

*Isolation Behinderter nicht zulassen*

*Neue Wege bei der Erziehung gehen*

*Toleranz üben*

**BETREUUNG**

*Etikettierungen abschaffen*

**BEHINDERTER KINDER UND JUGENDLICHER**

*Grenzen und Barrieren beseitigen*

**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*

**Ursula Heinze**

**unter Mitarbeit von**

**Brigitte Brückner Anita Dries Evelyn Jahn Susanne Schemmel Anke Zinser**

**BETREUUNG**

**BEHINDERTER KINDER UND JUGENDLICHER**

**IN DER DDR**

**INSBESONDERE IN OST-BERLIN**

Betreuung behinderter Kinder und Jugendlicher in der DDR, insbesondere Ost-Berlin

<u>Inhalt</u>	Seite
Vorwort	4
I. Gesundheits- und Sozialwesen	
1. Meldepflicht	6
2. Ambulante Dienste	6
2.1 Mütterberatungsstellen	6
2.2 Kinder- und Jugendgesundheitsschutz	8
2.3 Beratungsstellen für Neuropsychiatrie des Kinders- und Jugendalters	10
2.4 Stadtbezirksstellen für Rehabilitation	10
2.5 Orthopädische Beratungsstellen	11
3. Betreuende Einrichtungen	13
3.1 Sonderkrippen und Sondergruppen in Krippen	13
3.2 Tagesstätten für schulbildungsfähige, förderungsfähige Kinder und Jugendliche - Rehabilitationspädagogische Tagesstätten	14
3.3 Kliniken	16
4. Konfessionelle Einrichtungen	17
II. Volksbildung	
1. Ambulante Dienste	18
1.1 Sonderpädagogische Beratungsstellen für Sprach-, Stimm- und Hörgeschädigte	
1.2 Pädagogisch-Medizinisches Zentrum	19
1.3 Psychologische Hauptberatungsstelle beim Magistrat von Berlin	20

2.	Betreuende Einrichtungen - Aufbau und Ziele des Sonderschulwesens	20
2.1	Hilfsschulen	22
2.2	Gehörlosen- und Schwerhörigenschulen	23
2.3	Sprachheilschulen	24
2.4	Blinden- und Sehschwachenschulen	24
2.5	Körperbehindertenschulen	25
2.6	Sonderschulen mit Ausgleichsklassen und Ausgleichs- klassen an Oberschulen	25
2.7	Gehörlosen-, Schwerhörigen-, Sehschwachen-, Körper- behindertenhilfsschulen	26
2.8	Sonderschulen im Bereich des Gesundheits- und Sozialwesens	27
2.9	Übersicht über das System der Betreuung behinderter Kinder und Jugendlicher in Ost-Berlin	29
	Nachbetrachtende Anmerkungen	30

### Anhang

Mögliche Ausbildungsgänge  
für die Arbeit mit behinderten Kindern und Jugendlichen  
(Auswahl)

Gesetzliche Grundlagen der Betreuung und Förderung  
behinderter Kinder- und Jugendlicher in der DDR  
(Auswahl)

## Vorwort

Es ist Anliegen dieser Darstellung, einen Überblick über die Erfassung, Betreuung und Förderung behinderter Kinder und Jugendlicher in der DDR, speziell im Ostteil Berlins zu geben.

Diese Broschüre ist das zweite Heft einer Reihe von Veröffentlichungen der Zentralen Beratungsstelle für Integration der Senatsverwaltung für Jugend und Familie.

Im Anschluß an das Heft "Gemeinsame Erziehung von behinderten und nichtbehinderten Kindern in Kindertagesstätten" soll diese Broschüre als Bestandsaufnahme historisch entstandener und politisch gewollter unterschiedlicher Entwicklungen in beiden Teilen Deutschlands und in beiden Teilen der Stadt Berlin verstanden werden.

Eine rückblickende Beschreibung des Systems der Behindertenbetreuung in der DDR soll Betroffenen (Eltern, Lehrern, Erziehern, Behörden, freien Trägern und anderen) Einsichten in die Vergangenheit vermitteln, zur Überwindung von Problemen der Umgestaltung beitragen und Verständnis für Neuentwicklungen auf diesem Gebiet wecken. Auseinandersetzung im Sinne kritischer Abwägung von Positivem und Negativem ist zu diesem Zeitpunkt nur ansatzweise möglich und muß im übrigen einer evtl. folgenden Darstellung überlassen werden.

Eines möchte ich aber unbedingt deutlich machen - behinderte Kinder sind in erster Linie K i n d e r - und für deren Probleme fühlt sich daher auch, eben wie bei allen Kindern, in erster Linie der Senator für Jugend und Familie verantwortlich.

Ein Prozeß des Umdenkens, der auf die Veränderung der bisherigen Strukturen der Betreuung behinderter Kinder in der ehemaligen DDR gerichtet ist, ist m. E. unabdingbar.

Ziel muß es sein, Trennendes aufzuheben und Aussonderung zu überwinden, so daß wir dem Ziel einer gemeinsamen Erziehung behinderter und nichtbehinderter Kinder ein Stück näher kommen.

Thomas Krüger

## I. Gesundheits- und Sozialwesen

### 1. Meldepflicht

Mit der "Anordnung (Nr. 1) über die Meldung von Körperbehinderungen, geistigen Störungen, Schädigungen des Sehvermögens und Schädigungen des Hörvermögens" i.d.F. des Gesetzes vom 12.1.1968 (Gesetzblatt I Nr. 3, 1968, S. 101) wurde die Erfassung geschädigter Kinder und Jugendlicher geregelt, um die Organisation und Durchführung ihrer gesundheitlichen Betreuung sicherzustellen. Die Anordnung bezog sich auf Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr. Zur Meldung über bestehende oder drohende Schädigungen waren durch das Gesetzblatt verpflichtet:

- "a) Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker
- b) Krankenpflegepersonen (Schwestern, Pfleger, Fürsorgerinnen u. a.)
- c) Angehörige pädagogischer Berufe
- d) Eltern und sonstige Erziehungsberechtigte." (a.a.O.)

Die Meldung erfolgte an die Abteilung Gesundheitswesen (Mütterberatung oder Kinder- und Jugendgesundheitsschutz) des Stadtbezirkes. Alle Neugeborenen waren auf bestehende oder drohende Leiden im genannten Sinne zu untersuchen.

### 2. Ambulante Dienste

#### 2.1 Mütterberatungsstellen

Laut "Richtlinie für die Mütterberatung" vom 26.4.1979 (In: Verfügungen und Mitteilungen des Ministeriums für Gesundheitswesen, Nr. 5, 1979, S. 70) waren Mütterberatungsstellen in jedem Stadtbezirk für die "kontinuierliche gesundheitliche Überwachung" von Kindern bis zu 3 Jahren zuständig, sofern diese keine oder noch keine Kindereinrichtungen besuchten.

Die Kinder waren nach ihrer Betreuungsbedürftigkeit in verschiedene Gruppen unterteilt:

- Normalbetreuungsgruppe (wurde nicht spezifisch betreut, Kinder mit altersgemäßer Entwicklung)
- Dispensairegruppe I, Überwachungsgruppe  
Kinder mit speziellem Überwachungsbedürfnis z. B. Entwicklungsverzögerung, Infektanfälligkeit, Geburtsgewicht unter 2.500 g
- Dispensairegruppe II  
Kinder mit chronischen Krankheiten oder geschädigte Kinder, die einer ständigen oder zeitweiligen fachärztlichen Betreuung bedürfen (Kardiologie, Angiologie, Pulmologie, Kinderneuropsychiatrie, Orthopädie, Augenheilkunde, Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten u. a.)
- Sondergruppe, Betreuungsgruppe S  
Kinder, die durch Krankheiten und/oder schwere gesundheitliche Schäden behindert sind

Zum Besuch der Mütterberatungsstellen sowie auch der Schwangerenberatungsstellen waren die Eltern verpflichtet. Finanzielle Zuwendungen waren an diese Besuche gebunden. Den Anspruch auf eine staatliche Geburtenbeihilfe in Höhe von 1.000,00 Mark für jedes Kind erwarb die Frau, indem sie sich innerhalb der ersten 16 Schwangerschaftswochen erstmalig und in der 21. bis 28. Schwangerschaftswoche erneut einer ärztlichen Untersuchung unterzog und nach der Entbindung in den ersten 4 Monaten den Säugling einmal monatlich in der Mütterberatungsstelle vorstellte. Vor der Entbindung wurden 150,00 Mark, nach der Geburt 750,00 Mark und dann je Monat 25,00 Mark ausgezahlt. Die Mütterberatungsstellen, denen Geburtsberichte übersandt wurden, waren Bestandteile der Abteilungen Kinderheilkunde der Polikliniken. Aufgaben der Mütterberatungsstellen waren:

- Reihenuntersuchungen (zur Beurteilung der altersgerechten, körperlichen und funktionellen Entwicklung laut Standardprogramm)



- Schutzimpfungen entsprechend den Rechtsvorschriften
- Rachitisprophylaxe
- Frühdiagnostik von Stoffwechselstörungen
- Dispensairebetreuung
- fürsorgerische Hausbesuche

Zur Dokumentation waren sowohl die Mütterberatungsstellen als auch die Kinderkrippen verpflichtet. Für von Schädigungen bedrohte bzw. geschädigte Säuglinge und Kleinkinder gab es gesonderte Sprechstunden, die eine medizinische und soziale Betreuung der betroffenen Familien gewährleisten sollten.

Die Anzahl der Mütterberatungsstellen erhöhte sich in Ost-Berlin von 61 im Jahre 1970 auf 72 im Jahre 1989.

## 2.2 Kinder- und Jugendgesundheitschutz (KJGS)

Laut "Richtlinie für den Kinder- und Jugendgesundheitschutz" vom 26.4.1979 (In: Verfügungen und Mitteilungen des Ministeriums für Gesundheitswesen, Nr. 5, 1979) war die Abteilung Kinder- und Jugendgesundheitschutz in jedem Stadtbezirk zur "kontinuierlichen gesundheitlichen Überwachung, insbesondere prophylaktischen Betreuung aller Kinder und Jugendlichen im Alter von 3 Jahren bis zum Abschluß des Schulbesuches" zuständig.

In den Abteilungen des Kinder- und Jugendgesundheitschutzes waren "Dispensaires für geschädigte Kinder und Jugendliche" eingerichtet, die nach den "Methodischen Hinweisen zur Dispensairebetreuung für geschädigte Kinder und Jugendliche vom 30. Juni 1982" arbeiteten. (In: Verfügungen und Mitteilungen Ministeriums für Gesundheitswesen, Nr. 6, 1982)

Aufgaben bestanden in der:

"Organisation der Früherfassung aller geschädigten Kinder, bei denen ...eine Schulbildungsfähigkeit in einer Ober- bzw. Sonderschule zu erwarten ist..."

Koordinierung der prophylaktischen, diagnostischen, therapeutischen und rehabilitativen Maßnahmen aller Fachdisziplinen, Beratung der Kinder und Jugendlichen sowie der Familien, Eltern, Lehrer und Erzieher in medizinischen, sozialen und rechtlichen Fragen...

Abstimmung der Maßnahmen zur rechtzeitigen Berufsorientierung und Beratung...sowie Kontrolle über die Durchführung entsprechender sozialpolitischer Maßnahmen." (a.a.O., S. 73)

Zu den weiteren Aufgaben des Kinder- und Jugendgesundheitssschutzes zählten medizinische und psychologische Begutachtungen im Rahmen der Aufnahmeverfahren für die Sonderschulen. Mitarbeiter im Kinder- und Jugendgesundheitssschutz waren Jugendärzte, Psychologen, Fürsorgerinnen. In einigen Stadtbezirken gab es beim Kinder- und Jugendgesundheitssschutz eine psychologische Ambulanz, meistens aber nur einzelne Psychologenstellen, die gemäß der inhaltlichen Zielstellung der Abteilung folgende Aufgaben hatten:

Diagnostik (z. B. allgemeine Entwicklungsdiagnostik, Schulfähigkeitsdiagnostik, Psychodiagnostik im Rahmen der sonderpädagogischen Aufnahmeverfahren),

Beratung von Eltern, Lehrern, Erziehern, Schulärzten, ggf. therapeutische Interventionen.

Wie bei den Mütterberatungsstellen gab es auch für den Kinder- und Jugendgesundheitssschutz die Pflicht zur Berichterstattung und Dokumentation. Für jede Altersgruppe existierten spezifische Statusbögen. Diese wurden von den Mütterberatungsstellen übernommen und vom Kinder- und Jugendgesundheitssschutz weitergeführt. Mit Beginn der Berufsausbildung wurden sie ggf. auf Anforderung an die zuständige Einrichtung des Betriebsgesundheitswesens oder an andere entsprechende Gesundheitseinrichtungen weitergegeben, wenn diese die Betreuung der Jugendlichen übernahmen.

### 2.3 Beratungsstellen für Neuropsychiatrie des Kinder- und Jugendalters

In jedem Stadtbezirk gab es eine solche Beratungsstelle mit folgenden Aufgaben:

- Diagnostik (z.B. neuropsychologische Diagnostik, Schulfähigkeitsdiagnostik, Diagnostik beim Aufnahmeverfahren für Sondereinrichtungen)
- Beratung von Eltern, Lehrern, Erziehern (auch aus Sonderschulen)
- therapeutische Interventionen.

Alle Kinder und Jugendlichen des Stadtbezirkes konnten diese Betreuung bei Bedarf in Anspruch nehmen. Mitarbeiter waren in der Regel ein Arzt (Facharzt für Kinderneuropsychiatrie), mehrere Psychologen, Fürsorgerinnen, evtl. Rehabilitationspädagogen.

### 2.4. Stadtbezirkszentrum für Rehabilitation

Das Stadtbezirkszentrum für Rehabilitation (Stadtbezirksstelle für Rehabilitation) betreute Menschen mit Schädigungen im Stadtbezirk. Diese Zentren fungierten als Leiteinrichtung aller im Stadtbezirk vorhandenen Einrichtungen zur Rehabilitation, welche in der Regel waren:

- Stadtbezirksstelle für Rehabilitation
- Tagesstätten für schulbildungsunfähige, förderungsfähige Kinder und Jugendliche
- geschützte Werkstätten
- Heime für geschütztes Wohnen, Wohnstätten

Die Betreuung in den genannten Einrichtungen begann im Kleinkindalter und zog sich über die Arbeitstätigkeit in geschützten Werkstätten hin zum geschützten Wohnen. Sie wurde im allgemeinen mit dem Begriff der "Rehabilitationskette" bezeichnet.

Die Stadtbezirksstellen führten auch eine medizinische und soziale Beratung durch. Mitarbeiter waren in der Regel ein Arzt (Leiter), Fürsorgerinnen, Psychologen oder Pädagogen bzw. Soziologen.

## 2.5 Orthopädische Beratungsstellen

Orthopädische Beratungsstellen waren selbständige ambulante Einrichtungen des Gesundheitswesens des jeweiligen Stadtbezirks. Neben prophylaktischen Maßnahmen zur Vorbeugung und Verhütung von Krankheiten bei Kindern mit Haltungsschäden hatten sie die Aufgabe, Kinder und Jugendliche mit orthopädischen Erkrankungen medizinisch und sozialfürsorgerisch zu betreuen (Therapie- und Hilfsmittelversorgung). Mitarbeiter waren jeweils Fachärzte für Orthopädie und eine Fürsorgerin.

### Gesundheits- und Sozialwesen

#### Beratungsstellen

Jahr	Insgesamt	darunter						
		Diabetis	Tbt	Geschwulst- beratung	Schwangeren- beratung	Mütter- beratung	Jugendgesund- heitschutz	Alkohol und Drogen
Anzahl								
1970.....	148	10	8	8	17	61	22	.
1975.....	162	8	8	8	15	62	29	.
1980.....	174	9	9	9	20	61	32	.
1985.....	182	9	9	9	20	66	33	.
1986.....	196	10	10	10	20	69	35	.
1987.....	214	12	10	10	22	70	35	.
1988.....	209	11	11	11	21	70	32	.
1989.....	247	11	11	11	21	72	33	7

Gesundheits- und Sozialwesen

Jugendgesundheitsschutz

Jahr	Dispensairebetreute	Psychiatrische	Orthopädische	darunter:
	Kinder und Jugendliche	Betreuungsfälle	Betreuungsfälle	Körperbehinderte
Anzahl				
1970			24.973	2.616
1975	30.138	14.040	21.262	2.926
1980	27.519	15.429	17.665	3.108
1985	30.769	20.145	18.532	3.115
1986	31.555	21.652	18.843	3.359
1987	37.521	22.291	19.556	3.202
1988	36.226	23.097	19.925	3.232
1989	42.923	24.479	22.134	-
Nach Stadtbezirken 1989				
Mitte	2.995	2.677	1.146	-
Prenzlauer Berg	2.465	3.778	3.430	-
Friedrichshain	2.915	1.381	1.517	-
Treptow	2.711	1.650	1.699	-
Köpenick	1.237	1.972	1.626	-
Lichtenberg	3.126	3.081	2.165	-
Weißensee	2.209	928	604	-
Pankow	1.842	1.534	1.122	-
Marzahn	15.521	5.283	2.614	-
Hohenschönhausen	2.172	2.192	2.019	-
Hellersdorf	5.704	-	861	-

### 3. Betreuende Einrichtungen

#### 3.1 Sonderkrippen, Sondergruppen in Krippen

Mit der "Ordnung zur Förderung geschädigter Säuglinge und Kleinkinder" (In: Verfügungen und Mitteilungen des Ministeriums für Gesundheitswesen vom 03.08.1975, Nr. 1) wurde die Erziehung und Förderung von behinderten Kindern im Alter von 0 bis 4 Jahren in Sonderkrippen bzw. in Sondergruppen von Regelkrippen geregelt. Aufgenommen wurden "Kinder mit Körper-, Sinnesschädigung oder Intelligenzminderungen bzw. Kinder mit psychomotorischer Retardierung, die nicht in der Lage sind, sich altersentsprechend zu verhalten, zu verständigen und zu bewegen." (a.a.O.).

Für die Sonderkrippe bzw. -gruppe wurden die Kinder durch eine berufene Kommission nach umfassender Diagnose und Kenntnis der familiären Situation ausgewählt, wobei dieser Kommission angehören sollten:

"...der betreuende Kinderarzt..., ein Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, ein Psychologe, ein Rehabilitationspädagoge, eine Krippenerzieherin der Sondergruppe, eine Krippenleiterin, der Kreisjugendarzt als Leiter des Dispensaire für geschädigte Kinder und Jugendliche." (a.a.O.).

Die Einrichtung derartiger Sonderkrippen und Sondergruppen in Regelkrippen war der allgemeinen Krippensituation (große Gruppen, wenig Personal) geschuldet. In den Sonderkrippen sollten einer Gruppe nur 8 Kinder angehören, wobei die Anzahl der Erzieherinnen nach dem Betreuungsschlüssel 1:3 für Tageskrippen bestimmt wurde (Wochenkrippen 1:2, Dauerheime 1:1,5). Mitarbeiter waren in der Regel Krippenerzieherinnen, Säuglings- und Kinderschwestern und Krankenschwestern, die nach einem "Anleitungsmaterial zur Früherziehung geschädigter Säuglinge und Kleinkinder in Sondergruppen der Kinderkrippen und Dauerheime" (bestätigt vom Ministerium für Gesundheitswesen, 1987) arbeiteten. Im 4. Lebensjahr wurde nach erneuter Diagnostik und Beratung der zuständigen betreuenden Mediziner und Psychologen mit den Eltern eine Entscheidung für den Übergang des Kindes in weiterführende Einrichtungen der Volksbil-

dung bzw. des Gesundheitswesens getroffen. Dieser Übergang gestaltete sich häufig sehr schwierig. Dafür gab es unterschiedliche Gründe, z.B.

