

# Aus Politik und Zeitgeschichte

Beilage zur Wochenzeitung Das Parlament

Detlef Landua/Roland Habich  
Problemgruppen der Sozialpolitik  
im vereinten Deutschland

Regine Hildebrandt

Die Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens  
in der DDR und in den neuen Bundesländern

Rudolf Kraus

Strukturen und Einrichtungen der Rehabilitation  
in der DDR und in den neuen Bundesländern

Albin Nees

Sozialpädagogische Einrichtungen und Dienste  
der Jugendhilfe in den neuen Bundesländern

Veränderte Strukturen, Zielsetzungen und Aufgaben am Beispiel Sachsen

B 3/94

21. Januar 1994

Detlef Landua, Dipl.-Soz., geb. 1959; wissenschaftlicher Mitarbeiter in der Arbeitsgruppe Sozialberichterstattung des Wissenschaftszentrums Berlin (WZB) für Sozialforschung.

Zahlreiche Veröffentlichungen zur Wohlfahrtsforschung, zuletzt: Veränderungen von Zufriedenheitsangaben in Panelbefragungen. Eine Analyse über nicht beabsichtigte Effekte des Längsschnittdesigns, in: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, 45 (1993) 3.

Roland Habich, Dr. phil., geb. 1953; Koordinator der Arbeitsgruppe Sozialberichterstattung des Wissenschaftszentrums Berlin (WZB) für Sozialforschung.

Zahlreiche Veröffentlichungen zur Wohlfahrts- und Sozialstrukturforschung, u. a. Mitherausgeber des Datenreports 1992. Zahlen und Fakten über die Bundesrepublik Deutschland, Bonn 1992.

Regine Hildebrandt, Dr. rer. nat., geb. 1941; 1959–1964 Studium der Biologie an der Humboldt-Universität zu Berlin; 1964–1968 stellvertretende Abteilungsleiterin der Pharmakologischen Abteilung in der Arzneimittelforschung im Großbetrieb VEB Berlin-Chemie; 1978–1990 Bereichsleiterin in der Zentralstelle für Diabetes und Stoffwechselkrankheiten in Berlin; 1989 Engagement in der Bürgerbewegung „Demokratie Jetzt“, Mitgliedschaft in der Sozialdemokratischen Partei der DDR (SDP), die sich später mit der SPD vereinigte; von April bis August 1990 Ministerin für Arbeit und Soziales in der Regierung de Maizière; seit November 1990 Ministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen der Regierung des Landes Brandenburg.

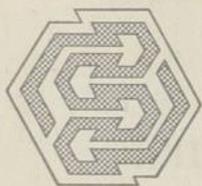
Veröffentlichungen u. a.: Deutsche Ansichten – Das darf doch nicht alles gewesen sein!, 1992; Deutschland im Jahre drei – Eine Zwischenbilanz, 1993.

Rudolf Kraus, Dr. phil., Dr. rer. pol., geb. 1929; Ministerialdirigent a.D.; seit 1960 Lehrtätigkeit (Sozialpolitik und Sozialrecht) an den Universitäten Freiburg, Frankfurt/M. und Bochum; seit 1971 Honorar-Professor der Ruhr-Universität Bochum; 1991–1993 wiss. Forschungstätigkeit in den neuen Bundesländern.

Veröffentlichungen: Zahlreiche Beiträge zu sozialrechtlichen und sozialpolitischen Fragestellungen.

Albin Nees, Dr. jur., geb. 1939; 1973–1979 Richter am Sozialgericht München; 1979–1990 im Bayerischen Staatsministerium für Arbeit, Familie und Sozialordnung; seit November 1990 Staatssekretär im Sächsischen Staatsministerium für Soziales, Gesundheit und Familie.

Veröffentlichungen: Zahlreiche Beiträge zum Sozialhilferecht; Mitverfasser eines Kommentars und eines Lehrbuchs zur Sozialhilfe.



ISSN 0479-611 X

Herausgegeben von der Bundeszentrale für politische Bildung, Berliner Freiheit 7, 53111 Bonn.

Redaktion: Rüdiger Thomas (verantwortlich), Dr. Katharina Belwe, Dr. Ludwig Watzal, Dr. Klaus W. Wippermann, Hans G. Bauer.

