser Satellitenstruktur eine zentralisierende Aufgabe erhalten. Man wollte es in die Lage versetzen, als Austauschforum für alle sozialpädiatrischen Einrichtungen zu fungieren – und darüber hinaus. Neben dieser koordinierenden Funktion sollte es wie bisher spezialisierte Aufgaben zur Diagnostik und Behandlung behinderter Kinder erfüllen.

Notwendigkeit eines Rahmenvertrags

Das Gutachten war ein wesentliches Steuerungsinstrument für die Schaffung des Berliner Verbundsystems. Daher erörterte es auch die Finanzierungsfrage. Zuerst stellte es isolierte Finanzierungsentscheidungen für die beiden Sozialpädiatrischen Zentren, die bis dato in Berlin zugelassen waren (TheA und Kinderhaus Friedenau), infrage. Anschließend argumentierte es, dass Entscheidungen über Finanzierungsmodelle im Bundesgebiet wahrscheinlich auf die Westberliner Situation übertragbar sein müssten, ohne dass diese Modelle modifiziert würden. Dies gälte selbst

Hartmut Siemes, damaliger Chefarzt des Rittberg-Krankenhauses in Lichterfelde, Neuropädiater und Epileptologe, zum Konzept der Beratungsstellen für Risikokinder

„Ich möchte da widersprechen, dass die größte Zahl der Behinderungen während der Geburt entsteht. Das ist ein ganz großer Irrtum. Heute weiß man, dass von allen zerebral geschädigten Kindern nur 25 % in der Perinatalperiode betroffen werden. Alle anderen Behinderungen sind in der Schwangerschaft angelegt oder entstehen später. Und bei den geistig behinderten Kindern ist der Prozentsatz durch Geburtsschäden noch viel geringer,“

In: Vogel, D. (Hrsg.) (1991): Sozialpädiatrische Versorgung für Berlin, S. 63

dann, würde das Verbundsystem als ein großes Sozialpädiatrisches Zentrum betrachtet. Deshalb wurde vorgeschlagen, einen Rahmenvertrag der Berliner Krankenkassenverbände und Sozialhilfeträger über Finanzierungsleistungen zur Frühbehandlung behinderter Kinder schrittweise einzuführen.

Aufgaben einer Qualitätsentwicklung

Irgendwann sollte das Berliner sozialpädiatrische Verbundsystem zum Leben erweckt werden. Nun wurden Maßnahmen zur Vernetzung der sozialpädiatrischen Angebote in Westberlin diskutiert. Zum Beispiel soll-

te die Integration der Spezialambulanz für Kinder mit Spina Bifida und Muskelerkrankungen, aber auch der Bobath-Kurs zum Diagnose- und Behandlungszentrum gehören.

Und schließlich zeigte das Gutachten auf, dass das Qualitätsmerkmal einer optimalen Angebotsstruktur auch darin liege, dass Ausbildungsaufgaben und Bewertungen privatwirtschaftlich offerierter Behandlungskonzepte vorgenommen würden. Einen solchen Qualitätsstandard könne das Berliner Verbundsystem zwar teilweise selbst, aber im größeren Umfang nur durch die punktuelle Einführung „angegliederter“ Forschungsprojekte erfüllen.

Expertencolloquium

Um die Empfehlungen des Gutachtens zu erörtern, luden die Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales und der Paritätische LV Berlin (West) im Februar 1991 zum Expertencolloquium *Sozialpädiatrische Versorgung für Berlin* ein. Daran beteiligten sich wichtige Praxisakteure des Westberliner Systems der Frühförderung und Sozialpädiatrie. Zu ihnen zählten das DBZ, die Beratungsstellen für Risikokinder, die Therapievereine und niedergelassene Ärzte. Ebenfalls nahmen alle relevanten Verwaltungen teil: das Jugendressort und das Schulressort. Auch die Berliner Krankenkassenverbände und die KV Berlin waren dabei. Aus dem Bundesgebiet reisten Experten der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und etablierter Sozialpädiatrischer Zentren an; die Fachleute aus den SPZ stammten zum Beispiel aus München und Hamburg. Es kamen Repräsentanten der Frühförderung: die Vereinigung für interdisziplinäre Frühförderung und der Bundesverband der Lebenshilfe. Völlig überraschend war das Erscheinen von vier Vertretern der Sozialpädiatrie aus Ostberlin. Sie kamen aus der Charité und dem Klinikum Buch. Der denkwürdige Moment zeigte, dass die deutsche Einheit formal zwar vollzogen war, aber noch nicht als real wahrgenommen wurde. Entsprechend betitelte die Dokumentation des Expertencolloquiums Beiträge aus Ostberlin mit der Überschrift *Sozialpädiatrische Aufgaben in einem Berlin mit offenen Grenzen*.

Fachliche Expertise aus Berlin und dem Bundesgebiet

Im Rahmen des Colloquiums berichteten Experten aus dem Bundesgebiet von der Zusammenarbeit von Sozial-

pädiatrie und Frühförderung. Zum Beispiel habe es in Bayern bei beiden zehn Jahre lang nur wenig gegenseitige Akzeptanz gegeben. Die Experten warnten vor einem hierarchischen Verständnis der Kooperation. Aber es gab auch akzeptierte SPZ. Sie sahen ihren Schwerpunkt in konsultativen Aufgaben, die wiederum in drei Kategorien eingeteilt werden konnten: differenzierte Diagnostik, spezielle therapeutische Angebote und Beratung, sobald die Behandlung eines Kindes in eine Sackgasse gerät. Zur Erfüllung dieser Aufgaben sollte ein SPZ ein Spektrum neuropädiatrischer, psychotherapeutischer und funktionstherapeutischer Kompetenz anbieten, und zwar auf möglichst hohem Niveau. Ein solch großes Angebot setze meist einen großen Personalstamm voraus. Allerdings sei für die Akzeptanz eines Zentrums nicht ausschließlich Fachkompetenz, sondern auch die Kommunikation mit dezentralen Einrichtungen ausschlaggebend. Dezentrale Anlaufstellen sollten die mobile Förderung anbieten, die direkt im kindlichen Umfeld erfolgt.

Historisch gewachsene sozialpädiatrische Versorgung

In Berlin gab es nach übereinstimmender Einschätzung kein SPZ bundesdeutscher Größenordnung und Funktionsweise, zumindest im Vergleich zu Großstädten oder großstädtischen Ballungsräumen nicht. Ebenso wenig existierten Frühförderstellen. Vielmehr hatte die historisch gewachsene institutionelle Gliederung sozialpädiatrischer Versorgung durch DBZ, Beratungsstellen für Risikokinder,

Hans Georg Schlack, damaliger ärztlicher Leiter des Kinderneurologischen Zentrums Bonn (SPZ)

„Der § 119 ist gerade eben ein Beispiel dafür, dass die psychosoziale Versorgung – in dem ursprünglichen Text steht dieses Wort auch noch drin – in die gesetzliche Absicherung hinein sollte. Das Problem ist nicht, dass es darin steht, sondern das Problem ist, dass es nur auf einen einzelnen Sektor begrenzt ist und jetzt noch ein bisschen systemfremd zu sein scheint. Weil das – und das weiß ich auch, weil ich im Vorfeld in der Gesetzesberatung ein wenig als Ghostwriter beteiligt war – so ist, ist das als eine Speerspitze gedacht. Deshalb setzen ja auch die Krankenkassen einen so verbitterten Widerstand gegen die Realisierung dieses Gesetzes, weil sie wissen, dass das ein Dammbbruch sein könnte, dass nämlich die psychosoziale Betreuung für die chronisch kranken Kinder und chronisch Kranken überhaupt in der Rehabilitation jetzt plötzlich Kassenleistung werden soll. Das, denke ich, ist wichtig zu wissen, dass das die Absicht dieses Paragraphen war.“

In: Vogel, D. (Hrsg.) (1991): Sozialpädiatrische Versorgung für Berlin, S. 121

Therapievereine, Spezialeinrichtungen und Kinderkrankenhäuser eine Aufgabenteilung entwickelt, die anders gewichtet war. Konsens dazu war, dass die Aufgaben konzeptorientiert weiterentwickelt werden sollten. Dadurch würden sie in ihrer Funktionsweise und Finanzierbarkeit auf die gesetzliche Grundlage bezogen.

Vorsichtige Empfehlungen

Die Beratungsstellen für Risikokinder in Westberlin und die Spezialmütterberatungsstellen in Ostberlin sollten zum Beispiel in ihrer personellen Ausstattung dem Standard der Therapievereine angenähert werden: Auch psychologische und pädagogische Kompetenz sollte vorhanden sein. Zudem war es dem Colloquium ein Anliegen, dass die Altersbegrenzung der Beratungsstellen aufgehoben wurde. Schließlich fehle es in Berlin an ambulanten Einrichtungen für Kinder und Jugendliche mit Behinderung, deren Interdisziplinarität psychosoziale Angebote einschlieÙe und die zudem auch für die Sechs- bis Achtzehnjährigen zuständig seien. Die Erweiterung der Behandlungen um die psychosoziale Betreuung sei ein ganz zentrales Anliegen des § 119 SGB V. Das Colloquium schätzte das DBZ mit seiner Ausstattung und Arbeitsweise ein als mit einem SPZ im Bundesgebiet vergleichbar. Offen aber blieb die Frage, ob es dafür auch akzeptiert wurde.

1989 hatten die Spitzenverbände der Krankenkassen Empfehlungen für die Ausstattung von SPZ ausgesprochen. Im Rahmen des Colloquiums wurde klar, dass

in Berlin kein Bedarf für die Erweiterung des Angebotes durch die apparative Diagnostik besteht. In der Regelversorgung von Kindern mit Behinderung ergänzt die apparative Diagnostik lediglich das Angebot. Außerdem deckte die Ausstattung in Kinderkliniken und Spezialeinrichtungen diesen Bedarf zufriedenstellend ab.

Schrittweise Weiterentwicklung

Dem Berliner sozialpädiatrischen Versorgungssystem sollte nicht ein einziges, großes SPZ übergestülpt werden – dafür plädierten die Teilnehmer des Expertencolloquiums. Vielmehr sollten drei Verbundsysteme entstehen, die die bestehende Zusammenarbeit weiterentwickelten: 1) der Verbund des DBZ und der Beratungsstellen für Risikokinder, deren Personalbestand um pädagogische Fachkräfte erweitert werden sollte; 2) der Verbund der Therapievereine mit einer zugeordneten Kerninstitution, genannt wurde die DRK Rittberg-Kinderklinik in Lichterfelde; 3) das Klinikum Buch mit den Spezialmütterberatungsstellen.

In Berlin mitsamt Umland würde ein Überdenken der teilstationären und stationären Versorgungskapazität für Kinder mit Behinderungen und ihre Familien erforderlich werden. Zum Beispiel sollte überdacht werden, ob eine Mutter-Kind-Station wie am Kinderneurologischen Zentrum Bonn entstehen könnte. Auf jeden Fall sollte das pädagogische und psychosoziale Angebot für Kinder mit Behinderung und deren Familien in Berlin erweitert werden.