- nicht eindeutig einer bestimmten Schädigungsart zuzuordnende diagnostische Befunde
- das Platzangebot reichte nicht aus (32.024 Krippenplätze im Rehabilitationsreich gegenüber ca. 300 im Sonderbereich).

### 3.2 Tagesstätten für schulbildungsunfähige förderungsfähige Kinder und Jugendliche, Rehabilitationspädagogische Tagesstätten

In den "Grundsätzen für die Gestaltung der Förderung schulbildungsunfähiger Kinder und Jugendlicher "(In: Verfügungen und Mitteilungen des Ministeriums für Gesundheitswesen, Nr. 3, 1975, S. 14) wurde die Arbeit der Rehabilitationspädagogischen Tagesstätten, auch Fördereinrichtung genannt, geregelt. Die Population der aufzunehmenden Kinder wird dort wie folgt gekennzeichnet:

"Schulbildungsunfähig förderungsfähig sind Kinder und Jugendliche, die wegen einer organisch begründeten erheblichen Intelligenzminderung und Störung der Gesamtpersönlichkeit nicht in der Lage sind, elementare Unterrichtsanforderungen zu erfüllen. Sie verfügen jedoch noch über physische und psychische Voraussetzungen, unter systematischer Förderung elementares Umweltwissen zu erwerben sowie Fähigkeiten, Fertigkeiten, Gewohnheiten und soziale Verhaltensweisen auszubilden, die sie befähigen, bei ständiger Hilfe am Leben in der sozialistischen Gemeinschaft Anteil zu nehmen und unter den Bedingungen der geschützten Arbeit Tätigkeiten im gesellschaftlichen Arbeitsprozeß auszuüben." (a.a.O., S. 14).

Zur Auswahl und Diagnostik waren bei den örtlichen Räten, Abt. Gesundheits- und Sozialwesen, Kommissionen zu bilden, denen ein Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, der Jugendarzt, ein klinischer Psychologe sowie ein Rehabilitationspädagoge aus einer Fördereinrichtung angehören sollten. Die Diagnostizierung konnte

sowohl ambulant als auch stationär erfolgen. Zur Einweisung in eine Fördereinrichtung war die Zustimmung der Erziehungsberechtigten erforderlich. Die Tagesstätten betreuten Kinder und Jugendliche im Alter von 4 bis 18 Jahren, wobei das erste Jahr als Beobachtungszeit galt, nach deren Ablauf in Zweifelsfällen eine erneute Vorstellung vor der Untersuchungskommission zur Festlegung weiterer Maßnahmen vorgesehen war. Die Arbeit in den Einrichtungen erfolgte auf der Grundlage eines staatlich bestätigten Programms, das insbesondere auf die Herausbildung lebenspraktischer Fähigkeiten ausgerichtet war. Die Aneignung von Kulturtechniken (Lesen und Schreiben) war ausdrücklich ausgeschlossen. Ausgehend vom "Förderprogramm" sollte für jedes Kind ein individueller Förderplan erarbeitet werden. Das Ziel der Förderung bestand perspektivisch darin, daß die Jugendlichen unter angemessenen Bedingungen eine gesellschaftlich nützliche Tätigkeit ausüben können. Entsprechend den örtlichen Bedingungen konnten für diese Population folgende Einrichtungen bestehen:

- Rehabilitationspädagogische Tagesstätten:

Aufnahme von Kindern und Jugendlichen, bei denen eine ständige medizinische Behandlung nicht notwendig war und die nur einen geringen pflegerischen Aufwand erforderten (relevant für größere Städte, u.a. für Berlin). Betreuungsschlüssel 1:6.

- Wochenheime:

Aufnahme von Kindern und Jugendlichen, bei denen eine ständige medizinische Behandlung nicht notwendig war und die nur einen geringen pflegerischen Aufwand erforderten (relevant für Kreise mit ungünstigen Verkehrsbedingungen). Betreuungsschlüssel hier 1:4.

- Dauerheime:

Aufnahme von Kindern und Jugendlichen, bei denen aufgrund schwerer psychischer Schädigungen oder zusätzlicher Hörschädigung, Sehschädigung, schwerer Körperbehinderung oder aus sozialen Gründen ein Verbleib in der Familie nicht möglich war, die regelmäßige medizinische Betreuung brauchten und bei denen ein höherer pflegerischer



Aufwand erforderlich war (relevant bei Kooperation an mehrerer Kreise oder Bezirke). Betreuerschlüssel hier 1:4.

Ein Teil der Einrichtungen wurde durch Diplomrehabilitationspädagogen geleitet (Hochschulausbildung). Nur relativ wenige Gruppen-erzieherinnen (etwa 14 %) waren in einem pädagogischen Grundberuf (Krippenerzieherin, Kindergärtnerin) ausgebildet und hatten zum Teil ein Zusatzstudium als Diplomrehabilitationspädagoge absolviert.

Einrichtungen für schulbildungsunfähige förderungsfähige Kinder gab es unter staatlicher Aufsicht in der ehemaligen DDR erst seit 15 Jahren. Vorher war die genannte Population fast ausschließlich in konfessionellen Einrichtungen untergebracht. Schwerstmehrfachgeschädigte Kinder und Jugendliche fanden nur selten Aufnahme in Tages- und Wocheneinrichtungen. Sie wurden in Heime und Kliniken aufgenommen und dort lediglich pflegerisch, ohne pädagogische Förderung, betreut. Erst in den letzten Jahren wurden Bestrebungen deutlich, solche Kinder und Jugendlichen aus Kliniken und Heimen in die Tagesbetreuung zu übernehmen (Elementar-Rehabilitation, Betreuerschlüssel hier in der Regel 1:3, angestrebt war 1:1).

### 3.3 Kliniken

Die Betreuung schwerstmehrfachgeschädigter (komplexgeschädigter) Kinder und Jugendlicher außerhalb der Familie stellte lange Zeit ein fast unlösbares Problem dar. Wenn die Eltern keinen Platz für ihr Kind in einer Kindereinrichtung fanden, blieb nur die Dauerunterbringung in einem Krankenhaus oder einer Klinik übrig. Zur Zeit befindet sich noch eine große Zahl schwerstgeschädigter Kinder und Jugendlicher, die im Sinne des og. Programms nicht als förderungsfähig galten, in Krankenhäusern und Kliniken und ist dort anteilig auf den Kinderstationen untergebracht (in sogenannten "Belegbetten"). Ausschließlich pflegerisch betreut, verkümmern bei diesen Kindern und Jugendlichen alle vorhandenen Fähigkeiten. Sie verbringen im Bett liegend ihre Zeit, bis sie nach Erreichen

des 18. Lebensjahres in ein Feierabend- oder Pflegeheim verlegt werden.

#### 4. Konfessionelle Einrichtungen

Die kirchlichen Einrichtungen, in denen auch behinderte Kinder und Jugendliche betreut wurden, spielten im Sozialsystem der Stadt eine wesentliche Rolle. Lange Zeit (bis vor ca. 15 Jahren) waren sie für Menschen mit bestimmten Schädigungen (z.B. schwerstmehrfachgeschädigte Kinder und Jugendliche) die einzige Versorgungsmöglichkeit. Es gab unterschiedlichste Betreuungsformen, von denen nur beispielhaft aufgezählt werden sollen:

- Einzelplätze für Jugendliche, familiengelöste Geschädigte,
- Tagesstätten für Kinder, die den jeweiligen Gemeinden unterstellt waren,
- Geschädigtengruppen in kirchlichen Heimen,
- regionalübergreifende Einrichtungen, in denen unterschiedlichste Betreuungsformen vorhanden waren.

Vorschulerziehung

Stand: 15. September

---

Kindergärten und -wochenheime (ohne Saisoneinrichtungen)

---

Jahr	Einrichtungen	Erzieher 1)	Betreute Kinder	Betreute Kinder je Erzieher	Betreute Kinder je 1.000 Kinder im Kinder- gartenalter
1970	465	2.609	38.490	14,8	591
1975	507	3.275	45.308	13,8	854
1980	559	3.898	47.560	12,2	916
1985	643	5.169	60.703	11,7	951
1986	657	5.293	62.159	11,7	982
1987	664	5.326	61.779	11,6	960
1988	692	5.641	63.481	11,3	967
1989	697	5.808	61.960	10,7	959

Konfessionelle Einrichtungen

1970	54	140	2.459	17,6
1975	54	105	2.051	19,5
1980	52	148	1.957	13,2
1985	51	166	1.962	11,8
1986	52	166	1.975	11,9
1987	49	160	1.894	11,8
1988	52	177	1.945	11,0
1989	52	175	1.926	11,0

Kindergärten und -wochenheime insgesamt nach Stadtbezirken 1989

Mitte	52	332	3.510	10,6	1.006
Frenzlauer Berg	82	545	6.111	11,2	947
Friedrichshain	58	473	5.240	11,1	985
Treptow	57	384	3.471	9,0	956
Köpenick	59	403	4.095	10,2	994
Lichtenberg	82	643	5.959	9,3	1.033
Weißensee	27	177	1.612	9,1	923
Pankow	73	488	4.327	8,9	1.078
Marzahn	71	899	10.723	11,9	974
Hohenschönhausen	69	765	8.692	11,4	918
Hellerodorf	67	699	8.220	11,8	857

## II Volksbildung

### 1. Ambulante Dienste

#### 1.1 Sonderpädagogische Beratungsstellen für Sprach-, Stimm- und Hörgeschädigte

Die sonderpädagogischen Beratungsstellen arbeiteten auf der Grundlage der "Anweisung zu den Aufgaben und zur Arbeitsweise der sonderpädagogischen Beratungsstellen für Sprach-, Stimm- und Hörgeschädigte vom 25.03.1981" (In: Verfügungen und Mitteilungen des Ministeriums für Volksbildung, Nr. 5, 1981, S. 49). Diese waren in der Regel einer Sprachheilschule oder einer anderen Sonderschule

(Hilfsschule) angegliedert. In jedem Stadtbezirk gab es eine solche Beratungsstelle, in der Sonderpädagogen mit einer speziellen Ausbildung als Sprach- und Stimmheilpädagoge bzw. Hörgeschädigtenpädagoge arbeiteten. Die Beratungsstellen hatten die Aufgabe, Kinder sonderpädagogisch zu betreuen, die nicht oder noch nicht in Vorschulgruppen oder Klassen von Sonderschulen aufgenommen wurden. Sie diagnostizierten in Zusammenarbeit mit Medizinern und Psychologen sprach- und hörgeschädigte Kinder und leiteten Maßnahmen für die Überwindung oder Minderung der Schädigungen ein. Hauptziel der Arbeit der Beratungsstellen war es, sprachliche Auffälligkeiten schon im Vorschulalter zu erkennen, zu überwinden oder soweit zu mindern, daß eine altersgerechte Einschulung in eine Oberschule, eine Sprachheilschule oder eine andere Sonderschule möglich wurde. Die Pädagogen der Beratungsstellen arbeiteten vorwiegend in den regulären Kindergärten, arbeiteten mit den Kindergärtnerinnen zusammen und führten Elternanleitung und Beratung durch.

#### 1.2. Pädagogisch-Medizinisches Zentrum (PMZ)

Das PMZ gab es erst seit 1989 und war eine dem Ministerium für Volksbildung unterstellte und durch den Magistrat von Berlin geleitete Einrichtung, bestehend aus Schule, Heimen und psychodiagnostischer Abteilung. Es wurden besonders verhaltensauffällige Kinder (Schulalter 1. bis 8. Klasse, d. h. Kinder im Alter von 6 - 15 Jahren) mit erheblichen Auffälligkeiten im Sozial- und Leistungsverhalten therapiert. Es wurde nach 6-wöchigem Aufenthalt ein psychologisch-pädagogisches Gutachten mit speziellen sonderpädagogischen Empfehlungen erarbeitet. Das PMZ war eine Einrichtung, die über den Rahmen Berlins hinaus wirkte und Kinder mit besonderen Problemen aus der gesamten ehemaligen DDR aufnahm. Mitarbeiter waren Heimerzieher, Sonderpädagogen, Psychologen, eine Kinderneuropsychiaterin, Krankenschwestern, Psychotherapeuten.

### 1.3 Psychologische Hauptberatungsstelle des Magistrats von Berlin

Die Aufgabe dieser Einrichtung war es, "sozial gefährdete Kinder" zu diagnostizieren und psychotherapeutisch zu betreuen. Gleichzeitig wurden Sonderpädagogen, Erzieher und Eltern beraten. Mitarbeiter der psychologischen Hauptberatungsstelle waren Psychologen.

### 2. Betreuende Einrichtungen - Aufbau und Ziele des Sonderschulwesens

Die "5. Durchführungsbestimmung zum Gesetz über das einheitliche, sozialistische Bildungssystem - Sonderschulwesen" vom 9. Februar 1984 (In: Gesetzblatt der DDR vom 23. März 1984, Teil I, Nr. 8, S. 85 ff.) regelte Aufnahme, Förderung und Bildung von behinderten Kindern und Jugendlichen im Bereich der Volksbildung. Zum Geltungsbereich gehörten:

Hilfsschulen

Gehörlosenschulen

Schwerhörigenschulen

Blindenschulen

Sehschwachenschulen

Sprachheilschulen

Körperbehindertenschulen

Sonderschulen mit Ausgleichsklassen und Ausgleichsklassen an Oberschulen

Gehörlosen-Schwerhörigen-Sehschwachen-Körperbehinderten-Hilfsschulen

Schulen im Bereich des Gesundheits- und Sozialwesens

Berufshilfsschulen

Gehörlosen- und Schwerhörigen-Berufsschulen.

Den Schulen waren in der Regel Vorschulteile (ab 3. bzw. 4. Lebensjahr), z. T. Internate und Berufsschulteile, angegliedert.

Die Einrichtungen des Sonderschulwesens wurden ausschließlich gegenüber solchen Vorschulkindern und Schülern wirksam, "... bei

denen unter den Bedingungen des Kindergartens oder der allgemeinbildenden polytechnischen Oberschule die Ausprägung einer wesentlichen physisch-psychischen Schädigung nicht zu verhüten, zu mindern bzw. zu beseitigen ist und deren weitere Persönlichkeitsentwicklung aus diesen Gründen zeitweilig oder dauernd nur im Rahmen sonderpädagogischer Einflußnahme gewährleistet werden kann". (a.a.O., S. 85).

Damit wurde praktisch per Gesetz sonderpädagogische Einflußnahme an sonderpädagogische Einrichtungen gebunden. Erklärtes Ziel aller Einrichtungen des Sonderschulwesens war die "Sicherung der allseitigen Persönlichkeitsentwicklung der nach Art und Grad unterschiedlich geschädigten Kinder und Jugendlichen". (a.a.O.). Es wurde davon ausgegangen, daß die grundlegenden Ansprüche an Allgemeinbildung für alle Kinder gelten und daß Integration vor allem erreicht werden kann, indem Behinderten eine möglichst umfassende Allgemeinbildung vermittelt wird, und zwar unter besonderen, also Sonderschulbedingungen. Bei der Bestimmung von Zielen und Inhalten der Arbeit in Sondereinrichtungen wurde zum Teil linear am Allgemeinbildungskonzept für den sog. Normalbereich festgehalten, was zur Überforderung von Schülern und Lehrern führte. Durch eine Orientierung der Regelschulen auf die Aneignung eines bei allen Kindern abprüfbaren Wissens und Könnens, mit dem Ziel, daß alle Kinder sich alles zum gleichen Zeitpunkt möglichst auf gleichem Niveau und auf gleiche Weise aneignen müßten, ließ sehr wenig Raum für Differenzierungen. Unterschiedlichen Leistungsvoraussetzungen konnte so nicht hinreichend entsprochen werden. Dies führte dazu, daß sich an den Oberschulen zunehmend die Tendenz ausprägte, Kinder, die den hohen Anforderungen nicht gewachsen waren, auszuweisen, sie an Sonderschulen zu überweisen, häufig in der positiven Absicht, ihnen so bessere Entwicklungschancen durch den Schutz vor unangemessenem Leistungsdruck und Frustration zu geben. Antragsteller für die Aufnahme in eine Sondereinrichtung waren in der Regel die Pädagogen der Oberschulen, Jugendärzte, Psychologen, Rehabilitationspädagogen und teilweise Eltern, deren Zustimmung in jedem Fall eingeholt wurde. Es wurde eine Aufnahmekommission gebildet, die die Aufnahmedokumentation, bestehend aus allgemeiner

pädagogischer Einschätzung, medizinischer, psychologischer und sonderpädagogischer Begutachtung, erstellte. Die sonderpädagogische Überprüfung erfolgte im Rahmen eines Aufnahmeverfahrens, das alljährlich zu einem festgelegten Zeitpunkt durchgeführt wurde. Die Aufnahmekommission empfahl abschließend dem Schulrat die Aufnahme bzw. die Nichtaufnahme in Einrichtungen des Sonderschulwesens, wobei dem Schulrat die abschließende Entscheidung oblag. Den betroffenen Eltern sollte das Ergebnis "vertrauensvoll und gründlich erläutert" werden (a.a.O.). Die Eltern hatten das Recht, Einspruch zu erheben, was aber keine aufschiebende Wirkung hatte. Kinder konnten zum Aufnahmeverfahren mehrmals vorgeschlagen werden. Es war besonders kompliziert, wenn ein Kind mehrfachgeschädigt war und/oder Verhaltensauffälligkeiten zeigte.

## 2.1 Hilfsschulen

Hilfsschulen sind 8-klassige, allgemeinbildende, polytechnische Schulen. In der Regel besaßen Hilfsschulen die Abteilungen I und II. In der Abt. I sollten Kinder mit einer Debilität leichten bis mittleren Grades und in der Abt. II Kinder mit einer Debilität mittleren bis schwereren Grades unterrichtet werden. Die Abt. I nahm Kinder ab zweitem Schuljahr auf, nachdem diese im Unterricht der Oberschule versagt hatten. In die Abt. II wurden Kinder in die erste Klasse eingeschult, bei denen die Debilität schon im Vorschulalter deutlich war und die zum Teil bereits den Vorschulteil der Hilfsschule oder den Vorschulteil der Sprachheilschule besucht hatten. Für die Abt. I und II gab es spezielle Lehrpläne mit einem unterschiedlichen Anforderungsniveau. In den ersten 3 Schuljahren war ein Wechsel von Abt. II nach Abt. I prinzipiell möglich. Eine Rückschulung in die allgemeinbildende Schule war ausgeschlossen. Über die Aufnahme in die Hilfsschule wurde in einem Hilfsschulaufnahmeverfahren befunden. Es gab einen festgelegten Modus (Inhalte für ein Aufnahmeverfahren mit vorherigem Schulbesuch, Inhalte für ein Aufnahmeverfahren ohne vorherigen Schulbesuch). Ein Kind konnte nur dann zum Aufnahmeverfahren für die Hilfsschule gemeldet

werden, wenn es nachweislich nicht dem Leistungsniveau seiner Altersgruppe entsprach und wenn andere Ursachen für das Leistungsver-sagen (z.B. Hör-, Seh- und Sprachstörungen) ausgeschlossen waren.

Alle Abgänger der Hilfsschulen hatten ein gesetzlich garantiertes Recht auf eine Berufsausbildung und einen Arbeitsplatz. Abgänger der Abt. I erhielten eine 2-jährige Ausbildung auf Teilgebieten von Ausbildungsberufen (Teilfacharbeiter) und Abgänger der Abt. II eine 1-jährige Ausbildung für einfache Arbeitstätigkeiten. Die Vorschulteile der Hilfsschulen hatten die Aufgabe, auf der Grundlage eines bestätigten Programms intellektuell geschädigte Vorschulkinder auf den Besuch der Hilfsschule vorzubereiten. Bis zum 9. Lebensjahr konnte versucht werden, Hilfsschulfähigkeit zu erreichen. Anderenfalls stand eine Überweisung in eine Einrichtung für schulbildungsunfähige, förderungsfähige Kinder an.