Die Vertriebsabteilung der Wochenzeitung DAS PARLAMENT, Fleischstraße 62–65, 54290 Trier, Tel. 06 51/4 60 41 86, möglichst Telefax 06 51/4 60 41 53, nimmt entgegen

- Nachforderungen der Beilage „Aus Politik und Zeitgeschichte“;
- Abonnementsbestellungen der Wochenzeitung DAS PARLAMENT einschließlich Beilage zum Preis von DM 14,40 vierteljährlich, Jahresvorzugspreis DM 52,80 einschließlich Mehrwertsteuer; Kündigung drei Wochen vor Ablauf des Berechnungszeitraumes;
- Bestellungen von Sammelmappen für die Beilage zum Preis von 6,50 zuzüglich Verpackungskosten, Portokosten und Mehrwertsteuer.

Die Veröffentlichungen in der Beilage „Aus Politik und Zeitgeschichte“ stellen keine Meinungsäußerung des Herausgebers dar; sie dienen lediglich der Unterrichtung und Urteilsbildung.

Für Unterrichtszwecke können Kopien in Klassensatzstärke hergestellt werden.

## Problemgruppen der Sozialpolitik im vereinten Deutschland

---

### I. Einleitung: Die wieder aktuellen Funktionen der Sozialpolitik

---

Geht man auch gegenwärtig von der Vorstellung aus, daß Sozialpolitik im weitesten Sinne in modernen Wohlfahrtsgesellschaften nach wie vor als eine letztlich auf „empirische Forschung gegründete Gesellschaftspolitik“<sup>1</sup> zu verstehen ist, so treten unmittelbar zwei Fragestellungen in den Vordergrund: Die erste Frage setzt auf der gesellschaftspolitischen Ebene an und zielt auf die sozialpolitisch relevanten Dimensionen bzw. konkreter auf die zu betrachtenden zentralen Lebensbereiche ab; die zweite Frage bringt die empirische Ebene ins Spiel und meint die systematische und regelmäßige Dokumentation sozialpolitisch relevanter Basisinformationen.

Eine umfassende wohlfahrtsstaatliche Sozialpolitik beschränkt sich immer weniger auf die klassischen Mechanismen der Einkommensumverteilung durch staatlich garantierte Sicherungssysteme; die „Schutzfunktion“ und die „Ausgleichsfunktion“ als die beiden Kernelemente einer aktiven Sozialpolitik stellen darüber hinaus die *gesamte Lebenslage* der Bürger in den Mittelpunkt des politischen Handelns. Die Folgen und sozialen Probleme im Zuge des deutschen Wiedervereinigungsprozesses stellen dabei gerade für die Ausgleichsfunktion eine neue und in ihrer Breite bisher ungekannte brisante Herausforderung dar. Die politisch versprochene Schaffung einer „Angleichung der Lebensverhältnisse“ kann nicht allein den vielbeschworenen und überforderten Marktkräften überlassen werden; eine umfassende, auf die Lebenslage der Familien und Haushalte abzielende staatliche Sozialpolitik ist hier gefordert.

Die geforderte Sozialpolitik, die über die unmittelbare Daseinsvorsorge hinausgehend darauf ausgerichtet ist, auf der einen Seite die Lebenslage und somit das erreichte hohe Niveau an Lebensqualität der Bürger in Westdeutschland zu sichern und auf der anderen Seite zugleich die gesamten Lebensverhältnisse in Ostdeutschland erheblich zu verbessern, um damit das nach wie vor erhebliche

Wohlfahrtsgefälle zwischen Ost und West abzubauen, könnte sich unter Umständen als aktiver Teilnehmer in einem Null-Summen-Spiel erweisen, in dem Verbesserungen auf der einen nur noch durch Einschränkungen auf der anderen Seite möglich wären. Wir sehen durchaus ein solches mögliches Dilemma für das sozialpolitische Handeln. Um so wichtiger ist es, auf der Grundlage empirischer Daten die betroffenen Bürger, aber auch die politischen Entscheidungsträger frühzeitig und umfassend über die relevanten Sachverhalte zu informieren.