Erste KJA/SPZ in Ostberlin

Nach dem Beitritt der östlichen Bundesländer und der Vereinigung Berlins kam es zu umfassenden Umstrukturierungen des Gesundheitswesens der ehemaligen DDR. Dieses war fast ausschließlich staatlich organisiert gewesen. Die Umstrukturierungen wurden nötig, weil die gesetzlichen Grundlagen und damit verbunden die Finanzierung westlicher Gesundheitseinrichtungen sich wesentlich von denen der DDR unterschieden. Viele der Dienste in den östlichen Bundesländern wurden aufgelöst oder im günstigsten Fall umgewidmet. Für die Beratungsstelle für Neuropsychiatrie des Kinder- und Jugendalters in Marzahn war absehbar, dass die Finanzierung auslaufen würde. Deren leitende Pädaterin, Brigitte Knecht, suchte nach Möglichkeiten, wie sich die ambulante Versorgung, die ihre Beratungsstelle erbrachte, fortführen ließe. Im Ansatz der westdeutschen Sozialpädiatrie erkannte sie eine konzeptuelle Ähnlichkeit mit der Arbeitsweise ihrer Einrichtung. Daraufhin erstellte sie für ihre Einrichtung ein sozialpädiatrisches Konzept – mit zunächst unklarer Finanzierung.

Ein gemeinsames Anliegen schafft Einigkeit

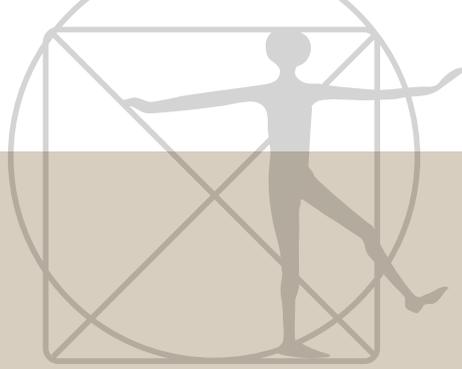
Knecht suchte nach Möglichkeiten der Finanzierung. Dazu besuchte sie viele Beratungen in Westberlin. Dies führte aber zu keiner Lösung. Schließlich ließ sie sich von einem Referenten für Menschen mit Behinderung des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes LV Berlin beraten. Bei diesem Termin griffen mehrere Entwicklungen in-

einander, sodass zumindest der Ansatz für eine Lösung gefunden werden konnte.

Und so sah sie aus: Der Paritätische Wohlfahrtsverband LV Berlin stellte für Knecht den Kontakt zum Träger Lebenshilfe her. Dessen Geschäftsführer kannte Frühförderstellen und Sozialpädiatrische Zentren aus Bayern, wo er zuvor tätig gewesen war. Sein Interesse war die Etablierung eines ähnlichen Dienstes in Ostberlin. Zusätzlich vermittelte der Paritätische Wohlfahrtsverband LV Berlin Knecht den Kontakt zur Senatsverwaltung für Jugend und Familie. Nachdem man sich dort über das Konzept der Kinder- und Jugendambulanzen verständigt hatte, überarbeitete Knecht ihren Entwurf zur Arbeitsweise der Einrichtung. Außerdem nahm sie einen weiteren Punkt in die Aufgabenbeschreibung ihrer Einrichtung auf: die mobile und ambulante Unterstützung der Integration von Kindern mit Behinderungen.

Bereits im Dezember 1991 nahm die „neue“ Kinder- und Jugendambulanz Marzahn der Lebenshilfe ihre Tätigkeit auf. Das Kernteam bestand aus vier Mitarbeiterinnen. Sie kamen aus der bisherigen Beratungsstelle für Neuropsychiatrie des Kinder- und Jugendalters. Schnell wurde das Team erweitert.

Vielfältige Kontakte im Bezirk halfen Knecht dabei, ihre Ambulanz mit Leben zu füllen. Insbesondere das mobile Angebot in Kindertagesstätten war für alle Beteiligten im Bezirk Neuland. Seine Umsetzung gelang schließlich durch die enge Zusammenarbeit mit dem Jugendamt sowie mit Ärzten und Sozialpädagogen des



Jugendgesundheitsdienstes in Marzahn. Außerdem gab es eine intensive Zusammenarbeit mit den Teams von TheA und TVK. Sie gaben Anregungen für das sich entwickelnde Therapie- und Arbeitskonzept der Kinder- und Jugendambulanz Marzahn.

Miteinander geteilte Werte

Noch 1991 hatte Knecht den Antrag auf Zulassung als SPZ gestellt. Im Januar 1992 kam es dann zu einer mündlichen Anhörung der leitenden Ärztin vor dem Zulassungsausschuss der KV Berlin. Daraufhin wurde die Zulassung als SPZ rückwirkend zum 1. Januar 1992 auf zwei Jahre befristet. Die Zulassung verdeutlicht, dass sozialpädiatrische Institutionen auch für den Zulassungsausschuss Neuland waren, denn sie enthielt die Beschränkung, dass „die Behandlung auf förderungsfähige Kinder zu beschränken“ sei. Diese Formulierung entstammte offenbar den Einteilungen der DDR. Die Kinder- und Jugendambulanz Marzahn der Lebenshilfe unternahm einen Teilwiderspruch. Daraufhin strich der Berufungsausschuss der KV Berlin diesen Satz aus der Zulassung.

Die Räume der KJA/SPZ Marzahn erwiesen sich schnell als unzureichend. Neue fanden sich in einer ehemaligen Poliklinik; bei der Suche unterstützte ein Mitarbeiter der Senatsverwaltung für Gesundheit das KJA/SPZ. Die Zusage erteilte der Stadtrat für Gesundheit, der

die Immobilie verwaltete – aber erst nach einer Sitzblockade vor seinem Amtszimmer.

Das Engagement der Mitarbeiter bei der Gründung der KJA/SPZ Marzahn und der Neustrukturierung des Arbeitskonzeptes erfolgte bei laufendem Betrieb der ehemaligen Beratungsstelle. Aber nicht nur das Engagement, auch die vielfältige Unterstützung machten den Gründungsprozess der KJA/SPZ zu einem gelungenen Ost-West-Gemeinschaftswerk im Rahmen der Wiedervereinigung Berlins.

Und wieder eine Bürgerbewegung

Etwas Vergleichbares gelang dem Träger Integral – Bürgerinitiative für Menschen mit Behinderungen e. V. Er wurde im Jahr der Wiedervereinigung in Ostberlin gegründet. Hervor ging er aus einem kommunalen Runden Tisch.³⁶ Integral gründete 1993 eine Kinder- und Jugendambulanz.

Bald nach der Zulassung beauftragten die Berliner Krankenkassenverbände den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK), die Tätigkeit der KJA/SPZ Marzahn zu prüfen. Der Prüfungsauftrag erstreckte sich auch auf TheA, TVK und das Kinderhaus Friedenau. Das Ergebnis stellte die Zulassungen dieser Einrichtungen als SPZ nicht infrage. Vielmehr sahen die Krankenkassenverbände darin eine Orientierung zur Verhandlung einer Fallpauschale.

Konzeptdiskussion und Konsens

Bis 1994 wurden mehrere Zulassungen von KJA/SPZ in Berlin verlängert: für das Kinderhaus Friedenau, TheA und TVK um jeweils vier Jahre sowie für Marzahn um zwei Jahre. Neu als SPZ zugelassen wurden 1993 die KJA der Spastikerhilfe in Steglitz und eine von diesem Träger gegründete Dependance, die KJA/SPZ Weißensee. Auch der Träger Lebenshilfe beantragte erfolgreich die Zulassung zweier in Prenzlauer Berg und Neukölln etablierter KJA als SPZ. Gemäß dem Konzept eines Verbundsystems entwickelten diese KJA/SPZ freier Träger eine enge Kooperation, zunächst als Arbeitsgemeinschaft Stadtteilnaher Sozialpädiatrie (ASS; 1991) und dann als Arbeitsgemeinschaft SPZ (AG SPZ; 1993), die als Gesellschaft bürgerlichen Rechts ein formellerer Zusammenschluss war. Die AG SPZ wirkte sowohl fachlich – mit thematischen Arbeitsgruppen – als auch organisatorisch durch regelmäßige Treffen der Geschäftsführer der Träger zusammen. Unterstützt wurde diese Entwicklung durch den Paritätischen LV Berlin, dem alle Träger bis auf die Diakonie als Mitglieder angehörten.

Die Beratungsstellen für Risikokinder und das DBZ stellten keine Anträge auf Zulassung als SPZ. Offenbar hielten sie dies nicht für geboten, schließlich war durch ihre kostendeckende Finanzierung im Landeshaushalt keine Veränderung ihrer Rechtsform erforderlich. Allerdings waren sie entsprechend der Konzeptdiskussion im Expertencolloquium auch bestrebt, Kooperationen mit den Mütterberatungsstellen, speziell den Spezial-

mütterberatungsstellen, in Ostberlin zu entwickeln. Ein gemeinsamer Flyer stellte die Kooperationen zum Beispiel als gesamtstädtisches Angebot dar.

Die Belange der Kinderabteilungen von Kliniken im Ostteil Berlins – außer denen des Klinikums Buch – wurden bei dem Expertencolloquium kaum erörtert. Für sie wurden bis 1994 zügig Anträge auf Zulassung als SPZ gestellt. Dies betraf Friedrichshain, Buch, den Lindenhof in Lichtenberg und die Charité, damals noch in Berlin-Mitte. Der Zulassungsausschuss der KV Berlin beschied die Anträge positiv. Wesentliche Entscheidungsgrundlagen waren gemäß § 119 SGB V die Feststellung des Bedarfs je Antrag und die Ausstattung der Einrichtung, insbesondere die personelle. Da Ostberlin über eine umfangreiche Klinikausstattung verfügte und eher zentralisiert auch auf das Umland ausgerichtet war, war die Erfüllung der Kriterien kein Problem.³⁷ Berlin musste also für diese überregional angelegte Ausstattung regionale Lösungen finden – soweit möglich.

Orientierungen für ein gesamtstädtisch sinnvolles Angebotsspektrum

Nach 1994 erfolgten in Berlin zunächst keine weiteren Zulassungen. Vielmehr wurde damit begonnen, Verlängerungen bestehender Zulassungen zeitlich eng zu befristen. Zum Beispiel wurde die Zulassung der KJA/SPZ Marzahn auf ein Jahr befristet, vom 1. Januar bis zum 31. Dezember 1996. Der Zulassungsausschuss der KV

*Brigitte Brückner, damalige Mitarbeiterin der
Senatsverwaltung Schule, Jugend und Sport*

*„Die Politik des Senats hat die Initiativen
der Bürgerbewegung in den siebziger Jahren
rechtlich aufgegriffen, hat helfend vorsichtig
institutionalisiert, um den notwendigen
basisdemokratischen Eigenimpuls der
Betroffenen am Leben zu erhalten.“*

In: Kinderhaus Friedenau – 25 Jahre –, S. 22

Berlin wandte sich an die Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales, die die Aufsichtsbehörde war, und bat um Entscheidungshilfen bei der Frage des gesamtstädtischen Bedarfs an SPZ. Dazu berief die Senatsverwaltung eine Arbeitsgruppe mit Repräsentanten aller Akteure im Bereich der Frühförderung und Sozialpädiatrie in Berlin ein.

Die Arbeitsgruppe schätzte detailliert den gesamtstädtischen Bedarf an sozialpädiatrischer Versorgung im Land Berlin ein. Sie beschränkte diese Schätzung auf die Behandlung von Kindern mit Entwicklungsstörungen und Behinderungen aufgrund neuropädiatrischer Behinderungsbilder. Damit folgte sie dem ursprünglichen Konzept der Sozialpädiatrie. Die Schätzung wurde durch einen Vergleich mit dem Versorgungsumfang in einem anderen Bundesland geprüft: Rheinland-Pfalz. Das Bundesland war bei der Bevölkerungszahl mit Berlin vergleichbar. Zudem hatte es ebenfalls nicht ausschließlich Klinikabteilungen als SPZ zugelassen.