## 2.2 Gehörlosen- und Schwerhörigenschulen

In Gehörlosenschulen wurde auf der Grundlage spezieller Lehrpläne versucht, den gehörlosen Kindern eine dem Abschlußniveau der Oberschule entsprechende Allgemeinbildung zu vermitteln. Besonders in den letzten Jahren versuchte man zunehmend das Restgehör auszunutzen, um durch eine intensive Hör-Sprecherziehung eine Verbesserung der Lautsprache zu erreichen. Die Bildung und Erziehung hörgeschädigter Kleinkinder erfolgte in den ersten drei Lebensjahren im Rahmen der Früherziehung durch Hörgeschädigtenpädagogen in den Beratungsstellen, die der Gehörlosenschule angegliedert waren bzw. durch Sonderpädagogen in den sonderpädagogischen Beratungsstellen. Diese Stellen übernahmen die Elternanleitung und veranlaßten die Diagnostik mit dem Ziel einer Vorentscheidung für den künftigen Bildungsweg des hörgeschädigten Kindes. Erst vom 3. Lebensjahr an erfolgte eine intensive Arbeit mit dem gehörlosen Kind, weil in diesem Alter die Aufnahme in den Vorschulteil der Gehörlosenschule möglich war. In Schwerhörigenschulen wurden die Schüler in Abhängigkeit von ihrem sprachlichen Entwicklungsstand



in A-Klassen und B-Klassen unterrichtet. In A-Klassen wurde auf der Grundlage der Stundentafel, der Lehrpläne und der Lehrbücher der Oberschule unterrichtet, während es für B-Klassen spezielle Lehrpläne und eine spezielle Stundentafel gab. Die Berufsausbildung erfolgte in speziellen Berufsschulen.

### 2.3 Sprachheilschulen

Sprachheilschulen führten die Klassenstufen 1 - 3 bzw. 1 - 6. Es gab ausgewählte Sprachheilschulen, die darüber hinaus die Klassenstufen 7 - 10 führten. Wesentliches Ziel von Vorschulteilen an Sprachheilschulen, von Sprachheilkindergärten und der Sprachheilschule bestand in der Überwindung der sprachlichen Auffälligkeiten und der damit verbundenen Auswirkungen auf die Persönlichkeitsentwicklung, so daß zum frühestmöglichen Zeitpunkt eine Eingliederung in den allgemeinen Kindergarten bzw. eine allgemeine Schule erfolgen konnte. An Sprachheilschulen wurden spezielle Klassen für Kinder mit einer Lese-Rechtschreib-Schwäche (LRS) geführt. Dabei handelte es sich um Kinder, die aus diesem Grund das Ziel der 2. Klasse nicht erreicht hatten. Über die Aufnahme in eine LRS-Klasse wurde in einem Aufnahmeverfahren entschieden, das zeitlich vor dem Hilfsschulaufnahmeverfahren lag. Auf der Grundlage vorgeschriebener Überprüfungen sollte Leistungsversagen aufgrund anderer Ursachen (z. B. Debität) ausgeschlossen werden. Nach der Klasse 3 LRS wurden die Schüler in die allgemeinbildende Oberschule zurückgeführt. Solche speziellen Klassen konnten außer an Sprachheilschulen auch an Oberschulen geführt werden.

### 2.4 Blinden- und Sehschwachenschulen

Die Blinden- und Sehschwachenschulen sind 10-klassige, allgemeinbildende polytechnische Oberschulen, in denen Kinder mit hochgradigen Sehschädigungen (angewiesen auf den Gebrauch von Blindenhilfsmitteln) bzw. mit schweren Sehschädigungen (angewiesen

auf den Gebrauch von Spezialsehhilfen) beschult werden. Die Lehrpläne wurden durch spezielle Unterrichtsinhalte ergänzt, zusätzlich kamen technische Hilfsmittel und spezielle Ausstattungen zum Einsatz. Die Berufsausbildung erfolgte in speziellen Berufsbildungszentren.

## 2.5 Körperbehindertenschulen

Körperbehindertenschulen entsprachen 10-klassigen allgemeinbildenden polytechnischen Oberschulen. Ob ein körperbehindertes Kind sonderschulbedürftig ist, wurde nach "Art und Grad" der Auswirkungen seiner Bewegungsbehinderung auf Bildungs- und Erziehungsvorgänge bestimmt. Somit wurde die Entscheidung über die Aufnahme in eine Körperbehindertenschule durch einen Körperbehindertenpädagogen unter Berücksichtigung ärztlicher und psychologischer Gutachten vorbereitet. Diese Entscheidung sollte stets individuell getroffen werden. Anders verhielt es sich bei akut erkrankten Kindern und Jugendlichen oder nach Unfällen, hier galt die ärztliche Anordnung. Wichtiges Kriterium für die Aufnahme in eine Körperbehindertenschule war, daß die Kinder nicht ständig auf fremde Hilfe und Betreuung angewiesen waren. Bei längerfristiger stationärer Behandlungs- und Pflegebedürftigkeit erfolgte ggf. die Aufnahme in Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens. Abgänger der Körperbehindertenschulen erhielten eine Berufsausbildung in Rehabilitationszentren oder den Abteilungen "Berufliche Rehabilitation" des Gesundheits- und Sozialwesens.

## 2.6 Sonderschulen mit Ausgleichsklassen und Ausgleichsklassen an Oberschulen

Unter dieser Bezeichnung verbergen sich Klassen bzw. Schulen für verhaltensgestörte Kinder bzw. "Kinder mit ausgeprägten physisch-psychischen Störungen im Bereich des Sozial- und Leistungsverhaltens". Hier wurden Kinder in den Klassenstufen 2, 3 und 4, erfor-

derlichenfalls 4 Ü (Übergangsklasse) betreut. Spätestens nach 4 Jahren Sonderbeschulung sollten die Kinder in die 5. Klasse einer Regelschule zurückgeführt werden. Durch medizinische, pädagogische und psychologische Fachkräfte sollte in einem Aufnahmeverfahren ausgeschlossen werden, daß Kinder mit Erziehungsschwierigkeiten (ungezogene, vernachlässigte, "rüpelhafte" Kinder) aufgenommen werden, sondern solche, bei denen die Verhaltensstörung eine hirnorganische Grundlage besaß (Ursachen: z.B. frühkindliche Hirnschädigung, neurologische und psychiatrische Erkrankungen, körperliche Erkrankungen mit Auswirkungen auf die Tätigkeit des ZNS, cerebrala-sthenische Zustände mit Symptomen einer leichten Erschöpfbarkeit des Zentralen Nervensystems und anderem (zusammengefaßt in dem Begriff "Psychisches hirnorganisches Achsensyndrom nach GÖLLNITZ bzw. MCD). In Berlin gab es einen Ausgleichsklassenzug pro Stadtbezirk. Das Pädagogisch-Medizinische Zentrum (PMZ) in Berlin rechnet zu den Sonderschulen dieser Art.

## 2.7 Gehörlosen-, Schwerhörigen-, Sehschwachen-, Körperbehinderten-hilfsschulen

Hilfsschulen bzw. Hilfsschulteile an Sonderschulen gab es für

Gehörlose  
Schwerhörige  
Sehschwache  
Körperbehinderte  
Blinde.

Die Hilfsschulen führten die Kinder bis zur Klasse 8. Ihnen waren Vorschulteile und Internate angegliedert. Die Kinder wurden als mehrfachgeschädigt bezeichnet. Ziel der Vorschuleinrichtungen war die Erlangung der Hilfsschulfähigkeit. Anderenfalls erfolgte die

Einweisung in einer Fördereinrichtung im Bereich des Gesundheits- und Sozialwesens.

## 2.8 Sonderschulen im Bereich des Gesundheits- und Sozialwesens

Hier wurden Kinder aufgenommen, die einer längerfristigen bzw. dauernden medizinischen und pflegerischen Betreuung bedurften. Solche Sonderschulen an Kliniken und Fachkrankenhäusern existierten für körperbehinderte Kinder, für Kinder mit neurologischen bzw. psychiatrischen Erkrankungen. Es existierten auch Vorschulgruppen. In Einzelfällen konnten in solche Einrichtungen auch Tagespatienten aufgenommen werden. Der Unterricht erfolgte auf der Grundlage der Oberschul- bzw. der Hilfsschullehrpläne. Die Betreuung erfolgte durch Sonderpädagogen und klinische Psychologen.

### Sonderschulen

Jahr	Schulen	Klassen	Schüler	
			Insgesamt	je Klasse
1970	22	415	4.967	11,2
1975	26	447	4.848	10,8
1980	30	464	4.932	10,6
1985	27	561	5.241	9,3
1986	29	575	5.226	9,1
1987	30	589	5.326	9,0
1988	32	621	5.709	9,2
1989	33	638	6.140	9,6

Sonderschulen nach Arten 1989

Hilfsschulen	19	356	3.731	10,5
Sehgeschwachen- schule	1	17	169	9,9
Gehörlosen- schule	1	20	144	7,2
Schwerhörigen- schule	1	26	218	8,4
Sprachheilschulen	6	88	1.023	11,6
Ausgleichsklassen	1	37	303	8,2
Körperbehinderten- schule	1	34	310	9,1
Schulen des Gesundheitswesens	3	60	242	4,0
Außerdem:				
Berufshilfsschulen	2	75	758	10,1
Berufsschulteil der Gehörlosenschule		5	34	6,8
nach Stadtbezirken:				
Mitte	2	43	323	7,5
Prenzlauer Berg	3	43	454	10,6
Friedrichshain	3	72	720	10,0
Treptow	1	24	227	9,5
Köpenick	2	41	417	10,2
Lichtenberg	4	70	645	9,2
Weißensee	1	15	128	8,5
Pankow	4	74	532	7,2
Marzahn	4	85	981	11,5
Hohenschönhausen	1	31	350	11,3
Hellersdorf	3	44	546	12,4
dem Magistrat unter- stellte Schulen	5	96	817	8,5

Übersicht über das System der Betreuung behinderter Kinder und Jugendlicher in Ost-Berlin

Kinderkrippe (0-3 Jahre)	Sonderkrippe Sondergruppen in Krippen (ca. 2-4 Jahre)
-----------------------------	--

Gesundheitswesen ———

Volksebildung ———

Kindergarten (3-6 Jahre)	Vorschulteile an Sonderschulen						Rehabilitations- pädagogische  Tagesstätten - Wochenheime - Dauerheime
	VT Gehörlosenschule	VT Blindenschule	VT Körperbehindertenschule	VT Hilfsschule	VT Sprachheilschule		
Allgemeinbildende Polytechnische Oberschule (POS 1.-10. Klasse)	Sonderschulen						für  Schulbildungs- unfähige förderungsfähige Kinder und Jugendliche
	Gehörlosenschule	Blindenschule	Körper- behindertenschule	Hilfsschule	Sprachheilschule	Sonderschule mit Aus- gleichsklassen	
	Gehörlosenhilfsschule	Hilfsschul- teile an Blindenschulen				Ausgleichs- klassen an POS	
	Schwerhörigenschule	Sehschwachenschule					
Schwerhörigenhilfsschule	Sehschwachenhilfsschule			LRS-Klassen			

Ambulante Betreuungseinrichtungen						
Mütter- beratungsstellen	Kinder- und Jugendge- sundheits- schutz	Beratungsstellen für Neuropsychia- trie des Kindes- und Jugendalters	Orthopädische Beratungs- stellen		Rehabilitations- zentren	Sonderpädagogische Beratungsstellen für Sprach-, Stimm- und Hörgeschädigte

## Nachbetrachtende Erklärungen und Anmerkungen

Kurz nach der Wende - im Frühjahr 1990 - gab es zum ersten Mal in der Geschichte der DDR eine Demonstration der Behinderten. Ihre Hauptparole war aufschlußreich: "Auch uns gibt es." Sie protestierten gegen ihre öffentliche Nichtexistenz. Wenn über das staatliche Betreuungssystem der DDR für die Behinderten geredet wird, muß dieser Tatbestand immer mitbedacht werden. Die Behinderten in der DDR hatten nicht nur mit den üblichen Problemen der Ausgrenzung zu kämpfen. Es gab auch keine Öffentlichkeit für die Probleme, Interessen, Erfahrungen der Behinderten. Die Vielzahl der im Westen ganz selbstverständlichen Interessenverbände war unbekannt. Außer dem Blinden- und dem Gehörlosenverband, die in der Öffentlichkeit keine große Rolle spielten, gab es keine privaten Interessenvertretungen für Behinderte in Form von Vereinen, Gesellschaften, Verbänden. Erst nach der Wende wurde der erste wirkliche Interessenverband für Behinderte gegründet.

### **Jugendamt**

Abgesehen von den konfessionellen Einrichtungen, die bis auf eine sehr geringe Unterstützung im wesentlichen ohne staatliche Hilfe auskommen mußten, lag die Betreuung der behinderten Kinder und Jugendlichen ausschließlich in staatlichen Händen. Diese wurde entweder von der Abteilung Gesundheits- und Sozialwesen oder von der Abteilung Volksbildung wahrgenommen. Ein Jugendamt gab es nicht. Für Kindheit oder Jugend "an sich" mit spezifischen Entwicklungs- und Betreuungsbedürfnissen war keine eigenständige staatliche Instanz vorgesehen. Die Krippen wurden von der Abteilung Gesundheits- und Sozialwesen betreut (bis 3 Jahre) und die Kindergärten (ab 3 Jahren) von der Abteilung Volksbildung, da sie als vorschulische Einrichtungen zählten. Die gleiche Aufteilung galt auch für die behinderten Kinder (bis 3 Jahre Abteilung Gesundheits- und Sozialwesen, ab 3 Jahren Abteilung Volksbildung); nur die schwerbehinderten Kinder blieben immer bei der Abteilung Gesundheits- und Sozialwesen.

## **Anspruch des Staates**

Die Aufgabe und den Anspruch des Staates gegenüber den Geschädigten formuliert das pädagogische Wörterbuch der DDR folgendermaßen: "In der sozialistischen Gesellschaft erfahren Geschädigte umfassende Hilfe und Unterstützung. Das findet u. a. seinen Ausdruck in vielfältigen prophylaktischen Maßnahmen des Gesundheitswesens, der frühen Diagnostizierung und speziellen Erziehung, in der allseitigen Entwicklung ihrer Persönlichkeit und in der festen Eingliederung in den Arbeitsprozeß sowie in alle Bereiche des Lebens der Gesellschaft, wozu Mediziner, Pädagogen, Psychologen und weitere gesellschaftliche Kräfte unter der Zielstellung der komplexen Rehabilitation zusammenwirken." (Pädagogisches Wörterbuch. Volk und Wissen, Volkseigener Verlag, Berlin 1987, S. 297)

### **Physisch-psychische Schädigung**

Im Sprachgebrauch der wurde nicht von Behinderung, sondern von "Schädigung" bzw. "physisch-psychischer Schädigung" gesprochen. Man verstand darunter "... Kinder und Jugendliche mit einer organischen Schädigung und/oder dauerhaften funktionellen Störung des Nervensystems, einer Schädigung eines oder mehrerer Organe." (a.a.O., S. 297). Als Grundlage einer Schädigung wurde ein "biologischer Mangel" angesehen, um klarzumachen, daß Behinderungen organisch bzw. funktionell bedingt sind. Sog. "Verhaltensauffälligkeiten" oder "psychische Störungen" bei Kindern wurden als "hirnorganische Funktionsstörungen" diagnostiziert. Offiziell gab es Kinder mit Störungen, die durch schwierige Familien- oder Lebensverhältnisse verursacht wurden, im Bereich der Sonderpädagogik nicht. Die betreuenden Einrichtungen hatten es oft nicht leicht, eine praktikable Diagnose zu finden, um den betreffenden Kindern helfen zu können. Daraus erklärt sich möglicherweise die auffallend hohe Anzahl von Diagnosen der Sprachauffälligkeit bei Kindern in Ost-Berlin. Als sprachauffällig diagnostiziert konnten sie in den zahlreichen Beratungsstellen bzw. Sondergruppen betreut werden.

### **Meldepflicht**

Die Betreuung eines behinderten Kindes begann mit der Meldung seiner Behinderung. Sie war eine gesetzliche Anordnung. Gerech-



fertigt wurde diese Anordnung mit dem Hinweis auf die Notwendigkeit der frühzeitigen "Erfassung" der behinderten Kinder, um so möglichst umfassend und von Anfang an ihre Betreuung organisieren zu können.

Da die Meldung einer Behinderung auch von anderen Personen als den Eltern des Kindes vorgenommen werden konnte und mußte (z.B. von der Hebamme, dem Kinderarzt, der Erzieherin), wurden praktisch alle behinderten Kinder gemeldet und "erfaßt".

### **Zentraler Dispensaire**

Die Meldung der Behinderungen wurde den zuständigen Stellen der Abteilung Gesundheits- und Sozialwesen eines jeden Bezirkes übersandt und dort in den sog. "zentralen Dispensaire" gesammelt. Diese Einrichtung - aus dem Gesundheitssystem der Sowjetunion übernommen - kann man mit "zentraler Meldestelle bzw. Kartei für Krankheiten und Behinderungen" übersetzen (es gab z.B. auch einen Dispensaire für Diabetiker, Krebskranke etc.).

Von der Behindertenmeldung an wurden hier alle Informationen über das Kind (Entwicklungsbögen, ärztliche Gutachten etc.) gesammelt und die notwendigen Maßnahmen in Zusammenarbeit mit den betreuenden Ambulanzen bzw. Einrichtungen in die Wege geleitet und geregelt. Der zentrale Dispensaire übernahm gewissermaßen die Gesamtverantwortung für das behinderte Kind. Seine Eltern mußten sich im Prinzip um nichts kümmern. Sie wurden je nach Bedarf angeschrieben, hinbestellt und in Entscheidungen miteinbezogen. Es konnte alles auch ohne die Mitwirkung der Eltern ablaufen, ihre Mitsprache und ihr Mitdenken war nicht unbedingt Voraussetzung für institutionelles Handeln.

Die gesundheitliche Überwachung durch den zentralen Dispensaire begleitete einen behinderten Menschen bis zum Erwachsenenalter. Die dort über ihn und seine Familie gesammelten Daten unterlagen nicht dem Datenschutz. So konnte es z.B. vorkommen, daß die Akte eines behinderten Kindes ohne Wissen oder Zustimmung seiner Eltern von einer Einrichtung zu einer anderen weitergereicht wurde. Dies bedeutete jedoch nicht, daß mit den Akten willkürlich umgegangen werden konnte. Im Gegenteil: Sowohl für die Dispensairebetreuung

als auch für die Betreuung behinderter Kinder durch die Ambulanzen bzw. Einrichtungen gab es eine Fülle von bürokratischen Richtlinien, Vorschriften (z.B. Schweigepflicht), Anordnungen und gesetzlichen Regelungen, die von dem dort angestellten Fachpersonal eingehalten werden mußten. Dies machte die Arbeit oft sehr aufwendig, da alle wichtigen Entscheidungen, wie z.B. die Aufnahme in eine Sonderkrippe oder in den Vorschulteil einer Sonderschule von allen Fachrichtungen gutachterlich abgesichert sein mußten. Es gab also keine einsamen Entscheidungen eines Spezialisten, sondern immer Beschlüsse eines interdisziplinär zusammenarbeitenden Fachgremiums. Diese Gremien tagten gewöhnlich ohne die Anwesenheit der betroffenen Eltern, die aber, wenn sie wollten, daran teilnehmen konnten.

#### **Aussondernde Erziehung**

Die Struktur des Behindertensystems in der DDR war auf die "Erfassung, Überwindung bzw. Minderung" der verschiedenen Schädigungsarten ausgerichtet. Die Betreuungsangebote wurden sowohl nach Gesichtspunkten der Behinderungsart als auch nach dem Grad der Behinderung zugeschnitten (es gab z.B. Sonderschulen und Hilfsschulen für gehörlose, schwerhörige, sehschwache, körperbehinderte und blinde Kinder). Das Ergebnis war ein starres und kompliziertes System von Spezialangeboten.