Die soziale Schichtung moderner Gesellschaften ist unter anderem dadurch gekennzeichnet, daß es nicht nur eine einzige homogene Randschicht oder benachteiligte Gruppe gibt. Vielmehr lassen sich verschiedene Bevölkerungsgruppen identifizieren, die in unterschiedlichen Lebensbereichen Defizite aufweisen. Vertikale Ungleichheit und „horizontale Disparitäten“ sind gleichermaßen strukturelle Elemente unserer Gesellschaft. Vor dem Hintergrund des Konzeptes der Lebenslage können dabei zwei Dimensionen unterschieden werden: Neben den Benachteiligungen oder den Privilegierungen in *objektiven Lebensbedingungen* kommt den Beeinträchtigungen des *subjektiven Wohlbefindens* eine eigenständige Rolle zu. Bevölkerungsgruppen, die in einem oder mehreren Bereichen hinsichtlich ihrer objektiven Lebensbedingungen unter den vorhandenen oder allgemein akzeptierten Standards der Mehrheit der Bevölkerung liegen oder deren subjektives Wohlbefinden im Vergleich zum Durchschnitt stark beeinträchtigt ist, können als sozialpolitisch relevante „Problemgruppen“ einer Gesellschaft verstanden werden.

Mit schlechten Lebensbedingungen ist die *Unterversorgung in wohlfahrtsrelevanten Lebensbereichen* gemeint; sie werden hier als „objektive Problemlagen“ bezeichnet. Starke Beeinträchtigungen des Wohlbefindens werden entsprechend als „subjektive Problemlagen“ bezeichnet. In einer groben Klassifizierung verstehen wir die Schutzfunktion der Sozialpolitik als Vermeidung der eher einkommensabhängigen Unterversorgung; die Ausgleichsfunktion hat darüber hinaus auch das Ziel, nicht primär einkommensbezogene Benachteiligungen und Risiken abzubauen.

---

<sup>1</sup> Vgl. Hans-Jürgen Krupp/Wolfgang Zapf, Sozialpolitik und Sozialberichterstattung, Frankfurt a. M. 1977, S. 7f.

Die sozialpolitischen Maßnahmen des Wohlfahrtsstaates richten sich nicht zuletzt auf die Aufgabe, die Wohlfahrt insbesondere jener Bürger zu sichern bzw. wiederherzustellen, die in wichtigen Lebensbereichen solche Defizite aufweisen. Diese Aufgabe schließt seit der deutschen Einheit die Probleme und Versorgungsdefizite der Bevölkerung in den neuen Bundesländern mit ein. In vielen Lebensbereichen können für die alten Bundesländer durch die Wirkung sozialpolitischer Maßnahmen in den achtziger Jahren insgesamt zweifellos Verbesserungen festgestellt werden<sup>2</sup>; allerdings konnten davon keineswegs alle betroffenen Gruppen gleichermaßen profitieren. Auch in Westdeutschland ist die Situation vieler Bürger nach wie vor durch erhebliche Wohlfahrtsdefizite gekennzeichnet.

Im folgenden werden wir auf der Grundlage unserer repräsentativen Bevölkerungsumfragen der „Wohlfahrtssurveys“<sup>3</sup> Basisinformationen über das Niveau und über die Entwicklung ausgewählter objektiver und subjektiver Problemlagen seit der Wiedervereinigung vorstellen. Dabei steht nicht zuletzt die Frage im Vordergrund, ob im ostdeutschen Transformationsprozeß breite Bevölkerungsgruppen in ihren objektiven Lebensbedingungen bedroht waren und sind oder ob gar sozial Benachteiligte noch weiter marginalisiert worden sind.

Im einzelnen werden empirisch begründete Antworten auf folgende Fragen gegeben:

- Welche Größenordnungen haben einzelne Problemgruppen in Ost- und Westdeutschland?
- Können bestimmte Bevölkerungsgruppen als besonders benachteiligt identifiziert werden?
- Sind solche Bevölkerungsgruppen systematisch über mehrere Lebensbereiche hinweg benachteiligt – wie groß also ist das Risiko der Kumulation von objektiven und subjektiven Problemlagen?

2 Eine detaillierte Übersicht zur Entwicklung einzelner Problemlagen in der Bundesrepublik zwischen 1970 und 1988 findet sich bei Thomas Riede, Problemgruppen, in: Datenreport 1989, hrsg. vom Statistischen Bundesamt in Zusammenarbeit mit dem Sonderforschungsbereich 3 der Universitäten Frankfurt a. M. und Mannheim, Teil II, Bonn 1989, S. 514–523.