Darüber hinaus nahm die Arbeitsgruppe eine quantitative Gesamtschau der sozialpädiatrischen Versorgungslage in Berlin vor. Diese Gesamtschau löste sich von der reinen Zählung der SPZ-Zulassungen und bezifferte, wie viele Kinder aus Berlin – und davon unterschieden aus anderen Bundesländern – durch die Berliner Einrichtungen tatsächlich erreicht wurden. Davon leitete die Arbeitsgruppe Empfehlungen für die Versorgungsstruktur in Berlin, die entwickelt werden sollte, ab.

Die Arbeitsgruppe sprach sich für vier hochspezialisierte SPZ aus. Eines davon sollte aus den Einrichtungen entstehen, die bisher im Ostteil der Stadt an der Humboldt Universität ermächtigt waren, ein weiteres in Westberlin. Sie sollten organisatorisch und räumlich stärker aufeinander bezogen werden. Allerdings konnte keine Einigung darüber erzielt werden, welche Einrichtung hierfür den besten Ansatzpunkt bot. Grundsätzliche Entwicklungsmöglichkeiten wurden für die SPZ in Buch und Lichtenberg diskutiert. Allerdings blieb die Einschätzung bestehen, dass in diesen Einrichtungen jetzt und zukünftig regionale Versorgungsaufgaben überwiegen würden.

Ausgehend von der Versorgungsrelation einer Einrichtung auf dreißigtausend Kinder hielt die Arbeitsgruppe für die Region eine Zahl von mindestens zwanzig Einrichtungen für erforderlich. Zu diesen Einrichtungen zählten die KJA/SPZ. Angestrebt werden sollte insgesamt deren Homogenisierung, zum Beispiel bei Personalausstattung und Leistungsspektrum.

Die Empfehlungen sollten innerhalb fünf Jahren umgesetzt werden. Nicht mehr erwähnt wurden die Beratungsstellen für Risikokinder. Denn im Zuge der Wiedervereinigung wurden die Aufgaben des ÖGD auf das reduziert, was das Bundesgesetz forderte. Demzufolge hatte zum Beispiel der ÖGD keinen therapeutischen Auftrag. Ziel dieser Reduktion waren Kostensenkungen, die als Folge des Endes des Berliner Sonderstatus notwendig wurden.

Entwicklung ab 1996

Das Konsenspapier löste den Antragsstau bei Zulassungen von SPZ in Berlin auf. Zuvor hatten vier KJA-Träger solche Anträge eingereicht – für sieben dezentrale Ambulanzen. Die Diakonie für eine KJA in Tempelhof, die Lebenshilfe für jeweils eine KJA in Treptow und Köpenick und der Sozialverband VdK Berlin-Brandenburg für jeweils eine KJA in Spandau und Charlottenburg; letztere war das BuB, das ursprünglich verbunden mit dem Kinderhaus Friedenau entstanden war. Auch lag ein Antrag des Integral e. V. vor, und zwar für eine KJA bezogen auf die Bezirke Friedrichshain und Mitte.

Möglich wurden die Gründungen dieser KJA, weil das Integrationsprogramm ausgeweitet worden war. Gerade in Ostberlin fanden KJA schnell große Akzeptanz. Hierzu trug indirekt auch der dramatische Geburtenrückgang im Ostteil der Stadt in der Wendezeit bei. Er führte zu einem Abbau von Plätzen in Kindertageseinrichtungen, plötzlich gab es einen Überhang an Erzieherstellen, viele erfahrene Erzieher suchten neue Aufgaben. In Kindertageseinrichtungen konnten sie teilweise wieder als Fachzieher für Integration tätig werden, weil das Integrationsprogramm ihnen dies ermöglichte.

Sechs der genannten KJA wurden ab dem 1. Januar 1997 als SPZ zugelassen. Eine Ausnahme bildete die KJA Hellersdorf der Lebenshilfe. Für sie war hilfsweise beantragt worden, sie als Außenstelle der KJA/SPZ Marzahn, die ebenfalls zur Lebenshilfe gehörte, zu führen. Grund hierfür war der Disput darüber, wie viele SPZ-Zulassungen in Berlin toleriert werden könnten. Daher wurde die KJA

Hellersdorf ab dem 1. Januar 1997 zunächst als Außenstelle in die Zulassung der KJA/SPZ Marzahn einbezogen. Da eine ärztliche Tätigkeit rechtlich auf den Ort beziehungsweise die Adresse der Zulassung begrenzt ist, war die Schaffung einer Außenstelle juristisch eine Sonderkonstruktion, für die es nur wenige Beispiele im Bundesgebiet gab. Daher wurde diese Zulassungsform im Jahr 2000 beendet. Die Lebenshilfe erhielt für alle sechs KJA, die sie unterhielt, eine trägerbezogene Sammelermächtigung als SPZ, ebenso der Sozialverband VdK Berlin-Brandenburg, die Spastikerhilfe Berlin und das Zentrum für Kindesentwicklung. In dieser Sammelermächtigung war auch die KJA Hellersdorf als SPZ gelistet.

Reorganisation für ein gesamtstädtisches Konzept

Das Konsenspapier veränderte noch mehr: Ab Mitte 1996 förderte die Senatsverwaltung für Jugend und Familie – anfänglich auch die Senatsverwaltung für Gesundheit – eine fachliche Koordinationsstelle der KJA/SPZ. Sie sollte unter anderem zu einer Homogenisierung des Angebotes der KJA/SPZ beitragen. Bereits 1994 hatte die Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales im Rahmen eines Treuhandvertrages Haushaltsmittel, die für die Projektförderung verwendet werden sollten, auf den Paritätischen LV Berlin übertragen, darunter auch die Fördermittel für BuB, TheA und TVK. Der Paritätische nutzte im engen Zusammenwirken mit der Koordinationsstelle diese Situation: Beide schufen eine homogenere dezentrale Angebotsstruktur, indem sie erreichten, dass



die Haushaltsmittel auf den Etat der Senatsverwaltung Jugend und Familie übertragen wurden. Ziel war die Förderung der KJA/SPZ durch eine Senatsverwaltung als Grundlage einer Homogenisierung.

Nachdem die Haushaltsmittel auf die Senatsverwaltung für Jugend und Familie übertragen worden waren, unterstützte der Paritätische LV Berlin auch die Fusion der Vereine TheA und TVK. Dies zum Beispiel durch ein betriebswirtschaftliches Gutachten. TheA und

TVK wuchsen zum Zentrum für Kindesentwicklung zusammen. Neben wirtschaftlichen Überlegungen gab es dafür ein zentrales Argument: Zwei KJA/SPZ mit demselben Angebot in einem Bezirk seien zu viel.

Formal fusionierten die Vereine im Jahr 2000. Aus zwei Ermächtigungen zum SPZ wurde eine. Allerdings fand man erst 2005 Räume, die sich für die Zusammenlegung beider Standorte eigneten. Erst dann konnte die Integration beider Teams vollendet werden.

1997Sozialverband VdK KJA/SPZ Spandau
und KJA/SPZ Charlottenburg (BuB)Lebenshilfe KJA/SPZ Treptow, KJA/SPZ
Köpenick, Außenstelle Hellersdorf

Integral KJASpz Friedrichshain/Mitte

Diakonie KJA/SPZ Tempelhof

2000Sozialverband VdK KJA/SPZ
HohenschönhausenFusion von TheA und TVK zum
Zentrum für KindesentwicklungSammelermächtigungen für
mehrere Standorte**2010**KJA/SPZ Reinickendorf/
Wedding und KJA/SPZ
Schöneberg/Tiergarten

Ein schwerer Abschied

Schließlich konnte das Kinderhaus Friedenau dazu bewegt werden, im Jahr 2000 keinen weiteren Antrag auf Zulassung als SPZ zu stellen, da es ohne das BuB im Kern eine integrative Kindertageseinrichtung, nicht jedoch eine KJA/SPZ war. Das brauchte Überzeugungsarbeit. Eine Mitarbeiterin der Senatsverwaltung für Jugend und Familie bezeichnete sie als eine der schwersten Aufgaben ihrer Berufstätigkeit. Schließlich aber endete die Zulassung des Kinderhauses Friedenau als SPZ, und zwar am 30. September 2000. Die im Kinderhaus Friedenau tätigen Therapeuten wechselten zur Pikler Gesellschaft. Später wurde mit den Krankenkassenverbänden eine einheitliche Pauschale für alle KJA/SPZ verhandelt. Zu diesem Erfolg trug die Reorganisation des Systems der KJA/SPZ bei.³⁸

SPZ an Krankenhäusern

Ebenfalls durch das Konsenspapier kamen die Zulassungen von SPZ im Krankenhaussektor in

Bewegung. Dazu trug auch eine Strukturkommission bei, die zur Begleitung der Umsetzung der Empfehlungen des Konsenspapiers gebildet worden war. Wahrscheinlich war der enorme Druck zum Sparen öffentlicher Mittel in Berlin ein wesentlicher Grund für die Strukturentscheidungen. Unter dem Dach der Charité wurden auf dem Virchow-Gelände in Wedding verschiedene universitäre Abteilungen konzentriert, die zuvor getrennt voneinander gearbeitet hatten. Darunter zum Beispiel die Kinder- und Jugendpsychiatrie³⁹ aus der Platanenallee und zwei Spezialambulanzen der FU Berlin.⁴⁰ Das zuvor nicht an einer Zulassung interessierte DBZ wurde SPZ und musste von Charlottenburg nach Neukölln umziehen. Im Zuge dessen erfolgte zusammen mit dem SPZ Friedrichshain die Integration in das landeseigene Vivantes-Klinikum. Das SPZ Buch wurde privatisiert und ist nun Teil der Helios Kliniken GmbH. Und auch der Lindenhof wurde privatisiert; als Teil der Sana AG ist er jetzt das SPZ Lichtenberg.

Versuch einer späten Konzeptkorrektur

Im Jahr 2000 erhielt auch die Ambulanz Hohenschönhausen des Sozialverbandes VdK Berlin-Brandenburg die Zulassung als SPZ. Sie war die letzte KJA in dieser Phase. Mit ihr gab es nun vierzehn Standorte, für die Ermächtigungen für sechs Träger als SPZ erteilt worden waren; darunter waren auch Sammelermächtigungen. Ungeklärt blieb die Frage, ob die Pikler Gesellschaft als SPZ mit zwei Standorten zugelassen werden sollte.

Mit Inkrafttreten des SGB IX im Juli 2001 veränderte sich die Rechtslage zur Frühförderung. Anlässlich dieser Veränderung wollten die gesetzlichen Krankenkassenverbände – federführend die AOK – die Zulassung der KJA als SPZ auf der Grundlage des § 30 SGB IX verändern. Nach ihrer Vorstellung sollten die KJA in Zukunft nur noch Leistungen als interdisziplinäre Frühförderstellen, die „bis zum Schuleintritt“ tätig sind, erbringen. Sie sollten sich nicht mehr als SPZ bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres einbringen. Dies hätte das System der KJA/SPZ stark verändert. Immerhin betreuten die KJA/SPZ damals bereits circa 2 500 Kinder nach Schuleintritt.

Die KJA/SPZ stellten beim Zulassungsausschuss der KV Berlin Anträge auf Verlängerung. Jede einzelne wollte die weitere Zulassung als SPZ. Aber alle Anträge wurden ab dem 1. Januar 2003 abgelehnt. Die Träger der KJA/SPZ gingen dagegen in Berufung. Parallel beantragten sie beim Sozialgericht Berlin einstweilige Verfügungen gegen die Ablehnung der Zulassungen. Über diese Verfügungen musste allerdings nicht entschieden werden:

Der Berufungsausschuss der KV Berlin hob die Entscheidung des Zulassungsausschusses auf. Außerdem beschloss er eine Verlängerung der Ermächtigungen der KJA als SPZ – zunächst nur für drei Monate, nämlich bis zum 31. März 2003.