Für ein behindertes Kind war es deshalb wichtig, eine möglichst eindeutige Diagnose zu haben, um einer Sondereinrichtung zugeführt werden zu können. Gerade Kinder ohne eindeutigen diagnostischen Befund oder Kinder mit mehreren Behinderungen konnten nur schwer untergebracht werden. Die individuellen Voraussetzungen der behinderten Kinder und ihre Persönlichkeit blieben weitgehend unbeachtet. In dieser Hinsicht ging es allerdings den nichtbehinderten Kindern auch nicht viel besser. Von der Krippe an in altershomogenen Gruppen, durchliefen sie den Kindergarten, bis die Gruppe geschlossen in die 1. Klasse eingeschult wurde. In jeder Altersstufe waren bestimmte, bis ins Detail vorgeschriebene Programme zu absolvieren, die auch für die behinderten Kinder wenig differierten. Das Ziel war - insbesondere im Sonderschulbereich - die behinder-

tenspezifische Differenz zur Norm des Regelbereichs durch spezielle Programme aufzuholen. Den behinderten Kindern wurde eine intensive Betreuung mit klaren Vorgaben zuteil, bei der Fortschritte erzielt werden mußten. Diese Erfolgsorientierung des Systems hatte den Vorteil, daß an die Kinder Anforderungen gestellt wurden. Hinsichtlich des Leistungsbegriffs wurden sie gewissermaßen den nichtbehinderten Kindern gleichgestellt.

Dieses Leistungsschema führte auf der anderen Seite zwangsläufig zur Aussonderung von schwächeren Kindern in die Hilfsschule, von der keine Rückführung in die allgemeinbildende Schule mehr möglich war.

#### **Komplexgeschädigte Kinder**

Außer für die Gruppe der komplexgeschädigten Kinder war das Betreuungsangebot für behinderte Kinder in der DDR flächendeckend, und zwar zu den gleichen Bedingungen wie für den Regelbereich (Bezahlung, Öffnungszeiten) bei guter personeller Ausstattung (Kind/Betreuerverhältnis von durchschnittlich 5:1 bis 8:1, Vorbereitungszeit für die Erzieherinnen).

Die mehrfach- und schwerbehinderten Kinder wurden in den "Fördertagesstätten für schulbildungsunfähige förderungsfähige Kinder und Jugendliche" betreut. Schon die Bezeichnung dieser Einrichtung deutet an, daß hier kein Unterricht mehr stattfand, sondern "nur" Förderung. Die Vermittlung der Kulturtechniken Lesen und Schreiben war hier ausdrücklich ausgeschlossen. Die allgemeine Schulpflicht für alle Kinder gab es in der DDR nicht.

Außerdem beinhaltet die Bezeichnung dieser Einrichtung, daß es noch eine Gruppe von Kindern gab, die als nicht förderungsfähig galt. Hierbei handelte es sich um Kinder, die so schwer behindert waren, daß sie zur Befriedigung ihrer elementaren Bedürfnisse eine Hilfsperson benötigten.

Für die schwerstmehrfachbehinderten Kinder gab es bis vor ca. 15 Jahren kein staatliches Betreuungsangebot. Wenn sie keine Aufnahme in einer konfessionellen Einrichtung fanden, blieb nur die Unterbringung in den sog. "Belegbetten" auf den Kinderstationen der

Krankenhäuser, wo nur eine rein pflegerische Betreuung möglich war. In den letzten Jahren wurden aber zunehmend komplexgeschädigte Kinder auch in die Fördertagesstätten aufgenommen. Das Platzangebot war jedoch nicht ausreichend.

Viele Eltern waren auch schon deshalb gezwungen, ihr schwerstbehindertes Kind im Krankenhaus unterzubringen, weil sie die Pflege ihres Kindes mangels ausreichender Hilfsmittel nicht mehr leisten konnten. Hilfsmittel aller Art waren in der DDR absolute Mangelware (z.B. Rollstühle). Auch das Niveau der Behindertentechnik (z.B. Hörgerätetechnik, Schreibtechnik für Blinde, Hilfsmittel für Körperbehinderte) lag weit unter dem im westlichen Ausland zurück. Dies verhinderte bzw. erschwerte noch zusätzlich vielen behinderten Menschen die Teilnahme am öffentlichen Leben.

#### **Geschlossenes System mit Lücken**

Gesetzliche Grundlagen, Durchführungsbestimmungen und spezielle Rechtsvorschriften für die Erfassung, Betreuung und Förderung behinderter Kinder bildeten, wie aus den Materialien im Anhang zum Teil zu ersehen ist, ein relativ geschlossenes System, das quasi alles für die Behinderten regelte.

Zum einen muß jedoch darauf hingewiesen werden, daß diese gesetzlichen Grundlagen und Bestimmungen einen Rahmen bildeten, dessen Ausgestaltung sowohl in den elf Ostberliner Stadtbezirken als auch in den Bezirken der DDR erhebliche Unterschiede aufwies. Die Situation betroffener Familien war daher in hohem Maße abhängig von den örtlichen Bedingungen und vom Engagement einzelner Mitarbeiter oder der betroffenen Familien selbst.

Ostberlin kann auch nicht unbedingt als exemplarisch angesehen werden. Die Bedingungen waren hier insgesamt besser als in der übrigen DDR.

Andererseits sollte auch deutlich geworden sein, daß von der Struktur des Behindertensystems in der DDR die Integration im Sinne von gemeinsamer Erziehung behinderter und nichtbehinderter Kinder nicht vorgesehen war. Die ausschließlich am Defizit orientierten Maßnahmen und die vielen bürokratischen Regelungen und gesetzlichen Anordnungen zur Anwendung dieser Maßnahmen verhinderten

dies. Es hat aber trotzdem immer die Integration von einzelnen behinderten Kindern gegeben.

**Teilintegration  
am Arbeitsplatz**

Verlief das Leben von behinderten Kindern im Kindergarten, in der Schule und der Freizeit getrennt von dem der Nichtbehinderten, so hatten die Abgänger aller Sonderschulen, auch die der Hilfsschulen, das gesetzlich verbrieftete Recht auf einen Arbeitsplatz. Alle Betriebe waren verpflichtet, ein bestimmtes Kontingent von geschützten Arbeitsplätzen für Behinderte bereitzustellen.

**Integrative  
Erziehung in ganz  
Berlin**

Im Zusammenhang mit den gesellschaftlichen Veränderungen hat der Gedanke der gemeinsamen Erziehung behinderter und nichtbehinderter Kinder im Osten Deutschlands Einzug gehalten, was sich in zahlreichen Aktivitäten und Projekten niederschlug und z. B. in Ostberlin dazu führte, daß innerhalb kurzer Zeit mehr als 30 Gruppen aufgebaut wurden, die integrative Erziehungsformen praktizieren. Bei Erzieherinnen, Eltern und anderen besteht ein sehr großes Interesse an der Öffnung von Regel- und Sondereinrichtungen für Integration, was für die Zentrale Beratungsstelle für Integration (ZBI) gegenwärtig und künftig ein bedeutendes Arbeitsfeld darstellt, um der Notwendigkeit und dem Wunsch nach Unterstützung bei diesen Umgestaltungsprozessen Rechnung tragen zu können.

**Mögliche Ausbildungsgänge  
für die Arbeit mit behinderten Kindern und Jugendlichen**

---

Berufsbezeichnung	Ausbildungsvoraussetzung	Dauer der Ausbildung	Ausbildungsform	Ausbildungsort
<u>Diplomlehrer für</u> - Hörgeschädigte - Sehgeschädigte - Körperbehinderte - Sprachgeschädigte - Verhaltensgeschädigte	Abgeschlossene Fach- bzw. Hochschulausbildung als Lehrer und praktische Erfahrungen in der Arbeit mit geschädigten Kindern	2 Jahre	Direktstudium	Sektion Rehabilitationspädagogik und Kommunikationswissenschaft der Humboldt-Universität zu Berlin (HUB)  <u>Hochschulabschluß</u>
Einsatzort: Sonderschulen, Sonderpädagogische Beratungsstellen (Volksbildung)				
<u>Diplomrehabilitations- pädagogin</u>	Abgeschlossene Fach- bzw. Hochschulausbildung als - Lehrer (Hoch-/Fachschulausbildung) - Kindergärtnerin (Fachschulausbildung) - Erzieher(in) (Fachschulausbildung) - Krippenerzieherin (Fachschulausbildung) und praktische Erfahrungen in der Arbeit mit geschädigten Kindern	2 Jahre	Direktstudium	<u>Hochschulabschluß</u>
Einsatzort: Rehabilitationspädagogische Tagesstätten (Gesundheitswesen)				

---

---

Berufsbezeichnung	Ausbildungsvoraussetzung	Dauer der Ausbildung	Ausbildungsform	Ausbildungsort
<u>Rehabilitations- pädagoge</u>	Abschluß 10. Klasse POS und 5 Jahre (in letzter Zeit 2 Jahre) Erfahrungen in der Arbeit mit behinderten Kindern und Jugendlichen (die Ausbildung erwarben vorwiegend Personen, die nach der 10. Klasse eine Berufsausbildung unterschiedlicher Art durchlaufen und später die Arbeit in einer Sondereinrichtung aufgenommen hatten)	2 Jahre	Sonderform eines Direktstudiums (die Studenten gehörten während der 2 Jahre zu der Einrichtung, die sie delegiert hat)	Medizinische Fachschule Berlin  <u>Fachschulabschluß</u>

Einsatzort: Rehabilitationspädagogische Tagesstätten, Werkstätten für Behinderte, Wohnstätten u. a.

---

<u>Lehrer für</u>	Abgeschlossene Fach- bzw. Hochschulausbildung als Lehrer und praktische Erfahrungen in der Arbeit mit geschädigten Kindern	2 Jahre	Fernstudium	<u>Hochschulabschluß</u>
- Hörgeschädigte				
- Sehgeschädigte				
- Körperbehinderte				
- Sprachgeschädigte				
- Verhaltensgeschädigte				

Einsatzort: Sonderschulen (Volksbildung)



Berufsbezeichnung	Ausbildungsvoraussetzung	Dauer der Ausbildung	Ausbildungsform	Ausbildungsort
<u>Lehrer für</u> - Hörgeschädigte - Sehgeschädigte - Körperbehinderte - Sprachgeschädigte - Verhaltensgeschädigte (Urkunde über die Ergänzung zur Berufsbezeichnung)	Abgeschlossene Fach- bzw. Hochschulausbildung als Lehrer und langjährige sonderpädagogische Erfahrung	1 1/2 Jahre	Postgraduales Studium  - "Angeleitetes Selbststudium auf der Grundlage von Studienplänen" (seit Sept. 1988)	Zentralinstitut für Weiterbildung Ludwigsfelde (ZIW)  <u>ohne Hochschulabschluß</u>
Einsatzort:	Sonderschulen (Volksbildung)			
<u>Diplomlehrer für</u> intellektuell Geschädigte	Abgeschlossene Fach- bzw. Hochschulausbildung als Lehrer und langjährige sonderpädagogische Erfahrung oder	2 Jahre	Direktstudium	Sektion Erziehungswissenschaften der Martin-Luther-Universität Halle/Wittenberg und Sektion Rehabilitationspädagogik und Kommunikationswissenschaft der HUB
	Abschluß des 3. Studienjahres der Ausbildung als Lehrer für die unteren Klassen an einem Institut für Lehrerbildung/Delegierung oder Hochschulreife	2 Jahre	Direktstudium	Sektion Pädagogik/Psychologie der Pädagogischen Hochschule Magdeburg
		4 Jahre	Direktstudium	Sektion Pädagogik/ Psychologie an der Wilhelm-Pieck-Universität Rostock
Einsatzort:	Sonderschulen (Hilfsschulen)			<u>Hochschulabschluß</u>

Berufsbezeichnung	Ausbildungsvoraussetzung	Dauer der Ausbildung	Ausbildungsform	Ausbildungsort
<u>Diplomerzieher für</u> intellektuell Ge- schädigte	Abgeschlossene Fachschul- ausbildung als Erzieher	2 Jahre	Direktstudium	Sektion Erziehungswissen- schaften der Martin-Luther- Universität Halle/Wittenberg  Sektion Rehabilitationspäd- agogik und Kommunikations- wissenschaft der HUB
Einsatzort:	Hilfsschulhort/ -internat/ -heim			<u>Hochschulabschluß</u>
<u>Diplomerzieher für</u> - Hörgeschädigte - Sehgeschädigtet - Körperbehinderte - Sprachgeschädigte - Verhaltensgeschädigte	Abgeschlossene Fachschul- ausbildung als Erzieher	2 Jahre	Direktstudium	Sektion Rehabilitations- pädagogik und Kommunikati- onswissenschaft der HUB  <u>Hochschulabschluß</u>
Einsatzort:	Horte und Internate an Sonderschulen (Volksbildung)			
<u>Erzieher für</u> - Hörgeschädigte - Sehgeschädigte - Körperbehinderte - Sprachgeschädigte - Verhaltensgeschädigte	Abgeschlossene Fachschul- ausbildung als Erzieher	2 Jahre	Fernstudium	Sektion Rehabilitations- pädagogik und Kommunikati- onswissenschaft der HUB  <u>ohne Hochschulabschluß</u>
Einsatzort:	Horte und Internate an Sonderschulen (Volksbildung)			

Berufsbezeichnung	Ausbildungsvoraussetzung	Dauer der Ausbildung	Ausbildungsform	Ausbildungsort
<u>Erzieher für</u> alle Sonderschularten einschl. Hilfsschulen (Urkunden über die Ergänzung zur Berufsbezeichnung)	Abgeschlossene Fachschulausbildung als Erzieher und langjährige sonderpädagogische Arbeit	1 1/2 Jahre	postgraduales Studium in Form eines angeleiteten Selbststudiums	Zentralinstitut für Weiterbildung d. Lehrer und Erzieher Ludwigsfelde und für Hilfsschulen die Bezirkskabinette für Weiterbildung
Einsatzort: Horte und Internate an Sonderschulen/Hilfsschulheime (Volksbildung)				<u>ohne Hochschulabschluß</u>
<u>Diplomvorschulerzieher für</u> - Hörgeschädigte - Sehgeschädigte - Körperbehinderte - Sprachgeschädigte	Abgeschlossene Fachschulausbildung als Kindergärtnerin/Vorschulerzieherin und praktische Erfahrungen in der Arbeit mit geschädigten Kindern	2 Jahre	Direktstudium	Sektion Rehabilitationspädagogik u. Kommunikationswissenschaft der HUB
Einsatzort: Vorschulteile an Sonderschulen, Vorschulinternate, Sprachheilkindergärten, Sonderpädagogische Beratungsstellen				<u>Hochschulabschluß</u>
<u>Kindergärtner/in Vorschulerzieherin für</u> - Hörgeschädigte - Körperbehinderte - Sprachgeschädigte	Abgeschlossene Fachschulausbildung als Kindergärtnerin/Vorschulerzieherin und langjährige sonderpädagogische Erfahrungen	1 1/2 Jahre	postgraduales Studium in Form eines angeleiteten Selbststudiums	Zentralinstitut für Weiterbildung der Lehrer und Erzieher Ludwigsfelde und Bezirkskabinette für Weiterbildung
Einsatzort: Vorschulteile an Sonderschulen, Vorschulheime, Vorschulinternate				<u>ohne Hochschulabschluß</u>

---

Berufsbezeichnung	Ausbildungsvoraussetzung	Dauer der Ausbildung	Ausbildungsform	Ausbildungsort
<u>Jugendfürsorger</u> zum Einsatz in den Referaten Jugendhilfe der Abt. Volksbildung der örtlichen Räte des Kreises bzw. des Be- zirkes	Abgeschlossene <u>pädagogische</u> Fach- bzw. Hochschulausbildung (Diplomlehrer, Unterstufenlehrer, Kindergärtnerin, Erzieher/in, Krippenerzieherin)  vorgesehener Einsatz als Jugendfürsorger	1 Jahr	Direktstudium	Institut für Jugendhilfe Falkensee  ohne <u>Hochschulabschluß</u>
Einsatzort: Referate Jugendhilfe der Abt. Volksbildung der örtlichen Räte				
<u>Gesundheitsfürsorger</u>	Abgeschlossene <u>medizinische</u> Fach- bzw. Hochschulausbildung (Krankenschwester, Kinder- krankenschwester)  vorgesehener Einsatz als Gesundheitsfürsorger			ohne <u>Hochschulabschluß</u>
<u>Sozialfürsorger</u>	s. o. (Gesundheitsfürsorger)			ohne <u>Hochschulabschluß</u>
Einsatzort: Kinder- und Jugendgesundheitschutz der Abt. Gesundheit der örtlichen Räte				

---

---

Berufsbezeichnung	Ausbildungsvoraussetzung	Dauer der Ausbildung	Ausbildungsform	Ausbildungsort
<u>Kinderdiakon/in</u>	(Guter) Abschluß 10. Klasse der POS oder Abitur  und abgeschlossene Berufsausbildung	3 Jahre und 1 berufspraktisches Anerkennungsjahr	Direktstudium	Seminar für kirchlichen Dienst:  Bad Lauseck Berlin-Weißensee Eisenach Greifswald Wolmirstett
Einsatzort:	Evangelische Kindergärten u. a.			
<u>Gemeindepädagoge/in</u>	Abschluß der 10. Klasse der POS oder Abitur oder Abschluß einer "Kirchlichen Ausbildung"  (Durch die "Kirchliche Voraussetzung" schuf die Kirche eine Möglichkeit für Schüler nach dem Abschluß der 10. Klasse, die nicht zur EOS zugelassen wurden, sich z. B. auf ein Theologiestudium vorzubereiten)	4 Jahre einschließlich Praktika und 2 Jahre Vorbereitungsdienst	Direktstudium	Kirchliches Seminar Hainstein, Theologisch-pädagogische Fachabteilung Eisenach  Evangelische Ausbildungsstätte für Gemeindepädagogen Potsdam
Einsatzort:	Angestellter der Kirche/Gesprächs- und Unterrichtsarbeit			

---

Berufsbezeichnung	Ausbildungsvoraussetzung	Dauer der Ausbildung	Ausbildungsform	Ausbildungsort
<u>Kirchliche(r) Fürsorger/in</u>	10. Klasse POS und Berufsausbildung oder Abitur	4 Jahre	Direktstudium (1. und 4. Jahr praxisorientiert)	Innere Mission und Hilfswerk der Evangelischen Kirche in Berlin-Brandenburg
		4 1/2 Jahre	Fernstudium	Seminar für Gemeinédiakonie und kirchliche Sozialarbeit Potsdam Diakonisches Werk der Evangelischen Kirchen - Innere Mission und Hilfswerk - Diakonisches Qualifizierungszentrum Fürsorgerischer Fernunterricht Berlin
Einsatzort: Mitarbeiter einer Kreisstelle der Inneren Mission/Stadtmission u. a.				
<u>Heilerziehungspfleger/in</u>	10. Klasse POS und diakonisches Vorpraktikum	3 Jahre oder 4 Jahre	Direktstudium  (Ausbildung schließt die Qualifizierung zum Facharbeiter Krankenpflege ein), ist einer medizinischen Facharbeiteraus- bildung vergleichbar Fernunterricht	s. o. und andere kirchliche Seminare
<u>Diakoniepfleger/in</u>				
<u>Heilerziehungsdiakon/in</u>		oder 4 1/2 Jahre		
Einsatzort: Arbeit mit Geistigbehinderten in diakonischen Einrichtungen, Tagesstätten, offene Arbeit				

Berufsbezeichnung	Ausbildungsvoraussetzung	Dauer der Ausbildung	Ausbildungsform	Ausbildungsort
<u>Diakon</u>	10. Klasse POS und Berufsausbildung	4 Jahre	Direktstudium in zwei Teilen  Grundstudium Spezielausbil- dung für - kirchliche Kin- der- und Jugend- arbeit  - Heilerziehungs- pflege  - Pflege u. Reha- bilitation al- ter und chro- nisch kranker Menschen  - Arbeit mit be- hinderten oder gefährdeten Ju- gendlichen und deren Familien	Moritzburg/Eisenach     Neinstedt   Züssow   Berlin-Weißensee
Einsatzort: Kirchengemeinden, Kirchenkreise, Heime, diakonische Gesundheits- und Sozialeinrichtungen u. a.				
<u>Psychiatriediakon</u>	abgeschlossene Berufsausbildung (diverse Berufe) oder mindestens 18. Lebensjahr und Vorpraktikum in einer Behinderteneinrichtung	2 1/2 - 3 Jahre  (hat sich im Laufe der Jahre verän- dert)	Direktstudium (einschließlich Praktika)	Samariteranstalten Fürstenwalde  <u>Fachschulabschluß</u>
Einsatzort: Kirchliche Einrichtungen für Behinderte				

---

Berufsbezeichnung	Ausbildungsvoraussetzung	Dauer der Ausbildung	Ausbildungsform	Ausbildungsort
<u>Diplompsychologe</u>	Abitur	5 Jahre (2 Jahre Grundstudium, ab 3. Jahr Fachspe- zialisierung für - Klinische Psychologie - Pädagogische Psycho- logie - Arbeits- und Ingeneur- psychologie	Direktstudium	- Sektion Psychologie der HU (Klinische Psychologie, Arbeits- und Ingenierpsycho- logie) - Sektion Psycholo- gie der K.-M.-U.- Leipzig (Pädagog- ische Psychologie Klinische Psycholo- gie - Sektion Psychologie der TU Dresden (Arbeits- und In- genieurpsychologie)

---

Einsatzort: Entsprechend der Fachspezialisierung in Kliniken, Beratungsstellen, Polikliniken, Krankenhäuser, Betrieben u. a.