3 „Wohlfahrtssurveys“ sind als repräsentative Umfragen bewährte Instrumente zur Dauerbeobachtung des sozialen Wandels und der Wohlfahrtsentwicklung. Sie werden seit 1978 – damals als ein Projekt des Sonderforschungsbereichs 3 „Mikroanalytische Grundlagen der Gesellschaftspolitik“ der Universitäten Mannheim und Frankfurt a. M. – regelmäßig durchgeführt. Die Arbeitsgruppe Sozialberichterstattung am Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung setzte die Tradition dieser Umfragen fort und führte 1990 den „Wohlfahrtssurvey 1990 – Ost“ erfolgreich auf dem Gebiet der ehemaligen DDR durch. Im Frühjahr 1993 wurde in Zusammenarbeit mit der Abteilung Soziale Indikatoren des Zentrums für Umfragen, Methoden und Analysen, Mannheim, der erste gesamtdeutsche Wohlfahrtssurvey erhoben.

lation von objektiven und subjektiven Problemlagen?

- Wie bewertet die Bevölkerung die soziale Sicherung in Deutschland?

---

## II. Objektive und subjektive Problemlagen in West- und Ostdeutschland

---

Im folgenden werden ausgewählte objektive und subjektive Problemlagen im vereinten Deutschland dargestellt. Neben der Beschreibung für das Jahr 1993 werden wir zeitliche Vergleiche präsentieren: für Westdeutschland den Vergleich zu 1988, und für Ostdeutschland den Vergleich zum Spätherbst 1990, also zum Zeitraum kurz nach der Wiedervereinigung. Die objektiven Problemlagen betreffen die Lebensbereiche *Einkommen, Wohnung, Bildung, Sozialbeziehungen* und *Gesundheit*. Die subjektiven Problemlagen beziehen sich auf die Dimensionen *Einsamkeit, Glück* sowie *Ängste und Sorgen*.

Im Einkommensbereich betrachten wir Personen mit niedrigem Haushaltseinkommen, wobei wir für die Gesamtbevölkerung eine relative Armutsquote ausweisen und danach Personen betrachten, deren Haushaltseinkommen in der untersten Einkommens-Zehnergruppe („Dezil“) der gesamten Einkommensverteilung liegt. Unterversorgung im Wohnungsbereich ist dann gegeben, wenn die Familie bzw. der Haushalt über weniger als einen Raum pro Haushaltsmitglied verfügt oder wenn kein Bad innerhalb der Wohnung vorhanden ist. Das Fehlen eines beruflichen Ausbildungsabschlusses begreifen wir als Benachteiligung im Bereich der Bildung, weil unter anderem dadurch Arbeitsmarktchancen vermindert und damit auch die Einkommenssituation beeinträchtigt werden kann. Personen, die alleine leben und zugleich ohne enge Freunde sind, zählen zur Problemgruppe mit mangelnden Sozialbeziehungen. Dauerhaft krank oder behindert zu sein ist eine schwerwiegende gesundheitliche Beeinträchtigung. Als subjektive Problemlagen verwenden wir psychosoziale Beeinträchtigungen und Belastungen: geäußerte Einsamkeit; das Gefühl, „immer wieder von Ängsten und Sorgen“ geplagt zu werden; das Ausmaß an Niedergeschlagenheit.

Die Größenordnung dieser objektiven und subjektiven Problemlagen<sup>4</sup> variiert beträchtlich in den einzel-

4 Die Größenordnung einzelner Problemgruppen hängt natürlich auch davon ab, welche Kriterien bei der Definition der jeweiligen Problemlage angewandt werden. Da es bei-

**Tabelle 1: Objektive und subjektive Problemlagen in Ost- und Westdeutschland**

	1988	1990	1993	
	West	Ost	West	Ost
<i>Objektive Problemlagen</i>	in Prozent			
Person ist/hat				
in der untersten Einkommens-Zehnergruppe relativ arm*	10,0	10,0	10,0	10,0
weniger als 1 Wohnraum (ohne Küche) pro Haushaltsmitglied	9,8	8,5	3,8	5,1
kein Bad innerhalb der Wohnung	7,4	17,4	8,6	17,8
keinen beruflichen Ausbildungsabschluß**	2,7	16,8	1,4	9,7
alleinlebend und ohne enge Freunde	23,7	10,1	18,4	7,9
dauerhaft krank oder behindert***	3,7	5,9	3,2	3,8
	13,1	13,4	5,3	4,6
<i>Subjektive Problemlagen</i>				
Person ist/hat				
oft einsam	14,0	22,2	13,1	16,1
immer wieder Ängste und Sorgen	19,4	27,8	17,0	25,6
gewöhnlich unglücklich oder niedergeschlagen	10,3	16,7	10,2	16,3