Gleichzeitig regte der Berufungsausschuss erneute Prüfungen der KJA/SPZ an. Vornehmen sollte sie der Medizinische Dienst der Krankenversicherungen (MDK). Der MDK sollte ermitteln, ob die Zulassungsvoraussetzungen der KJA als SPZ weiterhin bestanden. Da zu den Entscheidungsprozessen neben den juristischen und fachlichen auch finanzielle Erwägungen hinzukamen, schalteten sich sowohl die Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz als auch die Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Sport ein. Sie traten als Rehabilitationsträger mit den Krankenkassenverbänden in Verhandlung.

Ein Vermächtnis der Eltern des Kinderhauses Friedenau?

In der Phase der Entscheidungsfindung bildete sich eine berlinweite Elterninitiative. Sie sammelte in kürzester Zeit 10 000 Unterschriften für den Erhalt der KJA als SPZ. In einem Brief erläuterten deren Vertreter und Vertreterinnen den Bedarf an sozialpädiatrischer Versorgung durch die KJA/SPZ – in ihrer bestehenden Form. Aus ihrer Sicht gab es einen dringenden Bedarf. Die Unterschriften wurden mitsamt Begleitbrief dem Vorstand der AOK übergeben. Auch der Berufungsaus-

schuss der KV Berlin und die anderen Berliner Krankenkassenvorstände sowie politische Repräsentanten des Landes Berlin erhielten die Unterschriftensammlung und den Brief.

Federführend bei der Auseinandersetzung um Auftrag und Zeitpunkt der MDK-Prüfung war die Rechtsabteilung des Sozialverbandes VdK Berlin-Brandenburg. Sie vertrat auch die anderen Träger der KJA/SPZ. Neben deren Geschäftsführern schaltete sich auch die Koordinationsstelle in die Begehungen der KJA/SPZ durch den MDK ein. Dessen Gutachten wurden vergleichend ausgewertet und den Trägern sowie deren Rechtsanwälten zur Verfügung gestellt, um gegenüber dem Berufungsausschuss Stellung nehmen zu können.

Die Gutachten des MDK bestätigten den Krankenkassenverbänden jedoch, dass die KJA grundsätzlich die wesentlichen Kriterien als SPZ erfüllten. Allerdings regte der MDK auch notwendige Verbesserungen an, zum Beispiel verbindliche Vertretungsregelungen für die leitenden Ärzte, damit sie umfassende Präsenz gewährleisten konnten, oder die vollständige Ausstattung mit Logopäden. Bis die Ergebnisse der MDK-Gutachten dem Berufungsausschuss vorlagen, hatte der bereits zweimal die Ermächtigungen der KJA als SPZ für jeweils drei Monate verlängert. Erst dann erfolgte die Wiederzu-

lassung für zwei Jahre bis zum 31. Dezember 2004; dabei einbezogen waren die vorangegangenen dreimonatigen Verlängerungen. Dieser Zulassungszeitraum entsprach dem Rhythmus, der zuvor eingehalten worden war.

Getrennt von diesem Vorgang, aber bezogen auf ähnliche Fragen, ist eine Klage der Pikler Gesellschaft zu sehen. Der Verein reichte die Klage beim Berliner Sozialgericht ein, sie richtete sich gegen den Berufungsausschuss der KV Berlin, es ging um die Zulassung der Pikler Gesellschaft als SPZ. Der Zulassungsausschuss hatte nämlich übergangsweise die bestehende personengebundene Ermächtigung der leitenden Ärztin der Pikler Gesellschaft auf nur drei Monate befristet. Zwar verlor die Pikler Gesellschaft das Klageverfahren, aber die klagespezifische Entscheidung hatte keine Auswirkungen auf die anderen KJA/SPZ.

Trotz der Klageablehnung mussten die Standorte Schöneberg und Wedding als KJA nicht aufgegeben werden. Über einen längeren Zeitraum hinweg verständigten sich die Senatsverwaltungen mit den Berliner Krankenkassenverbänden: Beide Standorte seien in das stadtweite System der KJA/SPZ einzubeziehen. Eine Zulassung der KJA Schöneberg und der KJA Wedding⁴¹ als SPZ erfolgte allerdings erst 2010. Inzwischen waren sie in die Trägerschaft des Sozialverbandes VdK überführt worden.

Rahmenvereinbarung

In seinen Prüfungen der KJA/SPZ im Jahr 2003 beanstandete der MDK einiges. Zum Beispiel entspreche die Qualifikation der Berufsgruppen, die in der Sprachtherapie eingesetzt waren, nicht immer den Anforderungen der Krankenkassen. Zu jedem Team sollten staatlich anerkannte Logopäden gehören, Sprachheilpädagogen sollten nur ergänzend tätig werden. Die KJA/SPZ nahmen die Kritik ernst und änderten umgehend die Gegebenheiten.

Dazu führte die Koordinationsstelle Gespräche mit dem Landesamt für Gesundheit und Soziales. Herauskam die Gleichstellung von Diplomvorschulerzieher/-innen für Sprachgeschädigte⁴² (Ost) mit Logopäden⁴³ (West). Rechtlich möglich war dies laut Landesamt durchaus, aber nur dann, wenn die Ausbildung vor dem 3. Oktober 1990 begonnen worden war – also im „Ausland“, der DDR –, nicht jedoch, wenn sie angefangen wurde, nachdem die deutsche Einheit vollzogen war. Dann galt die Ausbildung als „inländisch“ und die Gleichstellung war nicht möglich.

Daraufhin beantragte die Koordinationsstelle die Gleichstellung von sieben Diplomvorschulerzieherinnen für Sprachgeschädigte, die in KJA/SPZ tätig waren. Ihnen allen wurde die Urkunde als Logopädin ausgehändigt. Damit war der Standard, den es in der Sprachtherapie geben sollte, erreicht – in jeder KJA/SPZ. Sprich, die KJA/SPZ genügten nun der Anforderung, die der MDK gesetzt hatte. Allein dieses Beispiel verdeutlicht den Stellenwert formaler Hürden im Prozess

der Wiedervereinigung. Fachlich waren solche Hürden kaum nachvollziehbar.

Vertragliche Konsolidierung

Die Auflagen der Krankenkassenverbände waren erfüllt, die Vorbereitungen durch das Konsenspapier von 1996 durchgeführt, mit der AOK war bereits 2002 alles geklärt – der Boden war also bereitet, auf dem das Land Berlin zügig eine Rahmenvereinbarung der drei beteiligten Rehabilitationsträger erreichen konnte. Eine solche Vereinbarung schrieb die bundesgesetzlich geforderte Norm der Frühförderverordnung im Jahr 2003 vor. Am 1. Oktober 2005 wurde die *Rahmenvereinbarung zur sozialpädiatrischen Versorgung im Land Berlin (zugleich Landesrahmenempfehlung gemäß § 2 der Frühförderungsverordnung zu § 30 SGB IX)* vereinbart. Unterzeichnet wurde sie von der Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Wissenschaft, der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales und den Berliner Krankenkassenverbänden als zuständigen Leistungsträgern.

Ähnlich dem Konsenspapier sah die Rahmenvereinbarung sechs als SPZ ermächtigte Träger mit insgesamt sechzehn Standorten als KJA/SPZ und sechs klinikgebundene SPZ vor.⁴⁴ Die SPZ an Berliner Krankenhäusern sollten schwerpunktmäßig die spezialisierte Versorgung leisten. Sie beinhaltete diejenige Diagnostik und Behandlung, für die es seltener medizinischer Kompetenzen bedarf. Die ebenfalls als SPZ ermächtigten KJA

sollten die wohnort- und familiennahe Komplexleistung erbringen, einschließlich therapeutischer Maßnahmen bei der Kindertagesstättenbetreuung.

Sozialpädiatrie und Frühförderung unter einem Dach

Die Vertragspartner der Rahmenvereinbarung sahen keine Notwendigkeit für separate Frühförderstellen neben den SPZ. Schließlich nahmen deren Aufgaben auch die KJA/SPZ wahr. Um für alle Beteiligten zusätzlichen Aufwand zu vermeiden, verständigten sich die Kostenträger darauf, den Leistungszugang dadurch zu regeln, dass ihm eine Überweisung durch einen Kinderarzt zugrunde liegen musste. Insbesondere Eltern erachteten dies als niedrighschwellig – im Vergleich zum individuellen Antragsverfahren bei Ämtern.⁴⁵

Das vorläufige Ende der Etappe „Zulassungsfragen“

In der Präambel der Rahmenvereinbarung stand, dass in Berlin „heilpädagogische Leistungen bei Kindern und Jugendlichen bis zum Alter von achtzehn Jahren bereits seit den neunziger Jahren im Komplex mit medizinischen Leistungen der Rehabilitation erbracht“ werden. In deren

Anhang wurden die Finanzierungsanteile der Leistungsträger festgelegt – als Mischfinanzierung zur Vergütung der Komplexleistung. Es handelte sich um prozentuale Orientierungsgrößen für die Pauschalvergütung.

Ebenfalls im Anhang wird darauf verwiesen, dass eine Einigung auf die Standorte erfolgt sei, auf die sich die Rahmenvereinbarung bezieht: Neben den vierzehn bereits als SPZ zugelassenen KJA/SPZ waren auch die Standorte der Pikler Gesellschaft, Wedding und Schöneberg, gelistet. Diese Grundlage führte dazu, dass „Wedding“ und „Schöneberg“ als letzte in Berlin noch im Jahr 2010 die Zulassung als SPZ erhielten. Damals waren sie bereits in Trägerschaft des Sozialverbandes VdK Berlin-Brandenburg. Seitdem erfolgten – trotz Anträgen – keine weiteren Zulassungen von SPZ in Berlin. Der Grund hierfür ist der Konsens der Rehabilitationsträger in der Rahmenvereinbarung: Mit dem etablierten System konnte der Bedarf gedeckt werden. Da sich der Bedarf allerdings ändern kann, hielt der Zulassungsausschuss daran fest, die SPZ-Ermächtigungen alle zwei Jahre im Rahmen von Verlängerungsanträgen prüfen zu wollen, was den Trägern keine ausreichende Planungssicherheit gab.⁴⁶



Vervollständigungen und Qualitätsentwicklung

Die Rahmenvereinbarung legte in § 2 Qualitätsstandards für die sozialpädiatrischen Einrichtungen im Land Berlin fest, darunter die personelle Ausstattung. Diese orientierte sich an Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin und der Vereinigung für interdisziplinäre Frühförderung. Die Berliner Festlegungen des personellen Standards weisen eine Besonderheit auf: Neben den in der Sozialpädiatrie und Frühförderung etablierten Professionen (Medizin, Psychologie, Physio- und Ergotherapie, Logopädie und Heilpädagogik) wird auch die Musiktherapie als Profession genannt, deren Vertreter/-innen zum Team gehören. Auf dieser Grundlage mahnte der Zulassungsausschuss der KV Berlin zum Beispiel die SPZ mit Krankenhaus-hintergrund, ihre Teams durch Musiktherapeuten zu vervollständigen.