## **Anhang**

### **Gesetzliche Grundlagen der Betreuung und Förderung behinderter Kinder und Jugendlicher in der DDR (Auswahl)**

## 4. *medizinische Rehabilitation*

### 4.2. Spezielle Rechtsvorschriften für die medizinische Rehabilitation

#### 4.2.1. Anordnung über die gesundheitliche Überwachung von Kindern und Jugendlichen

vom 11. April 1979 (GBl. I Nr. 12 S. 91)

Die Erhaltung, Förderung und Wiederherstellung der Gesundheit der Kinder und Jugendlichen ist ein besonderes Anliegen der sozialistischen Gesellschaft. Zur Erhöhung der Qualität und Wirksamkeit der gesundheitlichen Überwachung der Kinder und Jugendlichen und zur Förderung ihrer gesunden Lebensweise in der Familie und in den Einrichtungen der Bildung und Erziehung wird im Einvernehmen mit den Leitern der zuständigen zentralen staatlichen Organe und in Übereinstimmung mit dem Bundesvorstand des Freien Deutschen Gewerkschaftsbundes, dem Bundesvorstand des Demokratischen Frauenbundes Deutschlands und dem Zentralrat der Freien Deutschen Jugend zur gesundheitlichen Überwachung für Kinder und Jugendliche folgendes angeordnet:

##### § 1

(1) Die Abteilungen Gesundheits- und Sozialwesen der örtlichen Räte sichern die kontinuierliche Überwachung des Gesundheits- und Entwicklungszustandes aller Kinder und Jugendlichen.

(2) Die regelmäßige gesundheitliche Überwachung der Kinder und Jugendlichen ist darauf gerichtet, Krankheiten und anderen Schädigungen der Gesundheit und Entwicklung vorzubeugen bzw. diese frühzeitig zu erkennen und rechtzeitig zu behandeln.

##### § 2

Die für die Mütterberatungsstellen, Kindereinrichtungen der Vorschulerziehung, Schulen und Einrichtungen zur Förderung schulbildungsunfähiger förderungsfähiger Kinder zuständigen Gesundheitseinrichtungen koordinieren und überwachen die Maßnahmen der Prophylaxe, Diagnostik, Therapie und Metaphylaxe einschließlich Rehabilitation der ihnen anvertrauten Kinder. Dabei ist eine enge Zusammenarbeit mit allen beteiligten Fachgebieten und dem Betriebsgesundheitswesen zu sichern.

##### § 3

(1) Die gesundheitliche Überwachung umfaßt die – regelmäßige Beurteilung des Gesundheits- und

Entwicklungszustandes der Kinder und Jugendlichen von der Geburt bis zum Abschluß des Schulbesuches,

- Reihen- und Einzeluntersuchungen,
- ständige bzw. zeitweilige Dispensairebetreuung unter medizinischen und sozialen Aspekten,
- Durchführung der erforderlichen Schutzimpfungen,
- regelmäßige zahnärztliche Betreuung der Kinder und Jugendlichen,
- Beratung und Kontrolle bei der hygienischen Gestaltung der Lern-, Arbeits- und Lebensbedingungen in den Kinder- und Jugendkollektiven.

(2) Die Beratung der Eltern, Lehrer und Erzieher wie auch der Kinder und Jugendlichen in allen Fragen der Erhaltung und Förderung der Gesundheit sowie der Gestaltung ihrer gesunden Lebensweise in der Familie und in den Einrichtungen der Bildung und Erziehung ist Bestandteil der gesundheitlichen Überwachung von Kindern und Jugendlichen.

##### § 4

(1) Kinder im Alter bis zu 3 Jahren werden durch die Mütterberatungsstellen gesundheitlich überwacht. Die Mütterberatungsstellen sind Bestandteil der Abteilungen Kinderheilkunde einer Poliklinik oder eines Ambulatoriums.

(2) Kinder und Jugendliche im Alter von 3 Jahren bis zum Abschluß des Schulbesuches werden durch die Abteilungen Kinder- und Jugendgesundheitschutz gesundheitlich überwacht. Die Abteilungen Kinder- und Jugendgesundheitschutz sind in der Regel selbständige Abteilungen einer Poliklinik oder eines Ambulatoriums.

##### § 5

(1) Die gesundheitliche Überwachung wird in zuständigen Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens und in geeigneten Räumen von Einrichtungen der Bildung und Erziehung durchgeführt, insbesondere in Räumen von Kindereinrichtungen der Vorschulerziehung, in Schulen und Internaten

sowie bei Bedarf in anderen staatlichen und gesellschaftlichen Einrichtungen.

(2) Die zahnärztliche Betreuung der Kinder und Jugendlichen wird in der Regel in Einrichtungen der Kinderstomatologie und Allgemeinen Stomatologie bis zum Abschluß der Behandlung durchgeführt.

#### § 6

Der Bezirksarzt trägt die Verantwortung für die Anleitung, Sicherung und Kontrolle der Durchführung der gesundheitlichen Überwachung der Kinder und Jugendlichen. Bei der Wahrnehmung der Aufgaben entsprechend dieser Anordnung leitet er die Kreisärzte an und kontrolliert sie. Dabei stützt er sich auf sein Fachorgan – Sachgebiet Mutter und Kind – und auf die Tätigkeit des beratenden Kinderarztes, Bezirksjugendarztes und Bezirkszahnarztes.

#### § 7

Der Kreisarzt ist verantwortlich für die Anleitung, Sicherung und Kontrolle der Durchführung der gesundheitlichen Überwachung der Kinder und Jugendlichen. Er leitet die jeweils verantwortlichen Ärztlichen Direktoren und Leiter ambulanter Einrichtungen an und kontrolliert sie. In Wahrnehmung seiner Verantwortung stützt er sich auf sein Fachorgan – Sachgebiet Mutter und Kind – und auf beratende Ärzte und Zahnärzte der Kinderheilkunde, des Kinder- und Jugendgesundheitssschutzes und der Kinderstomatologie, die er mit Aufgaben, die sich aus dieser Anordnung ergeben, beauftragt. Diese Aufgaben sind in einem Funktionsplan festzulegen.

Anmerkung: Zum Funktionsplan siehe § 73 Abs 2 AGB.

## 4.2.2.

### Richtlinie für die Mütterberatung

vom 26. April 1979 (VuM Nr. 5 S. 70)

– Auszug –

#### 1. Grundsätze der Mütterberatung

##### 1.1.

Die kontinuierliche gesundheitliche Überwachung, insbesondere die prophylaktische Betreuung, aller Kinder bis zu 3 Jahren dient der Erhaltung, Förderung und Wiederherstellung ihrer Gesundheit sowie der Beurteilung ihres Entwicklungsstandes.

Die regelmäßige gesundheitliche Überwachung ist

#### § 8

Die Ärztlichen Direktoren der Polikliniken und Ambulatorien und die Leiter anderer beauftragter ambulanter Einrichtungen, die für die Mütterberatung, die gesundheitliche Betreuung in den Kindereinrichtungen der Vorschulerziehung und für den Kinder- und Jugendgesundheitschutz sowie für die zahnärztliche Betreuung zuständig sind, tragen die Verantwortung für die gesundheitliche Überwachung der Kinder und Jugendlichen gemäß dieser Anordnung und sind dem Kreisarzt rechenschaftspflichtig. Sie sind verantwortlich für die Weiterbildung der Ärzte, anderen Hochschulkader, Fürsorgerinnen und anderen mittleren medizinischen Fachkräfte ihres Zuständigkeitsbereiches.

#### § 9

(1) Diese Anordnung tritt mit ihrer Veröffentlichung in Kraft.

(2) Gleichzeitig treten außer Kraft:

1. Anordnung vom 27. Februar 1954 über die laufende gesundheitliche Überwachung für Kinder und Jugendliche (GBl. Nr. 26 S. 250),
2. Erste Durchführungsbestimmung vom 27. Februar 1954 zur Anordnung über die laufende gesundheitliche Überwachung für Kinder und Jugendliche (GBl. Nr. 26 S. 251),
3. Anordnung vom 27. Februar 1954 über die Jugendzahnpflege (GBl. Nr. 27 S. 266),
4. Erste Anweisung vom 14. Mai 1954 zur Anordnung über die Jugendzahnpflege (ZBl. Nr. 21 S. 217),
5. Anordnung Nr. 2 vom 13. März 1958 über die Jugendzahnpflege (GBl. I Nr. 24 S. 312).
6. Anordnung vom 29. Dezember 1959 über die Verbesserung der Organisation der zahnärztlichen Versorgung (GBl. I 1960 Nr. 2 S. 27).

darauf gerichtet, gesundheitlichen Störungen und Schäden vorzubeugen, sie frühzeitig zu erkennen und rechtzeitig entsprechende Maßnahmen der Behandlung einzuleiten. Dabei finden physische, psychische und soziale Aspekte gleichermaßen Berücksichtigung.

## 4. *medizinische Rehabilitation*

### 2.1.4.

#### **Dispensairebetreuung**

Der Leiter der Abteilung Kinderheilkunde bzw. einer anderen ambulanten Gesundheitseinrichtung, der für die Mütterberatung bzw. medizinische Betreuung von Kindern in Krippen und Heimen verantwortlich ist, veranlaßt alle Maßnahmen für eine frühzeitige Betreuung und Behandlung der Kinder, die auf Grund von gesundheitlichen Gefährdungen und Schädigungen einer spezifischen Überwachung und Betreuung bedürfen.

Die Dispensairebetreuung ist in enger Zusammenarbeit mit anderen Fachärzten und Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens und erforderlichenfalls mit staatlichen Organen und gesellschaftlichen Organisationen durchzuführen.

Entsprechend der Betreuungsbedürftigkeit der Kinder gibt es folgende Betreuungsgruppen:

#### **Betreuungsgruppe N: Normalbetreuungsgruppe**

Hierzu gehören alle Kinder, die physisch und psychisch altersgemäß entwickelt sind und keine behandlungsbedürftigen chronischen und/oder rezidivierenden Krankheiten, Anomalien und meldepflichtigen Krankheiten haben. Besondere Fürsorge gilt den Kindern kinderreicher Familien, alleinstehender Mütter und Väter sowie anderer Erziehungsberechtigter.

#### **Dispensairegruppe I: Überwachungsgruppe**

Zu dieser Gruppe gehören alle Kinder, die aus medizinischer und sozialer Indikation einer speziellen Überwachung durch die Mütterberatung bedürfen, wie Kinder mit Entwicklungsverzögerungen, Verhaltensauffälligkeiten, Ernährungsstörungen, Infektanfälligkeiten und Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 2500 g.

#### **Dispensairegruppe II:**

Diese Gruppe erfaßt alle chronisch kranken oder geschädigten Kinder, die sich in zeitweiliger oder ständiger fachärztlicher Behandlung und Überwachung durch Vertreter bestimmter medizinischer Fachgebiete befinden. Dazu gehören Kinderheilkunde (einschließlich Nephrologie, Kardiologie/Angiologie, Pulmologie, Kinderneuropsychiatrie, Diabetologie u. a.), Orthopädie, Augenheilkunde, Hals-Nasen-Ohrenkrankheiten, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Kieferorthopädie u. a.

#### **Dispensairegruppe S: Sondergruppe**

In dieser Gruppe werden alle Kinder betreut, die durch Krankheiten und/oder schwere bleibende gesundheitliche Schäden behindert sind. Kinder der Dispensairegruppe II und vor allem der Sondergruppe sind je nach Schweregrad ihrer Behinderung und nach dem Bedarf koordinierter medizinischer Behandlung im „Dispensaire für behinderte

Kinder und Jugendliche“ im Rahmen der Abteilung Kinder- und Jugendgesundheitschutz zu überwachen.

Durch dieses Dispensaire wird die fachspezifische, insbesondere kinderneuropsychiatrische, orthopädische, physiotherapeutische und kinderärztliche Behandlung gewährleistet. Das Zusammenwirken der Mütterberatung mit diesem Dispensaire zur Frühbehandlung geschädigter Kinder ist durch den beratenden Kinderarzt und den Kreisjugendarzt zu sichern.

### 2.1.5.

#### **Hausbesuch**

Über die Durchführung und den Zeitpunkt von Hausbesuchen entscheidet der Arzt unter vorrangiger Berücksichtigung von Kindern der Dispensairegruppen, die in kürzeren Zeitabständen zwischen den Vorstellungsterminen in den Mütterberatungsstellen vorzunehmen sind. Die Ergebnisse und die getroffenen Maßnahmen sind zu dokumentieren.

### 2.2.

#### **Beratung zu gesundheitlichen, hygienischen und sozialen Fragen**

In den Sprechstunden und bei Hausbesuchen werden die Eltern der zu betreuenden Kinder über vorbeugende Maßnahmen zur Verhütung von Erkrankungen, vor allem auch der oberen Luftwege, und in Fragen der gesunden Lebensgestaltung beraten.

Die Eltern gesundheitlich gefährdeter und geschädigter Kinder erhalten sachkundige Hilfe und Unterstützung bei der Pflege ihrer Kinder.

Die besondere Aufmerksamkeit gilt dem entwicklungsgerechten Schlaf-Wachrhythmus, dem Ernährungsregime und der Gestaltung des gesamten Tagesablaufs, vor allem bei der gezielten Vorbereitung der Kinder auf das Leben und die Betreuung und Erziehung in der Kinderkrippe bzw. im Kindergarten.

In der Sprechstunde fördert der Arzt den Stillwillen der Mutter und empfiehlt die Durchführung von Stillproben.

Durch die Mütterberatungsstellen werden Mütter bzw. Elternkurse und individuelle Beratungen der Eltern in Zusammenarbeit mit den Schwangerenbetreuungsstellen während des Schwangerschafts- und Wochenurlaubs zu folgenden Themen durchgeführt:

- Bedeutung und Methodik des Stillens und der Brustwarzenpflege
- gesunde Ernährung des Säuglings
- Pflege, Erziehung und Kleidung des Säuglings
- Krankheitserkennung und -verhütung im Säuglingsalter.

Während der Zeit des Wochenurlaubs bzw. der Freistellung der Mütter von der Arbeit bis zur Vollen- dung des 1. Lebensjahres ihres Kindes wird der Themenkreis durch die Mütterberatungsstellen um folgende Themen erweitert:

Vorbereitung der Kinder auf das Leben in den Kinderkrippen und Erziehungsfragen  
Gestaltung der Eltern-Kind-Beziehung in der Familie.

Bei der Durchführung von Mütter- bzw. Elternkursen arbeiten die Mütterberatungsstellen eng mit den Mitarbeitern der Krippen des Territoriums und den Beratungszentren des Demokratischen Frauenbundes Deutschlands zusammen.

6.

**Rechtliche Regelungen**

- 6.1. Verordnung vom 22. April 1976 über Kinder- einrichtungen der Vorschulerziehung (GBl. I Nr. 14 S. 201)
- 6.2. Anweisung vom 14. März 1977 über die medi- zinische Betreuung der Kinder in Kindereinrich- tungen der Vorschulerziehung (VuM Nr. 5 S. 33)

Anmerkung: Vgl. unter Reg.-Nr. 4.2.5.

- 6.3. Anweisung vom 8. August 1973 zur Gewährlei- stung der sozialistischen Erziehung, der Betreuung und des Gesundheitsschutzes der Kinder in Krippen und Heimen (VuM Nr. 16 S. 141)
- 6.4. Anweisung vom 27. April 1978 zur Einführung des Untersuchungsprogramms für die gesund- heitliche Überwachung von Kindern und Ju- gendlichen (VuM Nr. 4 S. 28)

Anmerkung: Vgl. unter Reg.-Nr. 4.2.2.1.

- 6.5. Anordnung vom 3. August 1984 über die Schutzimpfungen im Kindes- und Jugendalter

4.2.3.

**Richtlinie  
für den Kinder- und Jugendgesundheitsschutz**

vom 26. April 1979 (VuM Nr. 5 S. 73)

- Auszug -

1.

**Grundsätze für den Kinder- und Jugendgesundheits-  
schutz**

1.1.

Die kontinuierliche gesundheitliche Überwachung, insbesondere die prophylaktische Betreuung aller Kinder und Jugendlichen im Alter von 3 Jahren bis zum Abschluß des Schulbesuches dient der Erhaltung, Förderung und Wiederherstellung ihrer Gesundheit, Leistungsfähigkeit und ihres Wohlbefindens.

Die regelmäßige gesundheitliche Überwachung ist darauf gerichtet, gesundheitlichen Störungen und Schädigungen vorzubeugen, sie frühzeitig zu erkennen und rechtzeitig entsprechende Maßnahmen der Behandlung einzuleiten. Dabei finden physische, psychische und soziale Aspekte gleichermaßen Berücksichtigung.

...

2.

**Aufgaben der Abteilungen Kinder- und Jugendge-  
sundheitsschutz**

...

2.1.3.

**Dispensairebetreuung**

Die Abteilung Kinder- und Jugendgesundheits-

(GBl. I Nr. 25 S. 296); sie enthält den Impfkalen- der als Anlage

- 6.6. Zweite Durchführungsbestimmung vom 20. Ja- nuar 1983 zum Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten beim Menschen - Schutzimpfungen und andere Schutzanwendungen - (GBl. I Nr. 4 S. 33)

- 6.7. Anweisung Nr. 2 vom 18. Dezember 1968 über die Rachitisprophylaxe (VuM 1969 Nr. 2 S. 5)

- 6.8. 1. Mitteilung vom 27. April 1978 über die Doku- mentation für die prophylaktische Betreuung von Kindern und Jugendlichen (VuM Nr. 5 S. 39)

- 6.9. Mitteilung Nr. 2 vom 12. Juni 1978 über die Do- kumentation für die prophylaktische Betreuung von Kindern und Jugendlichen (VuM Nr. 6 S. 42)

7.

**Schlussbestimmungen**

- 7.1. Diese Richtlinie tritt mit ihrer Veröffentlichung in Kraft.