\* Als „relativ arm“ werden hier solche Personen bezeichnet, deren Einkommensniveau weniger als 50 % des durchschnittlichen Haushaltseinkommens beträgt; dabei wird das durchschnittliche Einkommen nach Größe des Haushalts und nach Bedarf einzelner Haushaltsmitglieder gewichtet. Im untersten Einkommensdezil befinden sich solche Personen, deren Einkommensniveau im untersten Zehntel der Einkommensverteilung liegt.

\*\* Anteil der Personen ohne beruflichen Ausbildungsabschluß an der erwerbsfähigen Bevölkerung (18–60 Jahre); 1988 – West: 21,5 %; 1990 – Ost: 5,6 %; 1993 – West: 15,9 %; 1993 – Ost: 5,8 %.

\*\*\* 1988 und 1990 lautete die Frage: „Haben Sie eine andauernde Krankheit oder Behinderung, die Sie gezwungen hat, Ihren Beruf zu wechseln oder Ihr Leben ganz umzustellen?“ 1993 wurde die Frage gestellt: „Sind Sie dauerhaft behindert oder pflegebedürftig?“

Quellen: Wohlfahrtssurveys 1988, 1990, 1993.

nen Lebensbereichen, in den betrachteten Dimensionen sowie zwischen Ost- und Westdeutschland (vgl. Tabelle 1). In Westdeutschland ist dabei für die Gesamtbevölkerung die *Unterversorgung im Wohnungsbereich* zurückgegangen. Diese Entwicklung kann an beiden ausgewiesenen Indikatoren – Belegungsdichte und Wohnungsausstattung – abgelesen werden. Im Jahre 1978 galten nach dem damals allgemein akzeptierten Standard der Belegungsdichte einer Wohnung – ein Wohnraum pro Person – noch rund 17 Prozent der Bundesbürger als mit Wohnraum unterversorgt<sup>5</sup>. Dieser Anteil hat sich bis 1988 auf rund 7 Prozent verringert; 1993 ist allerdings wie-

der ein leichter Anstieg erkennbar. Ebenso deutlich hat sich in diesem Zeitraum die Wohnungsausstattung im Durchschnitt verbessert; nur noch weniger als 2 Prozent aller westdeutschen Haushalte verfügten 1993 über kein eigenes Bad innerhalb ihrer Wohnung.

In den neuen Bundesländern dagegen waren 1990 im Wohnungsbereich noch erhebliche Versorgungsdefizite vorhanden: Über 17 Prozent aller Haushalte wiesen eine Belegungsdichte unter dem Standard auf, der seit Mitte der achtziger Jahre für Westdeutschland als überholt gilt – ein Anteil, der im übrigen der westdeutschen Situation im Jahre 1978 entspricht. Eine Verbesserung dieser Situation zeichnete sich bis 1993 nicht ab. Angelaufene Wohnungsbau- und Sanierungsprogramme werden hier erst in einiger Zeit zu einer spürbaren Entlastung beitragen können; dies allerdings unter der Voraussetzung, daß die Kostenentwicklung für Wohnungen die finanziellen Möglichkeiten der ostdeutschen Bevölkerung nicht übersteigt. Die hohe Unterversorgung vieler Haushalte in den neuen Bundesländern dokumentiert sich auch in dem niedrigen sanitären Ausstattungsgrad der Wohnungen: Jede sechste Wohnung verfügte 1990 über kein eigenes Bad. Dieses Defizit konnte aller-

spielsweise keine verbindlichen Armutsgrenzen gibt, werden im Einkommensbereich hier die 10 Prozent der Bevölkerung, die die niedrigsten (nach dem Bedarf gewichteten) Pro-Kopf-Einkommen der Haushalte haben, als „arm“ definiert. Zur Berechnungsgrundlage vgl. Detlef Landua, Stabilisierung trotz Differenzierung?, Arbeitsgruppe Sozialberichterstattung, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Arbeitspapier P 93-107, Berlin 1993. Zur Betroffenheit und Dauer von Armut in Ost- und Westdeutschland auf der Grundlage der Längsschnitterhebung „Das Sozio-ökonomische Panel“ vgl. Roland Habich/Peter Krause, Niedrigeinkommen und Armut, in: Statistisches Bundesamt (Hrsg.), Datenreport 1992, Bonn 1992 (= Schriftenreihe der Bundeszentrale für politische Bildung, Band 309).