Außerdem verwies die Berliner Rahmenvereinbarung darauf, dass „grundsätzlich“ auch Diplom-Sozialarbeiter und/oder Diplom-Sozialpädagogen zum Team gehören sollten. 2005 erfüllten die KJA/SPZ diese Norm noch nicht. Hintergrund dessen war die Absicht des Jugendressorts der Senatsverwaltung, die Doppelung pädagogischer Qualifikationen in dem Zusammenwirken von KJA/SPZ, Bezirksämtern und Kindertageseinrichtungen vermeiden zu wollen. Vermeintlich war dies in der Frühförderung in anderen Bundesländern zu beobachten. Die Entwicklung zu immer mehr pädagogischen Spezialisierungen wie Heil-, Sonder-, Reha-, Sozialpädagogik sah das Jugendressort kritisch. Es gab der Interdisziplinarität den

Vorzug, bei der medizinisch geprägte mit pädagogisch geprägten Professionen kooperieren.

Schutz des Kindeswohls

Die gesellschaftliche Debatte um Kindeswohlgefährdungen, die im neuen Jahrtausend intensiv geführt wurde, führte zu fachlichen Neubewertungen. Im Jahr 2005 hatte zum Beispiel der Bundesgesetzgeber in § 8a SGB VIII die Gefährdungseinschätzung bei Verdacht auf Gefährdung des Kindeswohls geregelt. Bei diesem Verfahren handelte es sich um die Beurteilung durch die speziell geschulte und „insoweit erfahrene Fachkraft“. Damals war es überfällig, dass KJA/SPZ besser qualifiziert werden mussten. Schließlich stießen sie aufgrund ihrer Nähe zum Kind mit (drohender) Behinderung immer wieder auf Verdachtsfälle der Kindeswohlgefährdung.

Im Jahr 2008 leitete das Jugendressort der Berliner Senatsverwaltung die Vervollständigung der KJA/SPZ-Teams durch Sozialarbeiter und/oder Diplom-Sozialpädagogen ein. Die Stellen wurden Anfang 2009 besetzt. Gleichzeitig organisierte die Koordinationsstelle in Zusammenarbeit mit der Senatsverwaltung für Bildung, Wissenschaft und Forschung den Lehrgang zur „Kinderschutzfachkraft“ (§ 8a SGB VIII). Er war berufsbegleitend angelegt und richtete sich an die neu eingestellten Sozialarbeiter bzw. Diplom-Sozialpädagogen. Der Lehrgang umfasste die Vermittlung rechtlicher, organisatorischer, verfahrensbezogener und inhaltlicher

Grundlagen zur Ausgestaltung des Schutzauftrages bei Kindeswohlgefährdung.

Schwerpunktsetzungen einzelner KJA/SPZ

Aufgrund von Versorgungsengpässen bei der Förderung sehbehinderter beziehungsweise blinder Kinder in Berlin forderte die Senatsverwaltung für Bildung, Wissenschaft und Forschung im Jahr 2009 die Koordinationsstelle auf, für diese Kinder Schwerpunkte in einzelnen KJA/SPZ zu setzen. Dies gelang insbesondere durch die Kooperation mit der Paul-und-Charlotte-Kniese-Schule für Sehbehinderte und der Johann-August-Zeune-Schule für Blinde. Regie führte die Beratungsstelle für Menschen mit Sehbehinderung im Öffentlichen Gesundheitsdienst des Bezirksamtes Mitte. Die Schwerpunkte setzten die KJA/SPZ Kreuzberg (Zentrum für Kindesentwicklung)

und Reinickendorf/Wedding (Ki.D.T. gGmbH). Um sich zu qualifizieren, absolvierten Therapeuten beider Ambulanzen aufwendige Schulungen am Blindeninstitut Würzburg. Solche Schwerpunktsetzungen erfordern einen besonderen Aufwand und eigentlich eine eigene Finanzierung. Diese Anforderung konnte über das Modell der Finanzierung über Pauschalen bisher nicht erfüllt werden.

Gleichwohl wurde ein weiterer Schwerpunkt auf Kinder mit Hörbehinderung gesetzt, den die KJA/SPZ Friedrichshain/Mitte (Integral e. V.) übernahm. Weitere Schwerpunktsetzung erfolgten bislang nicht,⁴⁷ denn das dezentrale Konzept des Systems der KJA/SPZ spricht im Prinzip gegen Schwerpunkte. Spezialisierungen auf bestimmte Behinderungsformen bedeuten tendenziell Zentralisierung und damit weite Wege für Kinder

und Eltern bzw. Therapeuten und Pädagogen. Insofern sollten KJA/SPZ überwiegend dezentrale allgemeine Anlaufstellen bleiben.

Weitere Homogenisierung

Die Gutachten des MDK berichteten auch über einzelne Mängel bei Qualitätsnormen, zum Beispiel zur Barrierefreiheit. Um nicht nur auf solche Beanstandungen zu reagieren, sondern die Qualitätsentwicklung selbst zu gestalten, führten die Träger der KJA/SPZ im Jahr 2012 ein externes⁴⁸ System des Qualitätsmanagements⁴⁹ (QM) ein. Der § 135a Absatz 2 Nummer 2 SGB V verpflichtet Gesundheitseinrichtungen seit 1989 mindestens zu einem internen QM.⁵⁰ Eine externe Prüfung wurde aber bevorzugt, auch weil sie zu einem Zertifikat führt, das die Erfüllung von Qualitätsnormen für alle sichtbar macht.

Mit dieser koordinierten Einführung des QM begannen die KJA/SPZ, Eltern regelmäßig nach ihrer Zufriedenheit mit der Förderung und Behandlung ihres Kindes durchzuführen. Da die Befragungen einheitlich für alle sechzehn Standorte erfolgen, ermöglichen sie Vergleiche zwischen den KJA/SPZ und geben vereinzelt Hinweise auf notwendige Veränderungen in bestimmten Einrichtungen. Vereinzelt deswegen, weil meist mindestens neunzig Prozent der Eltern „ziemlich“ oder sehr „zufrieden“ sind.

Schließlich brachte eine Software für die Dokumentation der Leistungen und ihrer Abrechnung Daten hervor, die zwischen den Ambulanzen zu einer immer genaueren Abstimmung der Arbeitsweise führte.⁵¹ Die Software verwendeten alle sechzehn KJA/SPZ auf die gleiche Weise.



QEP®-Logo der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zur Kennzeichnung der QEP-Zertifizierung

Gesellschaftlicher Wandel und Bildungspolitik

Bis weit in die neunziger Jahre waren Physiotherapeuten die in den KJA/SPZ am häufigsten beschäftigte Berufsgruppe. Ihre Anzahl wurde dann aber von der der Ergotherapeuten übertroffen. Darin spiegelte sich die Verschiebung bei den Auffälligkeiten derjenigen Kinder, die zur Förderung oder Therapie in die KJA/SPZ kamen. Es waren nicht mehr vorrangig Kinder mit offensichtlichen Behinderungen, sondern immer mehr Kinder mit weniger augenfälligen, aber ebenfalls komplexen Beeinträchtigungen. Der Einfluss der Bobath-Kurse relativierte sich, andere Therapiekonzepte, zum Beispiel das von Anna Jean Ayres, die „Sensorische Integrations-therapie“⁵², gewannen in der Aus- und Weiterbildung an Bedeutung. In den neunziger Jahren wurde der Befund der Minimalen zerebralen Dysfunktion (MCD) noch häufig erhoben, verschwand dann aber. Andere Muster kindlicher Auffälligkeiten führten jetzt in vielen Fällen zu therapeutischen Interventionen, zum Beispiel die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS). Dieser Trend erfasste die KJA/SPZ und bundesweit die Frühförderung und Sozialpädiatrie.

Schulbildung

Ausgelöst durch den „PISA-Schock“ im Jahr 2000 begann in Deutschland erneut eine bildungspolitische Debatte. Sie erstreckte sich nicht nur auf schulische Leistungen, sondern auch auf die frühkindliche Bildung. Wer die Zeit der Bildungsreformen in den siebziger Jahren in Westdeutschland und Westberlin erlebt hatte, hatte wo-

möglich ein Déjà-vu. Damals waren die ersten Frühförderstellen und Sozialpädiatrischen Zentren entstanden.

Das 2004 verabschiedete Berliner Schulgesetz verlegte zum Beispiel den Stichtag zur Vollendung des sechsten Lebensjahres so, dass das durchschnittliche Einschulungsalter der Kinder gesenkt wurde. Entwicklungsrückstände der Kinder sollten durch früheres schulisches Lernen kompensiert werden. In Einzelfällen waren die Kinder, je nach Geburtstag, bei der Einschulung gerade einmal fünf Jahre alt. Eine Rückstellung von der Schulbesuchspflicht sah das Schulgesetz nicht vor, auch nicht für Kinder mit Behinderungen.

Viele Eltern wehrten sich gegen diese Vorverlagerung der Schulpflicht. Sie schätzten sie als zu früh ein. Bereits 2004 verzeichneten die KJA/SPZ einen sprunghaften Anstieg von Elternanfragen. Die Eltern wollten wissen, ob nicht eine ärztliche Stellungnahme gegen den zu frühen Schuleintritt ihrer Kinder möglich wäre. In Absprache mit der Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Sport gab es tatsächlich zeitweilig eine Ausnahmeregelung: Befand sich das Kind in einer Maßnahme der Frühförderung, konnte das Ruhen der Schulpflicht empfohlen werden, wohlgerneht nicht die Schulrückstellung. Hierfür entwickelten die KJA/SPZ ein einheitliches Formblatt. Der Empfehlung wurde, soweit bekannt, immer entsprochen.

Im Jahr 2010 bot das Land Berlin wieder die Möglichkeit, Anträge auf Schulrückstellung zu stellen. Erfolgt die Schulrückstellung, besteht aber die Pflicht, dass das Kind

eine Kindertageseinrichtung besuchen muss, um Entwicklungsrückstände bis zum Schuleintritt möglichst aufzuholen. Erst zum Schuljahrgang 2017 beendete das Land Berlin das Experiment der vorgezogenen Einschulung.

Bildung im Elementarbereich

Im Jahr 2008 hielt der Sozialpädiater Hans Georg Schlack auf einer Fachtagung der KJA/SPZ einen Vortrag: *Mehr Familie statt mehr Therapie*. Schlack wies darauf hin, dass isolierte funktionelle Therapien bei Kindern kaum wirken, wenn sie nicht in das emotionale Gleichgewicht der Familie eingebettet seien. Damit bezog Schlack Stellung zu der erheblichen Zunahme zum Beispiel funktioneller Sprachtherapien. Damals wurde jedes fünfte Kind im Alter von sechs Jahren sprachtherapeutisch behandelt.⁵³

Der Wunsch nach mehr Zeit des Kindes in der Familie als emotionalem Schutzraum entsprach nicht der kommenden gesellschaftlichen Entwicklung. Sie führte zu immer mehr außerfamiliärer Betreuung des Kindes bis zum Schuleintritt. Allein durch die zeitweise Vorverlagerung der Schulpflicht griff für immer mehr Kinder nach der Rückstellung die Kitapflicht, darunter viele Kinder mit Behinderung.

Einen Rechtsanspruch auf einen Platz in einer Kindertageseinrichtung ab dem vollendeten dritten Lebensjahr gab es im wiedervereinigten Deutschland bereits seit 1996. Im Jahr 2013 wurde er auf Kinder ab dem vollendeten ersten Lebensjahr ausgeweitet. Dieser Rechtsanspruch bezieht sich auf alle Kinder, unabhängig davon, ob ihre Entwicklung durch eine (drohende) Behinderung beeinträchtigt ist oder ob sie chronisch oder psychiatrisch krank sind. Der Rechtsanspruch führte dazu, dass die sogenannten Betreuungsquoten der über Dreijährigen inzwischen auf über neunzig Prozent und der Ein- bis Dreijährigen auf über sechzig Prozent der Kinder dieser Alterskohorten gestiegen sind.