- 7.2. Gleichzeitig treten außer Kraft:

- Richtlinie vom 1. Juli 1966 über die Tätigkeit in den Mütterberatungsstellen (VuM Nr. 16/ 17 S. 126)

- Anweisung vom 22. April 1954 über die Mit- arbeiter der Fürsorgerinnen des Aufgabenge- bietes Mutter und Kind bei der Erfassung von Kindern und Jugendlichen mit Körper- behinderungen, geistigen Störungen, Schä- digungen des Sehvermögens und Schädigun- gen des Hörvermögens (VuM Nr. 4 S. 6)

schutz veranlaßt und koordiniert alle Maßnahmen für eine frühzeitige Betreuung und Behandlung der Kinder und Jugendlichen, die auf Grund von gesund- heitlichen Gefährdungen und Schädigungen einer spezifischen Überwachung und Betreuung bedürfen. Die Dispensairebetreuung ist in enger Zusammen- arbeit mit anderen Fachärzten und Einrichtungen des Gesundheitswesens, mit staatlichen Organen und gesellschaftlichen Organisationen durchzuführen.

Entsprechend der Betreuungsbedürftigkeit der Kin- der und Jugendlichen gibt es folgende Betreuungs- gruppen:

**Betreuungsgruppe N: Normalbetreuungsgruppe**

Hierzu gehören alle Kinder und Jugendlichen, die - physisch und psychisch altersgemäß entwickelt sind

- keine behandlungsbedürftigen chronischen und/ oder rezidivierenden Krankheiten, Anomalien und meldepflichtigen Krankheiten haben

- beständige und kontinuierliche schulische Lei- stungen sowie normgerechtes Verhalten zeigen. Besondere Fürsorge gilt den Kindern kinderreicher Familien, alleinstehender Mütter und Väter sowie anderer Erziehungsberechtigter.

### Dispensairegruppe I: Überwachungsgruppe

Hierzu gehören alle Kinder, die aus medizinischer und sozialer Indikation zeitweilig oder ständig ärztlich betreut werden müssen. Das sind z. B. Kinder mit funktionellen Beschwerden, Entwicklungsrückständen, plötzlichem Leistungsabfall oder Verhaltensauffälligkeiten in der Schule, Infektanfälligkeiten und anderen gesundheitlichen Auffälligkeiten.

### Dispensairegruppe II:

In dieser Gruppe werden alle chronisch kranken und geschädigten Kinder und Jugendlichen erfaßt, die sich in zeitweiliger oder ständiger fachärztlicher Behandlung und Kontrolle durch Vertreter bestimmter medizinischer Fachgebiete befinden. Dazu gehören Kinderheilkunde (einschließlich Nephrologie, Kardiologie/Angiologie, Pulmologie, Kinderneuropsychiatrie, Diabetologie u. a.), Orthopädie, Augenheilkunde, Hals-Nasen-Ohrenkrankheiten, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Kieferorthopädie u. a. Die Kinder dieser Dispensairegruppe besuchen die allgemeinbildende polytechnische Oberschule und bedürfen besonderer Fürsorge durch das Zusammenwirken von Jugendärzten und Pädagogen. Der Kreisjugendarzt koordiniert im Auftrag des Kreisarztes die Zusammenarbeit der an der Dispensairebetreuung beteiligten Fachärzte.

### Dispensairegruppe S: Sondergruppe

In dieser Gruppe werden alle Kinder und Jugendlichen betreut, die durch Krankheiten und/oder schwere bleibende gesundheitliche Schäden behindert sind und

- den Vorschulteil der Sonderschule
- den selbständigen Kindergärten im Sonderschulwesen
- eine Sonderschule oder
- Förderungseinrichtungen, für schulbildungsunfähige förderungsfähige Kinder und Jugendliche besuchen.

Im Auftrag des Kreisarztes leitet der Kreisjugendarzt das „Dispensaire für behinderte Kinder und Jugendliche“, das innerhalb einer Abteilung Kinder- und Jugendgesundheitschutz im Kreis an einer Gesundheitseinrichtung besteht, die Voraussetzungen für eine koordinierte Überwachung und Betreuung behinderter Kinder durch Vertreter mehrerer Fachgebiete bietet (z. B. Kinderheilkunde, Kinderneuropsychiatrie, Orthopädie, Physiotherapie).

Alle Fachärzte, die chronisch kranke bzw. physisch und psychisch geschädigte Kinder behandeln, können bei gegebener Indikation diese in das Dispensaire überweisen. Der Kreisjugendarzt entscheidet in Abstimmung mit dem jeweiligen Facharzt über deren Aufnahme. Er veranlaßt und überwacht die fachspezifische Behandlung z. B. der Kinderneuropsychiatrie, -orthopädie, -psychologie und Physiotherapie der behinderten Kinder und Jugendlichen und ist

verantwortlich für die Durchführung von spezifischen Elternschulungen für Eltern dieser Kinder und Jugendlichen vom frühesten Kindesalter bis zum Abschluß eines entsprechenden Schulbesuches bzw. der Betreuung in Förderungs- und Pflegeeinrichtungen.

#### 2.1.4.

#### Sprechstunden

Die Sprechstunden werden vorwiegend für die Betreuung von Dispensairekindern, für die Durchführung von Einzelschutzimpfungen außerhalb der Termine des Impfkalenders und für die Vorbereitung von Kindern auf eine Kur und zur Nachsorge genutzt.

#### 2.1.5.

#### Hausbesuche

Hausbesuche durch Mitarbeiter der Abteilung Kinder- und Jugendgesundheitschutz werden bei medizinischer und sozialer Indikation durchgeführt. Kinder und Jugendliche der Dispensairegruppen sind dabei vorrangig zu berücksichtigen.

Die Hausbesuche sind umgehend auszuwerten, erforderlichenfalls notwendig werdende Maßnahmen einzuleiten, zu dokumentieren und unter Kontrolle zu halten.

#### 2.2.

#### Beratung zu gesundheitlichen, hygienischen und sozialen Fragen

Die Beratung wird in den Sprechstunden, bei Hausbesuchen und Reihenuntersuchungen durchgeführt, insbesondere zur

- Erziehung zur gesunden Lebensweise, Gesundheitserhaltung und Gesundheitsförderung
- Lebensgestaltung gefährdeter und geschädigter Kinder und Jugendlicher
- gezielten Berufsberatung unter Berücksichtigung der gesundheitlichen Voraussetzungen (s. Abschnitte 6.6. und 6.7.)

sowie der Anwendung rechtlicher Regelungen auf sozialem Gebiet.

Zu spezifischen Problemen werden Kinder und Jugendliche, Eltern und Erzieher individuell beraten.

...

#### 6.

#### Rechtliche Regelungen

6.1. Anweisung vom 27. April 1978 zur Einführung des Untersuchungsprogramms für die gesundheitliche Überwachung von Kindern und Jugendlichen (VuM Nr. 4 S. 28)

Anmerkung: Vgl. unter Reg.-Nr. 4.2.2.1.

6.2. Anweisung vom 14. März 1977 über die medizinische Betreuung der Kinder in Kindereinrichtungen der Vorschulerziehung (VuM Nr. 5 S. 33)

#### 4.2.4.

### Methodische Hinweise zur Dispensairebetreuung für geschädigte Kinder und Jugendliche

vom 30. Juni 1982 (VuM Nr. 6 S. 87)

Der Betreuung von Kindern und Jugendlichen mit chronischen Krankheiten sowie physischen und/oder psychischen Schäden (im folgenden geschädigte Kinder und Jugendliche genannt) gilt die besondere Fürsorge des sozialistischen Gesundheits- und Sozialwesens. Durch komplexe Rehabilitation sind die Kinder und Jugendlichen in das gesellschaftliche Leben einzugliedern und ihre Entwicklung, Leistungsfähigkeit und Gesundheit zu stabilisieren und zu fördern. Zur Dispensairebetreuung von geschädigten Kindern und Jugendlichen entsprechend der Richtlinie vom 26. April 1979 für die Mütterberatung (VuM Nr. 5 S. 70), Abschnitt 2.1.4., und der Richtlinie vom 26. April 1979 für den Kinder- und Jugendgesundheitschutz (VuM Nr. 5 S. 73), Abschnitt 2.1.3., werden folgende methodische Hinweise gegeben.

1.  
Aufgaben und Arbeitsweise des Dispensaires, Verantwortung des Kreisjugendarztes

1.1.  
Das Dispensaire für geschädigte Kinder und Jugendliche koordiniert und überwacht alle erforderlichen medizinischen, pädagogischen, psychologischen, beruflichen und sozialen Betreuungsmaßnahmen für die geschädigten Kinder und Jugendlichen. Die Betreuung der Kinder und Jugendlichen im Dispensaire erfordert ein enges Zusammenwirken mit allen beteiligten Bereichen des Gesundheits- und Sozialwesens, der Volksbildung, der Kreisrehabilitationskommission (Arbeitsgruppe Kinder und Jugendliche) und mit gesellschaftlichen Organisationen. Spezielle Betreuungsaufgaben der fachspezifischen Dispensaires bleiben davon unberührt.

1.2.  
Der Kreisjugendarzt trägt im Rahmen seiner Verantwortung Sorge für die Überwachung und Koordinierung der medizinischen und sozialen Betreuung geschädigter Kinder und Jugendlicher in enger Zusammenarbeit mit der Kreisrehabilitationskommission. Für schulbildungsfähige geschädigte Kinder ist darüber hinaus eine enge Zusammenarbeit mit den sonderpädagogischen Beratungsstellen sowie mit den entsprechenden territorial zuständigen Sonderschulen notwendig.

Anmerkung: Grundlage ist das „Verzeichnis der für die Bildung und Erziehung physisch-psychisch geschädigter Kinder und Jugendlicher des Bezirkes verantwortlichen sonderpädagogischen Einrichtungen“ (Orientierungsmaterial für Bezirks- und Kreis-

schulräte, Bezirks- und Kreisärzte sowie sonderpädagogische Beratungsstellen vom Januar 1982).

Daraus leiten sich folgende Aufgaben ab:

- Organisation der Früherfassung
- Erfassung aller geschädigten Kinder, bei denen mit großer Wahrscheinlichkeit eine Schulbildungsfähigkeit in einer Ober- bzw. Sonderschule zu erwarten ist, und

Meldung von sprach-, stimm- und leicht hörgeschädigten Kindern an die im Kreis befindliche sonderpädagogische Beratungsstelle für Sprech-, Stimm- und Hörgeschädigte zwecks Einleitung erforderlicher Beratungs- bzw. Betreuungsmaßnahmen

Meldung aller anderen geschädigten Kinder über den für den Wohnsitz des Kindes zuständigen Schulrat an die territorial verantwortliche Sonderschule, unabhängig davon, ob nur eine zeitweilige sonderpädagogische Beratung und Betreuung oder spätere Aufnahme des Kindes in den Vorschulteil bzw. die Sonderschule (z. B. für Körperbehinderte, Hör- und Sehgeschädigte) erforderlich wird

- Koordinierung der prophylaktischen, diagnostischen, therapeutischen und rehabilitativen Maßnahmen aller Fachdisziplinen
- Beratung der Kinder und Jugendlichen sowie der Familien, Eltern, Lehrer und Erzieher in medizinischen, sozialen und rechtlichen Fragen – einschließlich der Durchführung von Elternschulungen entsprechend der Richtlinie vom 26. April 1979 für den Kinder- und Jugendgesundheitschutz
- Einflußnahme auf die dem Schädigungsgrad angepaßten, gesundheitsfördernden Lebensbedingungen der Kinder und Jugendlichen in Familie und Umwelt
- Einflußnahme auf die Gestaltung der pädagogisch-hygienischen Bedingungen in Zusammenarbeit mit den zuständigen Bereichen des Gesundheits- und Sozialwesens und der Volksbildung in:
  - Kinderkrippen und Dauerheimen
  - Einrichtungen für schulbildungsunfähige, förderungsfähige Kinder
  - Kindergärten und Vorschulheimen
  - Schulen einschließlich Sonderschulen und ihrer Vorschulteile
- Abstimmung der Maßnahmen zur rechtzeitigen

#### 4. *medizinische Rehabilitation*

Berufsorientierung und Beratung entsprechend den gesundheitlichen Voraussetzungen der Kinder und Jugendlichen mit:

- Einrichtungen der Volksbildung
- Abteilungen Berufsbildung und Berufsberatung der Räte der Kreise und Berufsberatungszentren
- Kontrolle über die Durchführung entsprechender sozialpolitischer Maßnahmen (Gewährung von Pflegegeld bzw. Sonderpflegegeld, Ausgabe des Schwerbeschädigtenausweises u. a.)

##### 1.3.

Zur Erfüllung dieser Aufgaben ist die ständige Kooperation erforderlich mit ambulanten und stationären Einrichtungen, Spezialdispensaires sowie mit Fachabteilungen für

- Orthopädie
- Ophthalmologie
- Kinderneuropsychiatrie
- Otorhinolaryngologie
- Dermatologie
- Kinderchirurgie
- Kinderstomatologie/Kieferorthopädie
- Sportmedizin
- Arbeitsmedizin

##### 1.4.

Der Kreisjugendarzt arbeitet zur Gewährleistung der Früherfassung und Frühbehandlung geschädigter Neugeborener und Kleinkinder im Alter bis zu 3 Jahren eng mit dem beratenden Pädiater des Kreisarztes zusammen. Der beratende Pädiater sichert die Einhaltung der Meldeordnung für diese Altersgruppe.

##### 1.5.

Die Arbeit im Dispensaire für geschädigte Kinder und Jugendliche ist mit der anderer Dispensaires, besonders der Orthopädie und Psychiatrie, noch stärker zu koordinieren. Entsprechend den territorialen Möglichkeiten sind weitere Fachgebiete (z. B. Ophthalmologie, Otorhinolaryngologie, Sportmedizin) einzubeziehen. Je nach Bedarf sind regelmäßig gemeinsame Sprechstunden vorzusehen.

##### 1.6.

Im Interesse einer koordinierten und effektiven Betreuung der geschädigten Kinder und Jugendlichen sollte der Kreisjugendarzt die Arbeitsgruppe Kinder und Jugendliche der Kreisrehabilitationskommission leiten.

##### 1.7.

Bei Schulabschluß und Beginn der Lehre in Einrichtungen und Betrieben ist die Gesundheitsdokumentation entsprechend der Anweisung vom 16. Februar 1978 über die Weitergabe der Dokumentation des Jugendgesundheitszustandes an die Einrichtungen des Betriebsgesundheitswesens (VuM Nr. 2 S. 10) zu übergeben. Die Kreisstelle für Rehabilitation bzw. Ärztliches Begutachtungswesen und Rehabilitation ist darüber zu informieren.

Von den Schulabgängern, die eine Lehre im Rehabilitationszentrum aufnehmen, vorzeitigen Schulabgängern und von Jugendlichen, die aus einer Förderungseinrichtung ausgegliedert werden, sind die Gesundheitsdokumentation sowie Epikrise an die Kreisstelle für Rehabilitation bzw. Ärztliches Begutachtungswesen und Rehabilitation zu übergeben.

Die Übernahme der Jugendlichen aus dem Dispensaire ist mit den weiter betreuenden Einrichtungen langfristig vorzubereiten und abzustimmen.

##### 2.

Erfassung geschädigter Kinder und Jugendlicher

##### 2.1.

Das Dispensaire für geschädigte Kinder und Jugendliche erfaßt auf der Grundlage der Rechtsvorschriften alle Kinder und Jugendlichen, die einer besonderen und komplexen medizinischen und sozialen Betreuung bedürfen.

Das schließt auch solche Kinder und Jugendliche ein, deren Schädigung erst im Verlaufe ihrer Entwicklung langandauernde Einschränkungen der Funktions- und Leistungsfähigkeit erkennen läßt.

Anmerkung: Für die Meldung der geschädigten Kinder und Jugendlichen gelten die AO [Nr. 1] vom 12. 5. 1954 (ZBl. Nr. 20 S. 194) und AO Nr. 2 vom 4. 7. 1967 (GBl. II Nr. 81 S. 571) über Meldung von Körperbehinderungen, geistigen Störungen, Schädigungen des Sehvermögens und Schädigungen des Hörvermögens (Reg.-Nr. 4.2.12. und 4.2.13.).

##### 2.2.

Alle Kinder und Jugendlichen werden unabhängig vom Ort der Bildungs- und Förderungseinrichtung im Dispensaire für geschädigte Kinder und Jugendliche des Wohnsitzes der Erziehungsberechtigten erfaßt.

Nach Aufnahme eines geschädigten Kindes in eine Einrichtung des Sonderschulwesens bzw. eine Förderungseinrichtung des Gesundheitswesens außerhalb des Heimatkreises ist das Kind in das Dispensaire des für die Einrichtung zuständigen Kreises zu übernehmen.

##### 3.

Aufgaben in der Zusammenarbeit der ambulanten und stationären Gesundheitseinrichtungen mit dem Dispensaire für geschädigte Kinder und Jugendliche

##### 3.1.

Die ambulanten und stationären Gesundheitseinrichtungen gewährleisten, daß der Kreisjugendarzt entsprechend den Betreuungserfordernissen – mindestens einmal jährlich – Kurzinformationen über den Gesundheitszustand, die Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit der betreuten geschädigten Kinder und Jugendlichen erhält.

Die stationären Einrichtungen senden von geschädigten Kindern und Jugendlichen unmittelbar nach Entlassung eine Durchschrift der Epikrise an



den zuständigen Kreisjugendarzt. Dieser führt in Wahrnehmung seiner Aufgaben entsprechend Abschn. 1.2. die Auswertung durch.

3.2.

Der Sportmedizinische Dienst (Kreissportarzt) übergibt dem Kreisjugendarzt zu Beginn jedes Quartals eine Liste über die im vergangenen Quartal ausgestellten Teil- bzw. Ganzbefreiungen geschädigter Kinder und Jugendlicher vom Sportunterricht unter Ausweisung auch derjenigen, deren Sportbefreiung aufgehoben werden konnte.

3.3.

Die Gesundheitseinrichtungen melden an den Kreisjugendarzt die Ausgliederung der entsprechenden Kinder und Jugendlichen aus dem Fachdispensaire

- nach abgeschlossener therapeutischer Behandlung
- nach Übergabe in andere medizinische Betreuungseinrichtungen
- bei Wohnungswechsel.

3.4.

Auf Anforderung übersenden die Gesundheitseinrichtungen an den Kreisjugendarzt zusätzliche Informationen für die Betreuung und Rehabilitation von diesen Kindern und Jugendlichen, zum Beispiel bei Aufnahme geschädigter Kinder in eine Kinderkrippe, einen Kindergarten, in Förderungseinrichtungen, allgemeinbildenden polytechnischen Oberschulen, Sonderschulen und zur Beurteilung der Tauglichkeit für Sport und Ferienlager sowie für die Berufsberatung.

4.

Dokumentation

Im Dispensaire wird für jeden Patienten eine Dokumentation angelegt und laufend ergänzt in Anpassung an die Dokumentation für die prophylaktische Betreuung von Kindern und Jugendlichen.

Anmerkung: Beachte die 1. Mitteilung vom 27. 4. 1978 (VuM Nr. 5 S. 39) und die Mitteilung Nr. 2 vom 12. 6. 1978 (VuM Nr. 6 S. 42) über die Dokumentation für die prophylaktische Betreuung von Kindern und Jugendlichen.