5 Vgl. dazu ausführlicher Th. Riede (Anm. 2), S. 514f.

dings innerhalb von zwei Jahren durch zahlreiche Einbaumaßnahmen bereits deutlich reduziert werden.

Auch die *Ausbildungssituation* hat sich in den alten Bundesländern nennenswert verbessert: 1988 hatten noch 23,7 Prozent der Bundesbürger keine abgeschlossene Berufsausbildung; dieser Anteil ist bis 1993 insgesamt auf rund 18 Prozent zurückgegangen. Nur noch jeder sechste Westdeutsche im erwerbsfähigen Alter (18–60 Jahre) verfügt über keinen beruflichen Ausbildungsabschluß; dennoch handelt es sich hierbei um eine nach wie vor bedeutende Gruppe. Für diese Personen stellt die fehlende Ausbildung eine erhebliche Beeinträchtigung dar, da sie in Zeiten anhaltend hoher Arbeitslosigkeit mit immer mehr qualifizierteren Arbeitskräften konkurrieren müssen. Das Qualifikationsniveau der erwerbstätigen Bevölkerung stieg in der Bundesrepublik und in der DDR in den letzten Jahrzehnten deutlich an. Einzelne Schübe der Höherqualifizierung erfolgten in der DDR jedoch früher und zahlenmäßig umfangreicher als in der Bundesrepublik<sup>6</sup>. Das formale Ausbildungsniveau in Ostdeutschland liegt deshalb deutlich über dem in Westdeutschland. Nur 6 Prozent der erwerbsfähigen Bevölkerung war ohne beruflichen Abschluß. Die Qualität der Bildungsabschlüsse wird durch rein quantitative Entwicklungen formaler Qualifikationen aber nur ungenügend erfaßt. Die Probleme bei der Umgestaltung der Arbeitsplätze in den neuen Bundesländern zeigen, daß häufig eine veraltete Arbeitsplatzstruktur mit veralteten Qualifikationen der Erwerbstätigen einherging. Dem entspricht, daß viele Erwerbstätige in der DDR für ihre Tätigkeit gar keine Ausbildung oder nur eine kurze Einweisung gebraucht haben. Ostdeutsche Berufstätige waren häufiger unterqualifiziert eingesetzt als Westdeutsche<sup>7</sup>.

6 Zur Entwicklung der Bildungsexpansion und zum Wandel der Bildungschancen in Ost- und Westdeutschland vgl. Rainer Geißler, *Die Sozialstruktur Deutschlands*, Opladen 1992, S. 212ff. Es ist an dieser Stelle in Erinnerung zu rufen, daß ein beträchtlicher Anteil der unqualifizierten Arbeiterpositionen in Westdeutschland von ausländischen Arbeitnehmern gestellt wird. Ausländische Mitbürger sind in der Stichprobe der Wohlfahrtssurveys jedoch aus erhebungstechnischen Gründen nicht enthalten. Der Anteil an unqualifizierten Arbeitnehmern in der *Gesamtbevölkerung* wird für die westdeutsche Verteilung deshalb unterschätzt.

7 Eine ausführliche Darstellung zur Arbeitsmarktstruktur in der DDR ist zu finden bei Gert Wagner/Jürgen Schupp, *Die Sozial- und Arbeitsmarktstruktur in der DDR und in Ostdeutschland. Methodische Grundlagen und ausgewählte Ergebnisse*, Frankfurt a.M.–New York 1991, S. 178–197. Zum Umfang der „verdeckten Arbeitslosigkeit“ in der DDR und den absehbaren Problemen der ostdeutschen Wirtschaftsstrukturen im Transformationsprozeß vgl. Manfred G. Schmidt, *Arbeitsmarkt und Arbeitsmarktpolitik*, in: Ulrike Liebert/Wolfgang Merkel (Hrsg.), *Die Politik zur Deutschen Einheit*, Opladen 1991, S. 209–226.