Der Auftrag der KJA/SPZ, die Integration von Kindern mit Behinderungen in Kindertageseinrichtungen durch Frühförderung zu unterstützen, bezog sich auf immer mehr Kinder. Zwar wuchsen auch die KJA/SPZ in ihrem Personalumfang. Die Steigerung entsprach aber nicht dem Umfang des Zuwachses an Integrationsplätzen. Ohnehin blieb die Anzahl der Standorte gleich. Auch der Anmietung zusätzlicher Räume in der Nähe einer KJA/SPZ waren enge Grenzen gesetzt.⁵⁴

Neue Herausforderungen

Seit 2011 wächst die Einwohnerzahl Berlins kontinuierlich, auch wenn sich dieses Wachstum seit 2019 verlangsamt. Berlin hatte 2011 noch 3,3 Millionen Einwohner, 2018 waren es bereits 3,6 Millionen. Auch die Zahl der Geburten ist hoch. Wurden 2011 noch circa 33 000 Kinder in Berlin geboren, so waren es 2018 etwas über 40 000.

Aufgrund dieses Wachstums kommt Berlins Integrationsprogramm an seine Grenzen, quantitativ und teilweise qualitativ. Verantwortlich dafür ist zum Beispiel auch der Fachkräftemangel. So wie andere Bundesländer konnte Berlin zeitweise nicht allen Kindern einen Kitaplatz bieten, auch nicht allen Kindern mit Behinderungen.⁵⁵ Dabei hat jedes Kind einen Rechtsanspruch auf einen Kitaplatz. Die Situation kann sich in den kommenden Jahren bessern, zumal das *Gesetz zur Weiterentwicklung der Qualität und zur Teilhabe in der Kindertagesbetreuung*⁵⁶ den Ländern neue finanzielle Förderungen des Bundes eröffnet.

Der Auftrag der Kindertageseinrichtungen richtet sich immer stärker vor allem auf die Bildung, aber auch auf die Erziehung und Betreuung der Kinder. Die Einrichtungen pflegen hierzu eine Erziehungspartnerschaft mit den Eltern (SGB VIII). Das erste (Gesamt-)Berliner Bildungsprogramm für Kitas und Kindertagespflege erschien 2004 und erwähnt Kinder mit Behinderung bereits mehrfach. Es wurde 2014 überarbeitet und widmet diesen Kindern ein eigenes Kapitel. Unter der Überschrift *Integration von Kindern mit Behinderung und Förderung* verweist es – auf die KJA/SPZ.

Recht auf Bildung, Erziehung und Betreuung

Im Expertencolloquium 1991 stellte Hellgard Rauh, renommierte Entwicklungspsychologin mit Schwerpunkt „frühe Kindheit“, die scheinbar naive Frage, warum Kinder mit Behinderungen vorrangig aus der Perspektive der Gesundheit (SGB V) oder der Eingliederungshilfe (jetzt SGB XII) betrachtet würden, ohne dass deren Notwendigkeit infrage gestellt würde. Dies fragte Rauh insbesondere mit Blick auf die Kinder mit Lernbehinderungen und geistigen Behinderungen. Tatsächlich herrschten beide Perspektiven damals vor. Aufgrund ihrer internationalen Erfahrungen war Rauh überzeugt, dass die meisten dieser Kinder vor allem ein besonderes Recht auf Bildung brauchen.

Damals aber gab es kein Recht auf bestmögliche frühe Bildung und Förderung.⁵⁷ Bis heute gibt es keines, rechtlich betrachtet. Bis zum Schuleintritt erfährt das Kind die Bildung, die ihm seine Eltern angedeihen lassen wollen oder können.⁵⁸ Erst mit seinem Schuleintritt tritt die staatliche Gemeinschaft durch die *Schulpflicht*⁵⁹ mit einem Recht auf Bildung quasi gleichberechtigt neben die Eltern.

Diese Grundrechte stellt die Wende in der Familienpolitik – sie ist durch das Recht auf Kindertagesbetreuung markiert – nicht in Frage. Aber jetzt ist es möglich, den Auftrag zur frühen Bildung des Kindes in Kindertageseinrichtungen zu gestalten, mit Einverständnis der Eltern. Diese Möglichkeit bezieht sich auf *alle* Kinder, auch auf chronisch kranke, von Behinderung bedrohte und behinderte Kinder.



Das Zu- und Miteinander der Rechtskreise

In einzelnen Bundesländern bzw. Kommunen entschieden Verwaltungen, das Recht auf Kindertagesbetreuung und das Recht auf die Komplexleistung „Frühförderung“, also die medizinische Rehabilitation,⁶⁰ als Alternativen zu interpretieren. Damit kann das Kind mit Behinderung nur das eine oder das andere in Anspruch nehmen, nicht aber beides. Dagegen klagte ein Vater in Nürnberg – und erhielt Recht. Das Sozialgericht entschied: Leistungen zur Teilhabe an Bildung und zur Förderung der Gesundheit dürfen sich nicht gegenseitig ausschließen.⁶¹

Schon seit etwa zwei Jahrzehnten weist Berlin die Förderung von Kindern mit Behinderung der Durchführungszuständigkeit der Jugendhilfe zu.⁶² Das Kinder- und Jugendhilfegesetz (KJHG, SGB VIII) thematisiert als einziges Gesetz ausschließlich Hilfen für Kinder und Jugendliche. Hier wird auch die Förderung von Kindern in Tageseinrichtungen und in der Kindertagespflege

geregelt. Folgerichtig müssten Leistungen anderer rechtlicher Rahmen, die auf Erwachsene und nur unter anderem auf Kinder und Jugendliche zugeschnitten sind, auf den für Kinder zentralen rechtlichen Rahmen bezogen werden, soweit dies fachlich sinnvoll und rechtlich möglich ist. Zumal sich die Lebensverhältnisse so verändert haben, dass die meisten Kinder neben dem der Familie einen weiteren Lebensmittelpunkt haben: die Kindertageseinrichtung.

Dies bedeutet unter anderem, dass in Kindertageseinrichtungen geschultes Personal arbeiten muss, das für chronisch kranke Kinder Grundpflege (zum Beispiel die Ernährung allergiekranker Kinder) oder für versorgungsintensive Kinder Behandlungspflege (zum Beispiel die Medikamentengabe) erbringt.⁶³ Integration und Teilhabe zieht nach sich, dass sogenannte sektorübergreifende beziehungsweise rechtskreisübergreifende Lösungen meist erst gefunden werden müssen – wie bei den KJA/SPZ.



Das Blaue Kamel ist ein Berliner Aktionsbündnis von Trägern der Behindertenhilfe, in dem auch Träger der KJA/SPZ aktiv sind. Es agiert unter dem Leitsatz „Es ist normal, verschieden zu sein.“

Rückblick und Ausblick

Die Chronik *30 Jahre Kinder- und Jugendambulanzen/ Sozialpädiatrische Zentren in Berlin* begann mit einer Vorgeschichte: mit der Gründung der Spastikerhilfe Berlin e. V. im Jahr 1958. Jedoch im engeren Sinne ist die Eröffnung der Ambulanz für Kinder mit Zerebralparese im Jahr 1967 der Auftakt dieser Chronik. Die Ambulanz nahm 1967 zusammen mit der Sonderkindertagesstätte in Berlin-Lichterfelde ihre Arbeit auf. Wer heute die Räume der Cooperative Mensch in Lichterfelde betritt und das Gebäude aus den siebziger und achtziger Jahren kennt, sieht sofort, was sich verändert hat.

Die Sonderkindertagesstätte wurde aufgelöst und in eine Regelkindertagesstätte umgewandelt. Nun sieht die Besucherin beziehungsweise der Besucher kein ungewohntes Bild mehr, nämlich das vieler Kinder und Jugendlicher mit zum Teil sehr schweren Behinderungen. Stattdessen ein quirliges, manchmal lautes Treiben von Kindern ohne und mit Behinderung. Diejenigen Kinder mit Behinderung, die das lebendige Miteinander manchmal überfordert, können sich in besondere Räume zurückziehen, die durch Schiebetüren zeitweise abtrennbar sind. Für solche Ruhephasen fügt eine pädagogische Fachkraft die ruhebedürftigen Kinder zu heilpädagogischen Fördergruppen zusammen.

Gleich nebenan liegt die KJA/SPZ. Deren Team ist auch für die Kinder mit Behinderungen in der Regelkindertagesstätte zuständig, wenngleich für viel mehr Kinder aus der Region, die eine Behinderung haben oder denen eine droht.

Solche und ähnliche Wandel vollzogen sich über viele Jahre hinweg in der Metropole Berlin. Das ist ein beeindruckender Vorgang.

SPZ für Erwachsene

Zudem können Besucher/-innen in dem Gebäude ein Medizinisches Zentrum für Erwachsene mit Behinderungen (MZEB) entdecken. Ermöglicht wurde das Zentrum durch das *Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung*.⁶⁴ Solche Zentren richten ihr Angebot auf Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen aus. Das Erfolgsmodell SPZ soll nun auf Erwachsene übertragen werden, wenngleich begrenzt.

Die Cooperative Mensch war der erste Träger in Berlin, der die Zulassung für ein MZEB erhielt.⁶⁵ Ihren Antrag unterstützten alle KJA/SPZ und deren Träger. Schließlich suchten die KJA/SPZ nach Möglichkeiten, mit denen sie ihre interdisziplinäre Behandlung fast erwachsener Jugendlicher mit Behinderungen fortführen können. Außerdem haben einige Träger von KJA/SPZ viele Angebote für Erwachsene mit geistigen und schweren Mehrfachbehinderungen, zum Beispiel betreutes Wohnen oder Werkstätten. Die komplexe medizinische Versorgung von deren Nutzern war bisher oft nur schwer zu gewährleisten.

Niedrigschwelligkeit

Das neue Bundesteilhabegesetz⁶⁶ (BTHG) regelt in § 46, SGB IX, *Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit*

Brigitte Brückner, Senatsverwaltung Schule, Jugend und Sport

„Fast vergessen ist heute die heftige Kritik der Fachöffentlichkeit an diesem Senatsprogramm (das Integrationsprogramm, Anmerkung des Autors), dass in vielen Punkten als praxisfern und unzulänglich hingestellt wurde.“

In: Kinderhaus Friedenau – 25 Jahre –, S. 22

Behinderungen einige Anforderungen an die Komplexleistung Frühförderung neu, und zwar in der Frühförderverordnung aus dem Jahr 2003 beziehungsweise jetzt 2018. Das heißt zum Beispiel, dass die Frühförderung der KJA ein niedrigschwelliges, offenes Beratungsangebot⁶⁷ beinhalten muss. Dieses Angebot muss ohne formale Zugangsvoraussetzungen wie einen Antrag bei einer Behörde oder einen Überweisungsschein zugänglich sein.

Eltern und mit ihnen pädagogische Fachkräfte („Erziehungspartnerschaft“), die sich um die Kindesentwicklung sorgen, sollen sich beraten lassen können. Und dies unkompliziert, fachlich qualifiziert, Orientierung gebend. Dem waren die KJA nachgekommen, aber informell, ohne Finanzierungsgrundlage und zudem

unsystematisch. Schon bald werden sie das Angebot systematisch und in Abstimmung mit dem Jugendressort der Senatsverwaltung umsetzen. Sie tun dies genauso, wie es die neue Frühförderverordnung seit 2018 festlegt. Hierfür wird derzeit die Einstellung zusätzlichen Personals vorbereitet.