## 5. pädagogische Rehabilitation

### 5.2.

#### Spezielle Rechtsvorschriften für die pädagogische Rehabilitation

##### 5.2.1.

#### Fünfte Durchführungsbestimmung zum Gesetz über das einheitliche sozialistische Bildungssystem – Sonderschulwesen –

vom 9. Februar 1984 (GBl. I Nr. 8 S. 85)

Auf der Grundlage des Gesetzes vom 25. Februar 1965 über das einheitliche sozialistische Bildungssystem (GBl. I Nr. 6 S. 83) wird zur Durchführung des § 19 über die Sonderschulen im Einvernehmen mit den Leitern der zuständigen zentralen staatlichen Organe folgendes bestimmt:

##### § 1

###### Geltungsbereich

Diese Durchführungsbestimmung gilt für die Einrichtungen des Sonderschulwesens im Bereich der Volksbildung und des Gesundheits- und Sozialwesens. Dazu gehören:

- Hilfsschulen,
- Gehörlosenschulen,
- Schwerhörigenschulen,
- Blindenschulen,
- Sehschwachenschulen,
- Sprachheilschulen,
- Körperbehindertenschulen,
- Sonderschulen mit Ausgleichsklassen und Ausgleichsklassen an Oberschulen,
- Gehörlosen-, Schwerhörigen-, Sehschwachen-, Körperbehindertenhilfsschulen,
- Sonderschulen im Bereich des Gesundheits- und Sozialwesens,
- Berufshilfsschulen, Gehörlosen- und Schwerhörigenberufsschulen,
- Sprachheilkindergärten.

##### § 2

###### Ziele und Aufgaben

###### der Einrichtungen des Sonderschulwesens

(1) Die Einrichtungen des Sonderschulwesens werden ausschließlich gegenüber solchen Vorschulkindern und Schülern wirksam, bei denen unter den Bedingungen des Kindergartens oder der zehnklassigen allgemeinbildenden polytechnischen Oberschule die Ausprägung einer wesentlichen physisch-psychischen Schädigung nicht zu verhüten, zu mindern bzw. zu beseitigen ist und deren weitere Persönlichkeitsentwicklung aus diesen Gründen zeitweilig oder

dauernd nur im Rahmen sonderpädagogischer Einflußnahme gewährleistet werden kann. Die Entscheidungen über die Aufnahme von Kindern und Jugendlichen in Einrichtungen des Sonderschulwesens sind durch pädagogische, medizinische und psychologische Einschätzungen zu begründen.

(2) Die Einrichtungen des Sonderschulwesens sichern die allseitige Persönlichkeitsentwicklung der nach Art und Grad unterschiedlich physisch-psychisch geschädigten Kinder und Jugendlichen. Im Zusammenhang mit der qualifizierten Erfüllung der in den Einrichtungen des Sonderschulwesens gültigen Lehrpläne bzw. Bildungs- und Erziehungspläne sind systematisch alle spezifischen Möglichkeiten zu nutzen, die wesentliche physisch-psychische Schädigung der Kinder und Jugendlichen zu mindern bzw. zu beseitigen.

(3) In den Einrichtungen des Sonderschulwesens sind ständig die erreichten Ergebnisse in der Persönlichkeitsentwicklung der Kinder und Jugendlichen einzuschätzen und Festlegungen für die weitere korrektiv-erzieherische Einflußnahme zu treffen. Kinder und Jugendliche, deren wesentliche physisch-psychische Schädigung in einem solchen Maße gemindert bzw. beseitigt werden konnte, daß sie erfolgreich im Kindergarten bzw. in der allgemeinbildenden polytechnischen Oberschule weiterlernen können, sind in diese Einrichtungen einzugliedern. Die Entscheidung darüber ist nach gründlicher Prüfung durch Pädagogen, Fachärzte sowie Psychologen und nach vertrauensvoller Beratung mit den Eltern vorzubereiten.

(4) Zur Sicherung der allseitigen Persönlichkeitsentwicklung wesentlich physisch-psychisch geschädigter Kinder und Jugendlicher können den Einrichtungen des Sonderschulwesens sonderpädagogisch Beratungsstellen für Sprach-, Stimm- und Hörschädigte, Vorschulteile (Vorschulgruppen), Horte, Internate, Hilfsschulklassen (Hilfsschulteile), Berufsschulklassen (Berufsschulteile) und Schulteil erweiterter Oberschule (EOS-Teile) zugeordnet sein.

(5) Für den Bildungsgang von Kindern und Jugend-

lichen mit besonders komplizierten Schädigungsformen (z. B. Mehrfachschädigungen) können auf Vorschlag des Direktors der Sonderschule durch den zuständigen Schulrat Einzelfallentscheidungen über die Nichtteilnahme am Unterricht in bestimmten Fächern zugunsten zusätzlicher sonderpädagogischer bzw. medizinisch-therapeutischer Maßnahmen zur Stabilisierung der Persönlichkeitsentwicklung getroffen werden.

### § 3

#### **Beratende Tätigkeit der Einrichtungen des Sonderschulwesens und Zusammenarbeit mit staatlichen Organen, Betrieben, Verbänden für Geschädigte und gesellschaftlichen Kräften**

(1) Die Einrichtungen des Sonderschulwesens gewährleisten kontinuierlich eine vertrauensvolle Zusammenarbeit mit den Erziehungsberechtigten. Sie sichern, daß den Erziehungsberechtigten notwendige Entscheidungen zur Entwicklung ihrer Kinder erläutert werden und befähigen sie, die sich aus der Spezifik der Schädigung ergebenden sonderpädagogischen Maßnahmen auch unter den Bedingungen der Familienerziehung weiterzuführen.

(2) Die Einrichtungen des Sonderschulwesens nutzen vielfältige Möglichkeiten der Beratung gegenüber Kindergärten und allgemeinbildenden polytechnischen Oberschulen mit dem Ziel, rechtzeitig solche Kinder zu erkennen, deren Persönlichkeitsentwicklung wegen einer wesentlichen physisch-psychischen Schädigung zeitweilig oder dauernd nur unter sonderpädagogischen Bedingungen gesichert werden kann.

(3) Die Einrichtungen des Sonderschulwesens sind den Abteilungen Volksbildung der Räte der Kreise, Städte bzw. Stadtbezirke unterstellt. Sie erfüllen ihre Aufgaben in engem Zusammenwirken mit

- den Räten der Bezirke und Kreise, Abteilung Gesundheits- und Sozialwesen, sowie den Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens auf der Grundlage der vom Minister für Gesundheitswesen erlassenen Bestimmungen mit der Maßgabe, wesentliche physisch-psychische Schädigungen frühzeitig zu erkennen, abgestimmte Maßnahmen zu ihrer Minderung oder Beseitigung einzuleiten und die gesundheitliche Überwachung sowie Betreuung dieser Kinder und Jugendlichen zu gewährleisten;

Anmerkung: Es gelten die AO über die gesundheitliche Überwachung von Kindern und Jugendlichen (Reg.-Nr. 4.2.1.) und die RL für den Kinder- und Jugendgesundheitschutz (auszugsw. unter Reg.-Nr. 4.2.3.).

- den Räten der Bezirke und Kreise, Abteilung Berufsbildung und Berufsberatung, den jeweiligen Einrichtungen der Berufsbildung, den lehrver-

tragsabschließenden Betrieben bzw. den Ausbildungsbetrieben zur qualifizierten Durchsetzung der für die Berufsausbildung (einschließlich der Berufsberatung und beruflichen Eingliederung von Abgängern aus Einrichtungen des Sonderschulwesens) geltenden Rechtsvorschriften;

- dem Blinden-und-Sehgeschwachen-Verband der Deutschen Demokratischen Republik und dem Gehörlosen-und-Schwerhörigen-Verband der Deutschen Demokratischen Republik und
- den Ausschüssen der Nationalen Front der DDR und den Betrieben des Wohngebietes, um den Kindern und Jugendlichen eine umfassende Teilnahme am politischen und geistig-kulturellen Leben zu ermöglichen.

### § 4

#### **Die Hilfsschulen**

(1) Die Hilfsschulen sind achtklassige allgemeinbildende polytechnische Schulen. Ihnen können Vorschul- und Berufsschulteile, Horte, Internate sowie sonderpädagogische Beratungsstellen für Sprach-, Stimm- und Hörgeschädigte angeschlossen sein.

(2) In die Hilfsschulen werden schulbildungsfähige Kinder mit einer intellektuellen Schädigung vom Grade der Debilität aufgenommen. Die Kinder weisen eine ständig herabgesetzte geistige Leistungsfähigkeit auf, die sich auf die gesamte Persönlichkeitsentwicklung auswirkt. Unter den Bedingungen der zehnklassigen allgemeinbildenden polytechnischen Oberschule kann die Entwicklung dieser Schüler nicht gewährleistet werden.

(3) Die Kinder können entsprechend dem unterschiedlichen Schweregrad der Schädigung und unter Beachtung ihrer Entwicklungspotenzen in Klassen der Abteilung I oder der Abteilung II unterrichtet werden. In Hilfsschulen, die keine Klassen der Abteilung I und II führen, erhalten die Schüler der jeweiligen Klassenstufe gemeinsam Unterricht.

(4) Die Hilfsschulen haben die Aufgabe, den Kindern und Jugendlichen auf der Grundlage spezieller Lehrpläne eine ihren Entwicklungspotenzen angemessene Allgemeinbildung zu vermitteln und dabei die wesentliche physisch-psychische Schädigung und ihre Auswirkungen durch korrektiv-erzieherische Maßnahmen systematisch zu mindern.

(5) Abgänger der Hilfsschulen erhalten im Rahmen eines Lehrverhältnisses in Abhängigkeit vom Schweregrad der intellektuellen Schädigung eine zweijährige Ausbildung auf Teilgebieten von Ausbildungsberufen bzw. eine einjährige Ausbildung für einfache Arbeitstätigkeiten. Der allgemeinbildende und berufstheoretische Unterricht wird in Berufsschulteilen an Hilfsschulen oder in Berufshilfsschulen erteilt. Die praktische Ausbildung wird unter Wahrung des hilfsschulpädagogischen Charakters der gesamten Ausbildung in entsprechenden Ausbildungsbetrieben durchgeführt.

## 5. pädagogische Rehabilitation

(6) In die Vorschulteile der Hilfsschulen werden Kinder aufgenommen, die im Vorschulalter als intellektuell geschädigt (schwachsinig) erkannt werden und bei denen durch sonderpädagogische Einflußnahme Hilfsschulfähigkeit erwartet werden kann, sowie noch nicht hilfsschulfähige intellektuell geschädigte Kinder im frühen Schulalter.

(7) Die Vorschulteile an Hilfsschulen haben die Aufgabe, die Kinder auf der Grundlage des Bildungs- und Erziehungsplanes optimal zu entwickeln und so zu fördern, daß sie die Hilfsschulfähigkeit erlangen und ihren Bildungsweg in der Hilfsschule oder in einer anderen Einrichtung des Sonderschulwesens fortsetzen können. Bei besonders komplizierten Schädigungsformen ist durch spezielle Maßnahmen, gegebenenfalls in zeitweiligen Diagnostikgruppen, der weitere Bildungsweg dieser Kinder zu klären. Kinder, die die Hilfsschulfähigkeit nicht erreichen, sind als schulbildungsunfähig in Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens zu überweisen.

### § 5

#### Die Gehörlosenschulen

(1) Die Gehörlosenschulen sind zehnklassige allgemeinbildende polytechnische Schulen. Ihnen können Vorschul- und Berufsschulteile, Klassen für schwerhörige Kinder und Jugendliche sowie Internate angeschlossen sein. Gehörlosenschulen, denen Klassen für schwerhörige Kinder angeschlossen sind, führen die Bezeichnung Gehörlosen- und Schwerhörigenschule.

(2) In die Gehörlosenschulen werden Kinder aufgenommen, die infolge eines hochgradigen Hörschadens auch bei Einsatz elektroakustischer Hilfsmittel nicht in der Lage sind, die Lautsprache über das Ohr zu verstehen.

(2) Die Gehörlosenschulen haben die Aufgabe, den Kindern und Jugendlichen auf der Grundlage spezieller Lehrpläne unter besonderer Beachtung der muttersprachlichen Bildung und Erziehung sowie der Hörerziehung eine dem Abschlußniveau der allgemeinbildenden polytechnischen Oberschule entsprechende Allgemeinbildung zu vermitteln.

(4) Schüler der Gehörlosenschulen, die die Voraussetzungen für die Teilnahme am Unterricht der Schwerhörigenschule erworben haben, sind in Abstimmung mit den Eltern in Schwerhörigenschulen einzugliedern.

(5) Die Abgänger der Gehörlosenschulen erhalten grundsätzlich eine Berufsausbildung im Rahmen eines Lehrverhältnisses. Der allgemeinbildende und berufstheoretische Unterricht wird in Berufsschulteilen an Gehörlosenschulen oder in Gehörlosenberufsschulen erteilt. Die praktische Ausbildung wird in besonderen Lehrlingsgruppen in entsprechenden Ausbildungsbetrieben durchgeführt.

(6) In die Vorschulteile der Gehörlosenschulen wer-

den Kinder aufgenommen, die infolge eines hochgradigen Hörschadens auch nach gezielter Hörerziehung nicht in der Lage sind, die Lautsprache auf akustischem Wege zu erlernen.

(7) Die Vorschulteile an Gehörlosenschulen haben die Aufgabe, die Kinder auf der Grundlage des Bildungs- und Erziehungsplanes optimal zu entwickeln und durch eine gezielte muttersprachliche Bildung und Erziehung sowie durch Hörerziehung die Gesamtentwicklung der hörgeschädigten Kinder so zu fördern, daß ihre altersgerechte Einschulung in die Gehörlosenschule bzw. bei wesentlichen Fortschritten in der Sprachentwicklung der Übergang in die Schwerhörigenschule erfolgen kann. Zur Abklärung besonders komplizierter Schädigungsformen können einzelne Kinder zeitweilig zur Diagnostik in die bestehenden Gruppen aufgenommen bzw. in besonderen Diagnostikgruppen zusammengefaßt werden.

### § 6

#### Die Schwerhörigenschulen

(1) Die Schwerhörigenschulen sind zehnklassige allgemeinbildende polytechnische Oberschulen. Ihnen können Vorschul- und Berufsschulteile, Klassen für gehörlose Kinder und Jugendliche, Horte und Internate angeschlossen sein. Einer der Schwerhörigenschulen ist ein EOS-Teil angegliedert. Schwerhörigenschulen, denen Klassen für gehörlose Kinder angeschlossen sind, führen die Bezeichnung Schwerhörigen- und Gehörlosenschule.

(2) In die Schwerhörigenschulen werden Kinder und Jugendliche aufgenommen, die durch eine Hörminderung dem Unterricht in der allgemeinbildenden polytechnischen Oberschule nicht folgen können, die Sprache jedoch über das Ohr – in der Regel mit Hörhilfen – erlernen können oder dem Unterricht über das Absehen vom Munde zu folgenvermögen.

(3) Die Kinder und Jugendlichen können entsprechend dem erreichten sprachlichen Entwicklungsstand und unter Beachtung des unterschiedlichen Schweregrades der wesentlichen physisch-psychischen Schädigung in A- oder B-Klassen unterrichtet werden. In Schwerhörigenschulen, die keine A- und B-Klassen führen, erhalten die Schüler in der jeweiligen Klassenstufe gemeinsam Unterricht.

(4) Die A-Klassen der Schwerhörigenschulen haben die Aufgabe, die Schüler auf der Grundlage der Lehrpläne der allgemeinbildenden polytechnischen Oberschule unter besonderer Beachtung der muttersprachlichen Bildung und Erziehung sowie der Hörerziehung zum Oberschulabschluß zu führen.

(5) Die B-Klassen der Schwerhörigenschulen haben die Aufgabe, den Schülern auf der Grundlage spezieller Lehrpläne unter besonderer Beachtung der muttersprachlichen Bildung und Erziehung sowie der Hörerziehung eine dem Abschlußniveau der all-

gemeinbildenden polytechnischen Oberschule entsprechende Allgemeinbildung zu vermitteln.

(6) Kinder und Jugendliche der A-Klassen, die die Voraussetzung für die Teilnahme am Unterricht der allgemeinbildenden polytechnischen Oberschule des Heimatortes erworben haben, sind in diese Einrichtungen einzugliedern. Schüler der B-Klassen, die die Voraussetzungen für die Teilnahme am Unterricht der A-Klassen erworben haben, sind in diese Klassen einzugliedern.

(7) Befähigte Absolventen der 10. Klassen der Schwerhörigenschulen können an die Schwerhörigenschule mit EOS-Teil oder – sofern aus schädigungsspezifischer Sicht die entsprechenden Voraussetzungen vorliegen – auch an eine erweiterte allgemeinbildende polytechnische Oberschule des Heimatkreises delegiert werden.

(8) Abgänger der Schwerhörigenschulen, deren berufliche Ausbildung unter sonderpädagogischen Bedingungen erfolgen muß, erhalten grundsätzlich eine Berufsausbildung im Rahmen eines Lehrverhältnisses. Der allgemeinbildende und berufstheoretische Unterricht wird in Berufsschulteilen an Schwerhörigenschulen oder in Schwerhörigenberufsschulen erteilt. Die praktische Ausbildung wird, soweit erforderlich, in besonderen Lehrlingsgruppen in entsprechenden Ausbildungsbetrieben durchgeführt.

(9) In die Vorschulteile der Schwerhörigenschulen werden Kinder aufgenommen, bei denen die Hörschädigung und ihre Auswirkungen auf die Persönlichkeitsentwicklung mit den Mitteln und Möglichkeiten der sonderpädagogischen Beratungsstellen nicht ausreichend gemindert werden konnten und die zur Sicherung ihrer Persönlichkeitsentwicklung weiterführender korrektiv-erzieherischer Maßnahmen bedürfen.

(10) Die Vorschulteile an Schwerhörigenschulen haben die Aufgabe, die Kinder auf der Grundlage des Bildungs- und Erziehungsplanes optimal zu entwickeln und durch eine gezielte muttersprachliche Bildung und Erziehung sowie durch Hörerziehung die Gesamtentwicklung der schwerhörigen Kinder so zu fördern, daß eine möglichst altersgerechte Einschulung in die Schwerhörigenschule bzw. in eine andere Sonderschule oder bei entsprechenden Voraussetzungen die Einschulung in die Oberschule des Heimatortes erfolgen kann. Zur Abklärung besonders komplizierter Schädigungsformen können einzelne Kinder zeitweilig zur Diagnostik in die bestehenden Gruppen aufgenommen bzw. in besonderen Diagnostikgruppen zusammengefaßt werden.

## § 7

### Die Sprachheilschulen

(1) Sprachheilschulen sind in der Regel drei- bzw. sechsklassige allgemeinbildende polytechnische Oberschulen (Klassenstufe 1 bis 3 bzw. 1 bis 6). Das Ministerium für Volksbildung entscheidet, welche

Sprachheilschulen darüber hinaus die Klassenstufen 7 bis 10 führen. Den Sprachheilschulen können Vorschulteile, Klassen für Schüler mit einer ausgeprägten Lese-Rechtschreib-Schwäche (LRS), Horte, Internate und sonderpädagogische Beratungsstellen für Sprach-, Stimm- und Hörgeschädigte angeschlossen sein.

(2) In die Sprachheilschulen werden Kinder aufgenommen, deren Sprachschädigung und ihre Auswirkungen auf die Persönlichkeitsentwicklung im Vorschulalter nicht beseitigt werden konnten und die an einem totalen oder partiellen Unvermögen leiden, die normale Umgangssprache in ihrer individuellen laut- oder schriftsprachlichen Aktion zu realisieren, so daß die Kommunikation wesentlich beeinträchtigt und die Erkenntnistätigkeit eingeschränkt ist.

(3) Die Sprachheilschulen haben die Aufgabe, die Schüler auf der Grundlage der Lehrpläne in Einheit mit korrektiv-erzieherischen Maßnahmen so zu bilden und zu erziehen, daß die laut- bzw. schriftsprachlichen Störungen und die damit verbundenen Auswirkungen auf die Entwicklung der Schüler beseitigt bzw. erheblich gemindert werden und die Mehrzahl der Schüler bis zum Abschluß der 3. Klasse oder nach Beendigung der 6. Klasse in die allgemeinbildende polytechnische Oberschule eingegliedert werden kann. Die Eingliederung ist durch die Pädagogen der Sprachheilschulen in engem Zusammenwirken mit Fachärzten, sonderpädagogischen Beratungsstellen, zukünftigen Klassenleitern sowie den Eltern der Kinder langfristig vorzubereiten.