*Gesundheitliche Beeinträchtigungen und mangelhafte Sozialbeziehungen* scheinen nur auf den ersten Blick eine weniger große Rolle zu spielen. Insgesamt lebten bis zu 6 Prozent der Deutschen zwischen 1988 und 1993 in einer gewissen sozialen Isolation, da das Bedürfnis nach engen sozialen Bindungen weder in einer Partner- noch in einer Freundschaftsbeziehung realisiert werden konnte. Eine soziale Beeinträchtigung sehen wir jedoch vor allem deshalb, weil solche Isolationen überaus dauerhaft sind. Im Gesundheitsbereich sind ebenso nicht unbedeutende Beeinträchtigungen vorhanden: Fast jeder achte Befragte in den alten und neuen Bundesländern berichtete 1988 bzw. 1990 von einer Krankheit oder Behinderung, die ihn gezwungen hat, den Beruf zu wechseln oder das Leben ganz umzustellen. Die ausschließlich in der Erhebung im Jahre 1993 gestellte Frage nach der eigenen, dauernden Pflegebedürftigkeit ergibt für Ost- und Westdeutsche ebenfalls ein vergleichbares Bild. Jeweils etwa jeder zwanzigste Befragte gibt an, dauerhaft pflegebedürftig zu sein.

Bei den untersuchten *subjektiven Problemlagen* zeichnet sich alles in allem auch für Westdeutschland ein beträchtliches Ausmaß an Betroffenheit ab. So hatte im Jahre 1988 trotz eines insgesamt sehr hohen und dauerhaften Wohlfahrtsniveaus immerhin fast jeder fünfte Westdeutsche „immer wieder Ängste und Sorgen“; jeder zehnte fühlte sich „gewöhnlich unglücklich oder niedergeschlagen“, und jeder siebte fühlte sich „oft einsam“. In Ostdeutschland schlagen sich die verbreiteten Unsicherheiten in der Umbruchsituation des Jahres 1990 – unmittelbar nach der deutschen Einheit – deutlich im Ausmaß subjektiver Problemlagen nieder. Vor allem mit Ängsten und Sorgen sahen sich viele Ostdeutsche zu diesem Zeitpunkt konfrontiert (28 Prozent). Nicht zuletzt bildeten die beginnenden eigenen wirtschaftlichen und beruflichen Probleme den Hintergrund für die hohe Betroffenheit. Bis 1993 läßt sich allerdings bei allen angeführten Indikatoren – trotz der dramatisch gestiegenen Arbeitslosigkeit und der anhaltenden Wirtschaftskrise – im Bevölkerungsdurchschnitt eine leichte Verbesserung erkennen. Hierzu hat nicht nur der Abbau von Versorgungsdefiziten in einzelnen Lebensbereichen beigetragen. Vielmehr spiegelt sich in dieser Verbesserung zum Teil auch eine „psychische Stabilisierung“, ein subjektiver Verarbeitungsprozeß der ostdeutschen Bevölkerung nach dem „Transformationschock“ im ersten Jahr nach der deutschen Einheit wider<sup>8</sup>.

8 Es kann im Ergebnis von Längsschnittauswertungen der Daten des „Sozioökonomischen Panels“ davon ausgegangen werden, daß sich die psychischen Befindlichkeiten weiter

---

### III. Problemlagen einzelner Bevölkerungsgruppen

---

Problemlagen sind bei einem breiten Spektrum von Bevölkerungsgruppen festzustellen. Einzelne Gruppen unterscheiden sich aber deutlich in der Art und im Umfang ihrer Probleme. Darüber hinaus hat sich das Ausmaß der Betroffenheit im Laufe der letzten Jahre teilweise unterschiedlich entwickelt. Schaubild 1 zeigt im Überblick, welche sozio-demographischen Gruppen in welchen Lebensbereichen benachteiligt sind.

#### 1. Niedrigeinkommen und Armut

Die von Armut betroffenen Gruppen lassen sich im wesentlichen durch die Haushaltsform und den Erwerbs- bzw. Berufsstatus der Betroffenen charakterisieren. Anhand von sozio-demographischen Merkmalen lassen sich vier besonders benachteiligte Gruppen identifizieren: kinderreiche Familien; unvollständige Familien; Arbeitslose und, als besondere Problemgruppe in der ehemaligen DDR, die Haushalte von nichterwerbstätigen Rentnern.