Einschätzung der Folgen einer Behinderung

Das BTHG kennt eine weitere Neuerung: Die Bedarfsermittlung für einen Menschen mit Behinderung ist orientiert an der **Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit** (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Dieses Klassifikationssystem gibt es in einer Variante für Kinder (ICF-CY). Das System ersetzt zwar nicht die **Internationale**

statistische Klassifikation der Krankheiten (ICD), die amtliche Klassifikation zum Beispiel gegenüber den Krankenkassenversicherungen, nach der die Ärzte der SPZ arbeiten. Aber es ergänzt die ICD, damit sich die Folgen von Krankheiten für Körperfunktionen, Aktivitäten und Teilhabe abschätzen lassen können. Die KJA/SPZ erproben seit längerem den Einsatz der ICF,⁶⁸ auch deshalb, weil sie sich auf deren geplante stadtweite Verwendung vorbereiten.

Schlussbemerkung

Es bleibt viel zu tun – auch nach mehr als fünfzig Jahren institutioneller Geschichte, darunter dreißig als

KJA/SPZ. Daher lohnt es sich, zu überlegen, was sich bereits alles getan hat. Institutionen wie KJA/SPZ leben vom Engagement und Herzblut Einzelner. Davon gab es viele, es gibt viele, es wird viele geben. Sie haben *den* Unterschied im Leben sehr vieler Kinder mit (drohender) Behinderung gemacht. Wir sollten innehalten, ihre Arbeit anschauen – und staunen.

Über die KJA/SPZ lässt sich sagen: Sie sind stabil und flexibel zugleich. Auch in Zukunft werden sie einen Unterschied im Leben vieler Kinder und Jugendlicher mit Behinderung machen – einen wesentlichen.

Anmerkungen und Literatur

- 1 1994 wurde das Land Berlin aus der Tarifgemeinschaft deutscher Länder (TdL) ausgeschlossen, weil es darauf bestand, auch in Ostberlin die Entgeltregelungen für Westdeutschland anzuwenden. Erst zum 1. Januar 2013 wurde Berlin wieder in die TdL aufgenommen.
- 2 Diese Berufsbezeichnung für Physiotherapeuten und Physiotherapeutinnen war bis 1994 üblich.
- 3 Bobath-Kurse wurden vom Bobath-Institut, einer Einrichtung ohne Krankenhaushintergrund, durchgeführt.
- 4 Bertha und Karel Bobath emigrierten Ende der dreißiger Jahre nach London. Berta Bobath war Krankengymnastin, Karel Bobath Neurologe. Gemeinsam entwickelten sie einen neuartigen Ansatz zur Behandlung von Patienten mit neurologischen Erkrankungen, zunächst für Erwachsene, dann für Kinder. Dieser Ansatz wird manchmal als „schöpferische Unterstützung“ beschrieben. Das „Bobath-Konzept“ verbreitete sich weltweit. Auch in Berlin prägte es die ersten Ansätze einer frühen Förderung und Therapie von Kindern mit Behinderung.
- 5 Seit 2018 firmiert die Berliner Spastikerhilfe unter dem Namen Cooperative Mensch e. V. und eG.
- 6 Die Fachgebietsbezeichnung Sozialpädiatrie hängt wahrscheinlich mit dieser weiter gefassten Ausrichtung zusammen. In der deutschsprachigen Schweiz heißt das Fachgebiet noch heute Entwicklungspädiatrie, nicht Sozialpädiatrie. Auch in der DDR hieß das Fachgebiet Entwicklungspädiatrie, nicht Sozialpädiatrie.
- 7 Die bereits 1963 geplante Gründung eines Zentrums für spastisch gelähmte Kinder im Waldkrankenhaus Berlin missglückte.
- 8 Zum Beispiel wurde die Freie Universität Berlin bereits 1948 in Westberlin gegründet. Sie entstand explizit als Gegenmodell zur Humboldt Universität, die im Ostteil der Stadt lag. Dort sollte die Freiheit der Wissenschaft unter staatliche Kontrolle – die der kommunistischen Partei – gebracht werden. Wer die Vielfalt der oft ideologisch aufgeladenen Konkurrenz beider Gesellschaftsmodelle gerade bezogen auf Berlin nachvollziehen möchte, dem seien einige der wöchentlichen Fernsehbeiträge von Karl-Eduard von Schnitzler in *Der Schwarze Kanal* (Ost, 1960 bis 1989) und von Gerhard Löwenthal im *ZDF-Magazin* (West, 1969 bis 1988), das alle vierzehn Tage ausgestrahlt wurde, empfohlen.
- 9 Der Deutsche Bildungsrat war das politische Organ für die Bildungsplanung.
- 10 Zusammen mit Theodor Hellbrügge war Johannes Pechstein einer der Vordenker der deutschen Sozialpädiatrie.
- 11 Pechstein, Johannes: Sozialpädiatrische Zentren für behinderte und entwicklungsgefährdete Kinder. Zur organisatorischen Lösung neuropsychopädiatrischer Aufgaben der Frühdiagnostik und Frühtherapie. Deutscher Bildungsrat. Gutachten und Studien der Bildungskommission 53, Sonderpädagogik 6; Sozialpädiatrische Zentren.
- 12 Circa achtzig Prozent der rund hundertfünfzig SPZ, die es 2019 in Deutschland gab, gingen aus Kinderabteilungen an Kliniken hervor.

- 13 Kinderhaus Friedenau e. V. (Hrsg.) (1981): Integrative Erziehung von Kindern mit und ohne Behinderung. Dokumentation 6. Berlin (West): Movimento (Gesamtherstellung), S. 2.
- 14 In Westberlin einflussreiche, aber jeweils anders gelagerte Konflikte können zum Beispiel durch folgende beiden Publikationen nachvollzogen werden: 1) Monika Aly, Götz Aly und Morlind Tumler (1981, Neuauflage 1991): Kopfkorrektur oder der Zwang, gesund zu sein. Berlin: Rotbuchverlag; 2) Monika Aly: Schnelle Griffe oder umsichtige Beobachtung. Erfahrungen aus einem Ambulatorium der Berliner Spastikerhilfe. In: Krankengymnastik 35, 4, 1983, S. 206–210.
- 15 Das Konzept der KJA/SPZ, sich so weit wie möglich alltagsnah auf das Kind in seinem Umfeld zu beziehen, aber nicht Teil seines Alltags in Kindertageseinrichtungen zu werden, entstand schrittweise und auch aus solchen, manchmal konflikthaft ausgeprägten Erfahrungsprozessen in unterschiedlichen Institutionsformen.
- 16 Im Jahr 2017 übernahm das Nachbarschaftsheim Schöneberg e. V. die Trägerschaft von fünf Einrichtungen des Kinderhauses Friedenau, darunter die Kindertagesstätte in der Hedwigstraße 13, dem ursprünglichen Kinderhaus Friedenau.
- 17 Die Bestimmungen des BSHG wurden ab 1. Januar 2005 von den Bestimmungen im Zwölften Sozialgesetzbuch (SGB XII) abgelöst.
- 18 Hans Georg Schlack war von 1992 bis 1996 Präsident der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin.
- 19 Sie folgten damit der damals vorherrschenden Hoffnung, dass aufgrund der Plastizität des kindlichen Gehirns die Behinderung eines Kindes durch frühzeitige Therapie weitgehend vermieden werden könne.
- 20 Wohnortnähe, regionale Vernetzung, Familienorientierung, Bezug auf Kindertageseinrichtungen und die Einbindung pädiatrischer Kompetenz: Diese Merkmale sollten sich als prägend für das spätere System der KJA/SPZ erweisen. Denn das Konzept der später gegründeten KJA/SPZ beinhaltet immer diese Grundprinzipien.
- 21 Die Ärzte der Vereine stellten ihre Einnahmen aus der Teilzeitniederlassung in der Regel ihrem Arbeitgeber, dem Verein, vollständig zur Verfügung.
- 22 Für beide Projekte bildeten die Kindertagesstätten-Entwicklungspläne (KEP) des Landes Berlin den Hintergrund. (West: KEP I 1974 und KEP II 1983). Der dritte KEP (1993) bezog sich bereits auf ganz Berlin.
- 23 Das Westberliner Modell sah Horte als nichtschulische Betreuungsorte, ein Konzept, das offener für Kinder mit Behinderungen war, die schulischen Anforderungen (noch nicht) entsprachen. Im Ostberliner Modell waren Horte Teil der Schulen. Bald nach der Wende wurde das Ostberliner dem Westberliner Modell angepasst, das heißt, die Horte wurden aus den Schulen ausgegliedert und ins Jugendressort integriert. Dies erwies sich, nachträglich betrachtet, als politisch wenig weitsichtig. 2005 überführte das Land Berlin alle Horte in das Schulressort, wo sie sich 1990 im Ostteil der Stadt ohnehin schon befunden hatten. So wurden 2005 Ganztagschulen geschaffen, die der Bund förderte.

- 24 In der zweiten Stufe des Integrationsprogramms (1991) werden sie als Kinder- und Jugendambulanzen (KJA) bezeichnet.
- 25 Statistik der Senatsverwaltung, Jugendressort, Juni 2018.
- 26 Die neue Frühförderverordnung begrenzt Frühförderung noch immer, und zwar auf „noch nicht eingeschulte behinderte und von Behinderung bedrohte[r] Kinder“ (Frühförderverordnung 2016, § 1).
- 27 Schon früh (1977) erreichten die Eltern des Kinderhauses Friedenau für ihre Kinder die Ausdehnung der Integration auf die Grundschule (Fläming-Grundschule in Friedenau).
- 28 Im Sprachgebrauch der DDR waren es „Schädigungen“ statt Behinderungen.
- 29 Die Überführung dieser sogenannten Liegebett Kinder zum Beispiel aus dem Klinikum Buch in Betreuungsformen, die ihnen mehr boten als die rein verwahrende Pflege, war nach der Wiedervereinigung Berlins eine besondere Herausforderung. Das Jugendressort der Berliner Senatsverwaltung finanzierte hierfür aufwendige Projekte, die von der Berliner Lebenshilfe und der Berliner Spastikerhilfe erfolgreich umgesetzt wurden. In dem vom Autor zu diesem Thema geführten Interview wurde mehrfach betont, wie aufgeschlossen und engagiert das Ostberliner Personal an diesen Projekten mitwirkte, da sie selbst die rein verwahrende Pflege als menschenunwürdig empfunden hatten.
- 30 Einen systematischen Überblick gibt die Broschüre *Betreuung behinderter Kinder und Jugendlicher in der DDR, insbesondere in Ost-Berlin* der Senatsverwaltung für Jugend und Familie. (Ohne Jahresangabe; erschienen im Zeitraum 1991–1994)
- 31 Vgl. zum Beispiel Jun, Gerda (1986): *Kinder, die anders sind*. Ein Elternreport.
- 32 Manfred Berger berichtete 2014 zum Beispiel über die Gründung eines autonomen Kinderladens in Prenzlauer Berg 1980 und davon, wie dieser Versuch staatlich unterbunden wurde. www.erzieherin.de
- 33 Vogel, D. (1989). *Sozialpädiatrische Versorgung für Berlin*. Gutachten im Auftrag der Berliner Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales und des Paritätischen LV Berlin. Berlin: Paritätischer Wohlfahrtsverband LV Berlin.
- 34 Allerdings bestand ein informeller fachlicher Austausch zwischen den Vereinen, zum einen durch Therapeuten, die von einem zum anderen Verein wechselten, und zum anderen durch Fortbildungen. Letzteres besonders, wenn sie von international anerkannten Kapazitäten durchgeführt wurden (zum Beispiel durch den italienischen Arzt Adreano Milani-Comparetti, der sich eindrucksvoll gegen die Aussonderung von Kindern mit Behinderung einsetzte).
- 35 Schlack, H.-G.: *Konzeption, Personalbedarf und Finanzierung sozialpädiatrischer Institutionen*. Denkschrift der Arbeitsgemeinschaft Sozialpädiatrischer Zentren und Abteilungen. Bonn: Hansisches Verlagskontor H. Scheffler 1981.
- 36 Runde Tische versuchten in der Übergangszeit vom Mauerfall ab Dezember 1989 bis zur ersten Kommunalwahl in Ostberlin im Mai 1990 und teilweise darüber hinaus den Aufbau demokratischer Strukturen sicherzustellen.