(4) Schüler mit einer ausgeprägten Lese-Rechtschreib-Schwäche (LRS) können in LRS-Klassen gebildet und erzogen werden.

(5) Stotterer, bei denen keine wesentliche Besserung des sprachlichen Zustandes erreicht werden konnte, können einer komplexen medizinisch-pädagogischen Kur zugeführt werden.

(6) In die Vorschulteile an Sprachheilschulen und in die Sprachheilkindergärten werden Kinder aufgenommen, denen mit den Mitteln und Möglichkeiten der korrektiv-erzieherischen Einflußnahme durch die sonderpädagogischen Beratungsstellen nicht ausreichend bei der Überwindung der Sprachschädigung und ihrer Auswirkungen geholfen werden konnte und die zur Sicherung ihrer Persönlichkeitsentwicklung weiterführender sonderpädagogischer Maßnahmen bedürfen.

(7) Die Vorschulteile an Sprachheilschulen und die Sprachheilkindergärten haben die Aufgabe, die Kinder auf der Grundlage des Bildungs- und Erziehungsplanes optimal zu entwickeln und durch systematische korrektiv-erzieherische Maßnahmen so weit in ihrer Entwicklung zu fördern, daß nach Möglichkeit eine altersgerechte Einschulung in die allgemeinbildende polytechnische Oberschule, in eine Sprachheilschule oder in eine andere Sonderschule erfolgen kann. Zur Abklärung besonders kompli-

## 5. pädagogische Rehabilitation

zierter Schädigungsformen können einzelne Kinder zeitweilig zur Diagnostik in die bestehenden Gruppen aufgenommen bzw. in besonderen Diagnostikgruppen zusammengefaßt werden.

### § 8

#### Die Blindenschulen

(1) Die Blindenschulen sind zehnklassige allgemeinbildende polytechnische Oberschulen. Ihnen können Vorschulteile und Internate angeschlossen sein. Einer der Blindenschulen ist ein Hilfsschulteil angegliedert. Einer der Blindenschulen ist ein EOS-Teil angegliedert.

(2) In die Blindenschulen werden Kinder und Jugendliche aufgenommen, die infolge hochgradiger Sehschädigung auch beim Einsatz von Spezialsehhilfen nicht in der Lage sind, Flachschrift in üblicher Größe und angemessenem Tempo zu lesen bzw. zu schreiben und die bei der Aneignung von Wissen und Können auf den Erwerb blindenspezifischer Fertigkeiten und den Gebrauch von Blindenhilfsmitteln angewiesen sind.

(3) Die Blindenschulen haben die Aufgabe, die Schüler auf der Grundlage der Lehrpläne unter besonderer Beachtung der Schulung des Tastsinnes, des Gehörs, der Motorik und des Orientierungsvermögens zum Oberschulabschluß zu führen und dabei ihre Fähigkeiten zur Kompensation der Sehschädigung sowie zur Nutzung des Sehrestes zu entwickeln.

(4) Befähigte Absolventen der 10. Klassen der Blindenschulen können an die Blindenschulen mit EOS-Teil für Blinde und Sehschwache delegiert werden.

(5) Abgänger der Blindenschulen erhalten grundsätzlich eine Berufsausbildung im Rahmen eines Lehrverhältnisses, in der Regel in den Rehabilitationszentren für Blinde.

(6) In die Vorschulteile der Blindenschulen werden Kinder aufgenommen, deren Sehschädigung so gravierend ist, daß sie bei der Aneignung von Wissen und Können und bei der Bewältigung von Alltagsanforderungen ständig auf den Tastsinn, das Gehör und spezielle Blindenhilfsmittel angewiesen sind.

(7) Die Vorschulteile an Blindenschulen haben die Aufgabe, die Kinder auf der Grundlage des Bildungs- und Erziehungsplanes optimal zu entwickeln, die taktile Wahrnehmungstätigkeit und in Einheit damit die Sprache, das Denken, die Motorik, das Orientierungsvermögen sowie das Umweltwissen, alle Sinne – besonders das Gehör sowie den Sehrest – so zu schulen und zu fördern, daß nach Möglichkeit die altersgerechte Einschulung in die Blindenschule bzw. bei entsprechenden Voraussetzungen der Übergang in die Sehschwachenschule erfolgen kann. Zur Abklärung besonders komplizierter Schädigungsformen können einzelne Kinder zeitweilig zur Diagnostik in die bestehenden Gruppen aufgenommen bzw. in besonderen Diagnostikgruppen zusammengefaßt werden.

### § 9

#### Die Sehschwachenschulen

(1) Die Sehschwachenschulen sind zehnklassige allgemeinbildende polytechnische Oberschulen. Ihnen können Vorschulteile, Horte und Internate angeschlossen sein.

(2) In die Sehschwachenschulen werden Kinder und Jugendliche aufgenommen, deren Persönlichkeitsentwicklung infolge einer Sehschädigung mit Auswirkungen insbesondere auf die Wahrnehmungs- und Erkenntnistätigkeit auch beim Einsatz von Spezialsehhilfen unter den Bedingungen der allgemeinbildenden polytechnischen Oberschule des Heimatortes nicht gesichert werden kann.

(3) Die Sehschwachenschulen haben die Aufgabe, die Schüler auf der Grundlage der Lehrpläne unter besonderer Beachtung der Schulung des eingeschränkten Sehvermögens zum Oberschulabschluß zu führen und dabei ihre Fähigkeiten zum optimalen Einsatz des eingeschränkten Sehvermögens sowie zur Kompensation des Sehschadens herauszubilden.

(4) Kinder und Jugendliche, die die Voraussetzungen für die Teilnahme am Unterricht der allgemeinbildenden polytechnischen Oberschule des Heimatortes erworben haben, sind in diese Einrichtungen einzugliedern.

(5) Befähigte Absolventen der 10. Klassen der Sehschwachenschulen können an die Blindenschule mit EOS-Teil für Blinde und Sehschwache oder, sofern die entsprechenden Voraussetzungen vorliegen, an eine erweiterte allgemeinbildende polytechnische Oberschule des Heimatkreises delegiert werden.

(6) Abgänger der Sehschwachenschulen, deren berufliche Ausbildung unter schädigungsspezifischen Bedingungen erfolgen muß, erhalten grundsätzlich im Rahmen eines Lehrverhältnisses eine Berufsausbildung, in der Regel in Rehabilitationszentren für Blinde bzw. für Sehgeschädigte.

(7) In die Vorschulteile der Sehschwachenschulen werden Kinder aufgenommen, die über ein wesentlich eingeschränktes Sehvermögen verfügen und deren Persönlichkeitsentwicklung nur durch korrektiverzieherische Maßnahmen gesichert werden kann.

(8) Die Vorschulteile an Sehschwachenschulen haben die Aufgabe, die Kinder auf der Grundlage des Bildungs- und Erziehungsplanes optimal zu entwickeln und durch systematische Schulung des eingeschränkten Sehvermögens und der Motorik die Persönlichkeitsentwicklung aller Kinder so zu fördern, daß eine möglichst altersgerechte Einschulung in die Sehschwachenschule bzw. in eine andere Sonderschule oder bei entsprechenden Voraussetzungen in die Oberschule des Heimatortes erfolgen kann. Zur Abklärung besonders komplizierter Schädigungsformen können einzelne Kinder zeitweilig zur Diagnostik in die bestehenden Gruppen aufgenommen bzw. in besonderen Diagnostikgruppen zusammengefaßt werden.

## § 10

**Die Körperbehindertenschulen**

(1) Körperbehindertenschulen sind zehnklassige allgemeinbildende polytechnische Oberschulen. Ihnen können Vorschulteile, Horte, Internate und Hilfsschulanteile angeschlossen sein. Einer der Körperbehindertenschulen ist ein EOS-Teil angegliedert.

(2) In die Körperbehindertenschulen werden Kinder und Jugendliche aufgenommen, deren Persönlichkeitsentwicklung infolge einer wesentlichen Bewegungseinschränkung oder einer gesundheitlich bedingten erheblichen Beeinträchtigung der physisch-psychischen Belastbarkeit, ohne ständig auf fremde Hilfe und Betreuung angewiesen zu sein, unter den Bedingungen der Oberschule des Heimatortes nicht gesichert werden kann.

(3) Die Körperbehindertenschulen haben die Aufgabe, die Kinder und Jugendlichen auf der Grundlage der Lehrpläne unter besonderer Beachtung der Schulung des Bewegungsapparates zum Oberschulabschluß zu führen und dabei in Einheit mit medizinisch-therapeutischen Maßnahmen alle Möglichkeiten zu nutzen, die Auswirkungen der Bewegungseinschränkung oder der gesundheitlich bedingten Beeinträchtigung der physisch-psychischen Belastbarkeit zu mindern bzw. zu beseitigen.

(4) Körperbehinderte Schüler mit schweren Störungen der Motorik, die sich als psychische Entwicklungsverzögerung insbesondere auf die Sprache und die Denkprozesse auswirken, so daß sie trotz individueller Förderung ständig gegenüber den altersgerechten Anforderungen zurückbleiben, können in Sonderklassen unterrichtet werden.

(5) Kinder und Jugendliche, die die Voraussetzungen für die Teilnahme am Unterricht der Oberschule des Heimatortes erworben haben, sind in diese Einrichtungen einzugliedern.

(6) Befähigte Absolventen der 10. Klassen der Körperbehindertenschulen können an die Körperbehindertenschule mit EOS-Teil oder, sofern die entsprechenden Voraussetzungen vorliegen, an eine erweiterte allgemeinbildende polytechnische Oberschule des Heimatkreises delegiert werden.

(7) Abgänger der Körperbehindertenschulen, deren Berufsausbildung unter schädigungsspezifischen Bedingungen erfolgen muß, erhalten grundsätzlich eine Berufsausbildung im Rahmen eines Lehrverhältnisses in Rehabilitationszentren für Berufsbildung oder Abteilungen Berufliche Rehabilitation des Gesundheits- und Sozialwesens.

(8) In die Vorschulanteile der Körperbehindertenschulen werden Kinder aufgenommen, deren Persönlichkeitsentwicklung infolge einer wesentlichen Bewegungseinschränkung oder einer gesundheitlich bedingten erheblichen Beeinträchtigung der physisch-psychischen Belastbarkeit, ohne ständig auf fremde Hilfe und Betreuung angewiesen zu sein, un-

ter den Bedingungen des Kindergartens nicht gesichert werden kann und bei denen die Gefahr weiterer gesundheitlicher Schädigung bzw. psychischer Fehlentwicklung besteht.

(9) Die Vorschulanteile an Körperbehindertenschulen haben die Aufgabe, die Kinder auf der Grundlage des Bildungs- und Erziehungsplanes optimal zu entwickeln und im Rahmen einer gezielten korrektiv-erzieherischen Tätigkeit insbesondere die Motorik, das Denken und die Sprache sowie das Umweltwissen so zu fördern, daß sie möglichst altersgerecht in die Körperbehindertenschule bzw. in eine andere Sonderschule oder bei entsprechenden Voraussetzungen in die Oberschule des Heimatortes eingeschult werden können. Zur Abklärung besonders komplizierter Schädigungsformen können einzelne Kinder zeitweilig zur Diagnostik in die bestehenden Gruppen aufgenommen bzw. in besonderen Diagnostikgruppen zusammengefaßt werden.

## § 11

**Die Sonderschulen mit Ausgleichsklassen und die Ausgleichsklassen an Oberschulen**

(1) Die Sonderschulen mit Ausgleichsklassen sind allgemeinbildende polytechnische Oberschulen. Sie sowie die Ausgleichsklassen an allgemeinbildenden polytechnischen Oberschulen führen die Klassenstufen 2, 3, 4 und erforderlichenfalls 4 Ü (Übergangsklassen). Ihnen können Horte und Internate angeschlossen sein.

(2) In die Sonderschulen mit Ausgleichsklassen und in die Ausgleichsklassen an Oberschulen werden Kinder aufgenommen, deren Persönlichkeitsentwicklung infolge ausgeprägter physisch-psychischer Störungen im Bereich des Sozial- und Leistungsverhaltens nur unter zeitweiligen sonderpädagogischen Bedingungen gesichert werden kann.

(3) Die Sonderschulen mit Ausgleichsklassen und die Ausgleichsklassen an allgemeinbildenden polytechnischen Oberschulen haben die Aufgabe, die Kinder auf der Grundlage der Lehrpläne in Einheit mit korrektiv-erzieherischen Maßnahmen so zu bilden und zu erziehen, daß sie in die Klasse 5 der allgemeinbildenden polytechnischen Oberschule zurückgeführt werden und am Unterricht erfolgreich teilnehmen können. Für Schüler, die dieses Ziel nicht erreichen, sind durch den zuständigen Schulrat Einzelfallentscheidungen zu treffen, die ihnen günstige Entwicklungsbedingungen sichern.

(4) Die Rückführung der Kinder in Klassen der allgemeinbildenden polytechnischen Oberschule ist durch die Pädagogen der Ausgleichsklassen in engem Zusammenwirken mit den zukünftigen Klassenleitern der Oberschulen, den für die gesundheitliche Betreuung der Kinder zuständigen Ärzten sowie den Eltern der Kinder langfristig und kontinuierlich vorzubereiten.

## 5. pädagogische Rehabilitation

### § 12

#### Sonderschulen

##### im Bereich des Gesundheits- und Sozialwesens

(1) In bestimmten Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens für die medizinische Behandlung und pflegerische Betreuung von erkrankten bzw. geschädigten schulbildungsfähigen Kindern und Jugendlichen können Sonderschulen geführt werden. Diese Einrichtungen sind vom Ministerium für Volksbildung und vom Ministerium für Gesundheitswesen zu bestätigen.

(2) Sonderschulen an Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens sind:

- Körperbehindertenschulen an Krankenhäusern, Fachkrankenhäusern, Bezirkskrankenhäusern, Universitätskinderkliniken und an speziellen Einrichtungen des Sozialwesens;
- Sonderschulen an Bezirks- und Fachkrankenhäusern für Neurologie/Psychiatrie bzw. Kinderneuro-psychiatrie und an Universitätsnervenkliniken für Kinderneuro-psychiatrie.

Ihnen können Vorschulteile und Hilfsschulenteile angegliedert sein. Sie tragen die Bezeichnung

- Körperbehindertenschule in Verbindung mit der Bezeichnung der entsprechenden Einrichtung des Gesundheits- und Sozialwesens;
- Sonderschule in Verbindung mit der Bezeichnung des Krankenhauses für Neurologie und Psychiatrie.

(3) In Körperbehindertenschulen des Gesundheits- und Sozialwesens werden auf der Grundlage der medizinischen Indikation Kinder und Jugendliche gebildet und erzogen, die wesentlich bewegungseingeschränkt, langfristig stationär behandlungsbedürftig bzw. pflegebedürftig sind. Für die Bildung und Erziehung an Körperbehindertenschulen im Bereich des Gesundheits- und Sozialwesens gelten die im § 10 getroffenen Festlegungen.

(4) In Sonderschulen an Bezirks- und Fachkrankenhäusern für Neurologie/Psychiatrie bzw. Kinderneuro-psychiatrie und an Universitätsnervenkliniken für Kinderneuro-psychiatrie werden auf der Grundlage der medizinischen Indikation Kinder und Jugendliche mit schweren physisch-psychischen Störungen im Bereich des Sozial- und Leistungsverhaltens gebildet und erzogen, bei denen die komplizierten Schädigungsstrukturen diagnostisch geklärt und die hirnorganischen Schädigungen sowie ihre Auswirkungen durch intensive medizinische Behandlungsmaßnahmen und korrektiv-erzieherische Einflußnahme unter stationären Bedingungen gemindert bzw. beseitigt werden. Der Bildungs- und Erziehungsprozeß erfolgt auf der Grundlage der Pläne der Vorschulerziehung, der Lehrpläne der Oberschule oder der Hilfsschule.

(5) Die Sonderschulen im Bereich des Gesundheits- und Sozialwesens haben die Aufgabe, die Kinder und Jugendlichen in einem ganztägigen sonderpäd-

agogischen Prozeß im einheitlichen Klassenunterricht und in Erziehungsgruppen auf der Grundlage der Lehrpläne bzw. der Bildungs- und Erziehungspläne – gegebenenfalls individueller Programme – in Einheit mit medizinischen Maßnahmen so zu fördern, daß die Kinder und Jugendlichen nach Entlassung aus dem Krankenhaus erfolgreich in einer Bildungseinrichtung des Heimatortes bzw. einer anderen Sonderschule weiterlernen können. Zur Erfüllung dieser Aufgabe ist die kontinuierliche Zusammenarbeit der Sonderpädagogen, Ärzte und Psychologen erforderlich.

(6) Die Entlassung von Kindern und Jugendlichen aus Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens und deren Eingliederung in andere Bildungseinrichtungen ist dann vorzusehen, wenn die Fachärzte, Sonderpädagogen und Psychologen übereinstimmend einschätzen, daß die medizinisch-therapeutischen, psychotherapeutischen und korrektiv-erzieherischen Maßnahmen zur Stabilisierung des Sozial- und Leistungsverhaltens beigetragen haben und die Kinder und Jugendlichen erfolgreich in entsprechenden Bildungseinrichtungen weiterlernen bzw. eine Berufsausbildung aufnehmen können. Die Rückführung von Kindern und Jugendlichen aus Sonderschulen im Bereich des Gesundheits- und Sozialwesens ist möglichst zum Ende eines Schuljahres vorzunehmen.

(7) In Vorschulgruppen und Klassen dieser Sonderschulen können im Einzelfall Kinder und Jugendliche als Tagespatient Aufnahme finden, wenn für sie die medizinische Behandlung und sonderpädagogische Bildung und Erziehung unter diesen Bedingungen erfolgreich gestaltet werden kann.

### § 13

#### Gehörlosenhilfs-, Schwerhörigenhilfs-, Sehschwachenhilfs- und

#### Körperbehindertenhilfsschulen sowie Hilfsschulenteile an Körperbehindertenschulen und Blindenschulen

(1) Diese Einrichtungen des Sonderschulwesens sind ihrem Charakter nach achtklassige allgemeinbildende polytechnische Hilfsschulen. Ihnen können Vorschulteile und Internate angeschlossen sein. In Hilfsschulenteilen kann der Unterricht in Mehrstufenklassen erfolgen.

(2) In diese Einrichtungen werden schulbildungsfähige gehörlose bzw. schwerhörige, sehschwache, körperbehinderte oder blinde Kinder und Jugendliche mit einer intellektuellen Schädigung vom Grade der Deblilität aufgenommen, deren Persönlichkeitsentwicklung infolge der Mehrfachschädigung unter den Bedingungen der Hilfsschule des Heimatkreises nicht gesichert werden kann.

(3) Diese Einrichtungen haben die Aufgabe, den Kindern und Jugendlichen auf der Grundlage der Lehrpläne der Hilfsschule und spezieller Mittel und Methoden unter zielgerichteter Nutzung der indivi-



**Impressum**

**Herausgeber: Senatsverwaltung für Jugend und Familie  
Abteilung II Zentrale Beratungsstelle für Integration (ZBI)**

**Alte Jakobstraße 12**

**1000 Berlin 61**

**Tel. 61005 - 1 (Zentrale) Apparatnummer 301/377**

**Autor: Ursula Heinze**

**Redaktion: Brigitte Brückner**

**Quelle für das Zahlenmaterial: Statistisches Jahrbuch Berlin 1990.**

**Herausgegeben vom Statistischen Amt der Stadt Berlin**

**Hans-Beimler-Straße 70-72, O-1026 Berlin**

**Druck und Weiterverarbeitung:**

**TRIGGER *direkt am Reichstag***