- 37 Ein Interviewpartner formulierte diesen Sachverhalt überspitzt so: „Buch versorgte die halbe DDR.“
- 38 Der Vertragsschluss erfolgte zunächst nur mit den Verbänden der gesetzlichen Krankenversicherungen. Erst 2012 gelang es auf der Grundlage von Vorarbeiten, an denen auch Theodor Michael, damaliger ärztlicher Leiter einer SPZ-Abteilung an der Charité, mitgewirkt hatte, auch mit dem Verband der Privaten Krankenversicherungen (PKV) Pauschalen im Basis- und Standardtarif zu vereinbaren, die sich an den Vergütungsvereinbarungen mit der GKV orientierten.
- 39 2019 umfasste das SPZ der Charité fünf Abteilungen.
- 40 Dabei wurde das ursprüngliche, neuropädiatrische Verständnis von Sozialpädiatrie ausgeweitet. Das Konsenspapier hatte sich noch ausschließlich auf Bedarfsschätzungen zu „neuropädiatrischen Krankheitsbildern“ bezogen und den „besonderen Behandlungsbedarf chronisch und psychiatrisch kranker Kinder und Jugendlicher“ nicht einbezogen.
- 41 Der Standort der damaligen KJA in Wedding wurde mit Blick auf die gesamtstädtische Verteilung der KJA/SPZ in Richtung Reinickendorf verlagert. Der jetzige Standort der KJA/SPZ Reinickendorf/Wedding liegt zwar immer noch im heutigen Bezirk Mitte, aber direkt am Leopoldplatz, um die Erreichbarkeit mit der U-Bahn aus Reinickendorf zu verbessern.
- 42 Hierbei handelt es sich um einen Berufsabschluss in der DDR.
- 43 Dazu wurde die Urkunde der staatlichen Anerkennung als Logopädin ausgehändigt.
- 44 Diese sechs klinikgebundenen SPZ wurden später zu vier Klinikträgern zusammengefasst.
- 45 So wurde es bei der Bewilligung von Maßnahmen der Frühförderung in anderen Bundesländern praktiziert.
- 46 2014 legten alle sechs Träger einen Teilwiderspruch gegen die Bescheide des Zulassungsausschusses der KV Berlin ein, die Ermächtigungen der KJA als SPZ um wiederum nur zwei Jahre zu verlängern. Der Berufungsausschuss folgte der Auffassung des Zulassungsausschusses und lehnte die Teilwidersprüche ab. Da sich diese Entscheidungsabfolge bereits mehrfach wiederholt hatte, klagten die Träger beim Berliner Sozialgericht. 2017 fiel die Entscheidung des Berliner Sozialgerichtes zugunsten der Träger, ohne allerdings dem Berufungsausschuss eine Dauer vorschreiben zu können. 2018 folgte der Berufungsausschuss den Anträgen der Träger und verlängerte um fünf Jahre.
- 47 Die KJA des Vereins Autismus Deutschland Landesverband Berlin, gegründet 1972, ergänzt das System der KJA/SPZ durch den Schwerpunkt „Kinder mit Autismusspektrum-Störungen“, allerdings ohne als SPZ zugelassen zu sein.
- 48 „Extern“ bedeutet, dass die Abläufe, zum Beispiel bei Beschwerden, und die Standards, zum Beispiel zum Datenschutz, der Einrichtung durch einen geschulten Prüfer, der nicht zur Einrichtung gehört, untersucht werden.

- 49 Sie entschieden sich für das QM-System *Qualität und Entwicklung in Praxen* (QEP), das von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung empfohlen wurde.
- 50 Näheres hierzu regelt der Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) von 2016, die sogenannte Qualitätsmanagement-Richtlinie.
- 51 Die erste Software zur Dokumentation und Abrechnung der KJA/SPZ wurde 1997 eingeführt, und zwar trägerübergreifend. Für die sechs Träger, die sonst unterschiedliche Systeme, zum Beispiel für die Buchhaltung, verwenden, war dies ein anspruchsvoller Vorgang. Da die gesetzlichen Anforderungen an die Dokumentation und Abrechnung immer komplexer wurden (vgl. zum Beispiel § 301 SGB V, „elektronische Abrechnung“), haben die KJA/SPZ inzwischen die vierte Softwaregeneration.
- 52 Ayres, A. J. (1998): Bausteine der kindlichen Entwicklung. Berlin: Springer.
- 53 Bode H., Schröder H. & Waltersbacher, A. (Hrsg.) (2008): Heilmittel-Report. Stuttgart: Schattauer.
- 54 Der Sozialverband VdK mietete für die KJA/SPZ Spandau 2009 in derselben Straße, nur 200 Meter entfernt, zusätzliche Räume an. Dort ließ er Therapien und Beratungen durch das Personal der KJA/SPZ durchführen. Dies führte zu einem vierjährigen Rechtsstreit mit dem Berufungsausschuss der KV Berlin, da die ärztliche Zulassung örtlich gebunden ist. Die Berliner Krankenkassenverbände verweigerten Zahlungen für Leistungen, die in diesen zusätzlichen Räumen durch Personal der KJA/SPZ erbracht wurden. Der Sozialverband erhielt in zweiter Instanz vom Landessozialgericht Berlin und Brandenburg Recht. Die ausstehenden Zahlungen wurden beglichen. Die KJA/SPZ Spandau nutzt die Räume immer noch.
- 55 Im Kindertagesstättenförderungsgesetz (KitaFöG; 2005) heißt es in § 6 Absatz 1: „Keinem Kind darf auf Grund der Art und Schwere seiner Behinderung oder seines besonderen Förderungsbedarfs die Aufnahme in eine Tageseinrichtung verwehrt werden. Kinder mit Behinderungen werden in der Regel gemeinsam mit anderen Kindern in integrativ arbeitenden Gruppen gefördert.“
- 56 Das Gesetz, kurz: *Gute Kita Gesetz*, trat am 1. Januar 2019 in Kraft.
- 57 Vgl. Peschel-Gutzeit, L. M. (2006): Recht auf Bildung – Pflicht zur Bildung. In: Frühe Kindheit, 06/06, S. 40–49. Von 1994 bis 1997 war Lore Maria Peschel-Gutzeit Justizsenatorin in Berlin.
- 58 Artikel 6 Absatz 2 Grundgesetz: „Pflege und Erziehung der Kinder sind das natürliche Recht der Eltern und die zuvörderst ihnen obliegende Pflicht.“
- 59 Abgeleitet aus Artikel 7 Absatz 1 Grundgesetz: „Das gesamte Schulwesen steht unter der Aufsicht des Staates.“

- 60 Das SGB IX ordnet seit 2003 die Früherkennung und Frühförderung der medizinischen Rehabilitation zu und stellt sie unter ärztliche Verantwortung. Dabei ist der Begriff der Rehabilitation der deutschen Gesetzessystematik geschuldet, die meist die Gesetze für Erwachsene auf Kinder überträgt. Kinder werden aber nicht rehabilitiert, sondern für ihren Weg in die Gemeinschaft habilitiert (im Sinne von „befähigt“).
- 61 Sozialgericht Nürnberg, Urteil vom 20.07.2017 – S 20 SO 18/14.
- 62 Paragraph 53 des Ausführungsgesetzes zum KJHG für Berlin 2001, geändert zum 01.01.2020. Mit der Einführung der Teilhabeämter in den Jugendämtern setzt das Land Berlin den eingeschlagenen Weg konsequent fort, den Rechtsrahmen der Eingliederungshilfe für Kinder und Jugendliche der Jugendhilfe zuzuordnen.
- 63 Grundpflege und Behandlungspflege sind Leistungen, die nach SGB XI, Pflegeversicherung erbracht werden.
- 64 Das Gesetz beziehungsweise § 119c SGB V trat am 23.07.2015 in Kraft.
- 65 Das MZEB der Cooperative Mensch eröffnet Mitte 2020.
- 66 Das BTHG ist ein umfassendes Gesetzespaket für Menschen mit Behinderung. Es trat 2016 grundsätzlich in Kraft, aber die Umsetzung erfolgt in vier Reformstufen bis 2023. Das BTHG versucht, den Anforderungen der UN-Behindertenrechtskonvention von 2006 zu entsprechen. Zu den ersten Unterzeichnerstaaten gehörte im Jahr 2007 Deutschland. Inzwischen unterzeichneten mehr als 160 Staaten die Konvention.
- 67 Allein diese Anforderung zieht wahrscheinlich eine Erweiterung der Rahmenvereinbarung von 2005 nach sich, so wie es das BTHG in § 46 vorsieht.
- 68 Die Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin und die Vereinigung für interdisziplinäre Frühförderung empfehlen den Einsatz der ICF.

Danksagung

Die Entwicklung, das Layout und der Druck der *Chronik 30 Jahre Kinder- und Jugendambulanzen / Sozialpädiatrische Zentren in Berlin* wurde von der Stiftung Parität Berlin gefördert.

Die Ki.D.T. gGmbH des Sozialverbandes VdK Berlin-Brandenburg bedankt sich bei:

Dr. med. Angelika Albrecht-Haymann, ehemalige ärztliche Leiterin KJA/SPZ Spandau (Ki.D.T. gGmbH)

Helmut Forner, ehemaliger Geschäftsführer der Lebenshilfe gGmbH Berlin

Dr. med. Ellis Huber, Vorstandsmitglied des Paritätischen, LV Berlin

Dr. med. Brigitte Knecht, ehemalige ärztliche Leiterin KJA/SPZ Marzahn (Lebenshilfe gGmbH)

Berndt Maier, ehemaliger Geschäftsführer des Sozialverbandes VdK Berlin-Brandenburg

Dr. med. Theodor Michael, ehemaliger ärztlicher Leiter im SPZ der Charité

Reinald Purmann, ehemaliger Referent für Menschen mit Behinderung des Paritätischen LV Berlin

Dr. med. Sudabeh Savafi, ärztliche Leiterin KJA/SPZ Kreuzberg (Zentrum für Kindesentwicklung e. V.)

Klaus Sprenger, ehemaliger Geschäftsführer der Ki.D.T. gGmbH

Anke Zinser, ehemalige Mitarbeiterin in der Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Familie

Sie führten mit uns ausführliche Gespräche über ihre Erinnerungen an die Entwicklung der Frühförderung und Sozialpädiatrie in Berlin. Und sie gaben uns ihre Einschätzung zu deren weiterer Entwicklung.



Stiftung Parität Berlin
Brandenburgische Straße 80
10713 Berlin
www.paritaet-berlin.de



Kinder.Diagnostik.Therapie gGmbH
– im Sozialverband VdK Berlin – Brandenburg e.V.
Linienstr. 131, 10115 Berlin
www.kinderdiagnosetherapie-berlin.de