Da Mütter mit zunehmender Kinderzahl oft auf eine Erwerbstätigkeit verzichten (müssen), ist das Armutsrisiko von kinderreichen Familien ziemlich hoch. Diese Problemlage konzentriert sich auf eine längere Phase im Lebenszyklus, die mit dem Ausscheiden der Kinder aus dem Haushalt aber oft beendet wird. Rund ein Fünftel der Angehörigen kinderreicher Familien (drei und mehr Kinder) fielen in der Bundesrepublik 1988 bzw. in Ostdeutschland Ende 1990 unter die hier gewählte relative Armutsgrenze. Bis 1993 hat sich an dieser Situation in Westdeutschland wenig geändert; das Armutsrisiko dieser Gruppe hat sich in den neuen Bundesländern – nicht zuletzt durch die zunehmende Frauenarbeitslosigkeit – sogar etwas erhöht.

Wenig verändert hat sich die schlechte finanzielle Lage eines Großteils der Arbeitslosen: 1988, 1990 und 1993 muß in Ost- und Westdeutschland bei jeweils rund 30 Prozent von einer problematischen Einkommenssituation ausgegangen werden. Arbeitslose sind eine Risikogruppe, deren Umfang in den alten Bundesländern bereits in den achtziger Jahren und in Ostdeutschland seit 1990 erheblich zugenommen hat. Eine besondere Rolle spielen dabei vor allem Formen der Langzeitarbeitslosigkeit. Kurzfristige Arbeitslosigkeit ist in

---

Teile der ostdeutschen Bevölkerung nach dem Stimmungseinbruch des Jahres 1991 bereits 1992 wieder einigermaßen stabilisiert hatten; vgl. hierzu D. Landua (Anm. 4).

Westdeutschland seit fast zwei Jahrzehnten eine Massenerscheinung. Für die überwiegende Mehrheit der Betroffenen in den alten Bundesländern ist Arbeitslosigkeit eine harte, aber relativ schnell vorübergehende Erfahrung<sup>9</sup>. Problematischer stellt sich die Situation momentan in Ostdeutschland dar; hier ist der Anteil der Langzeitarbeitslosen größer als in Westdeutschland. Ihre Problemlage könnte sich deshalb möglicherweise zu einem Element der Sozialstruktur verfestigen.

Als schwierig ist auch die Situation unvollständiger Familien zu bezeichnen. Diese hat – zumindest in den alten Bundesländern – ihre Ursachen unter anderem in der unzureichenden Versorgung durch die Väter sowie in den Arbeitsmarktproblemen und den niedrigen Einkommen der Frauen. Alleinerziehende Frauen bestreiten seltener als der Durchschnitt der Haushalte ihren Lebensunterhalt durch Erwerbstätigkeit und sind oft auf Sozialhilfe angewiesen. Es war abzusehen, daß sich mit der Einführung der westdeutschen Systeme der sozialen Sicherung Umschichtungen am Rand der ostdeutschen Gesellschaft vollziehen und daß das Armutsrisiko in den neuen Bundesländern Gruppen treffen würde, die in der DDR nicht den Randgruppen zuzurechnen waren. Neben Arbeitslosen zählen möglicherweise hierzu auch alleinerziehende Mütter. Unmittelbar nach der deutschen Einheit fiel rund die Hälfte von ihnen unter die hier gewählte Armutsgrenze. Dieser Anteil ging bis 1993 zwar deutlich auf 39 Prozent zurück, liegt damit aber immer noch viermal so hoch wie der Anteil der Gesamtbevölkerung.

Eine besondere Problemgruppe der DDR waren alte Menschen. Die Sozialpolitik der DDR verteilte ihre Leistungen gewissermaßen „produktionsorientiert“. Staatliche Hilfen kamen vor allem den Erwerbstätigen zugute; benachteiligt wurden jene Gruppen, die aus Altersgründen oder wegen Krankheit aus dem Erwerbsleben ausscheiden mußten. Die Einkommenssituation der Rentner in der DDR war im Vergleich zum Durchschnitt der Arbeitnehmer erheblich schlechter als in der Bundesrepublik; viele bezogen nur eine bescheidene „Mindestrente“ von wenigen hundert Mark<sup>10</sup>. Unmittelbar nach der deutschen Einheit fielen deshalb noch über 18 Prozent aller Ostdeutschen über

---

<sup>9</sup> Eine kurze, aber facettenreiche Darstellung hierzu findet sich bei Albert Woll, „Auf den Irrwegen der Ausbeutungstheorie“, in: Frankfurter Allgemeine Zeitung vom 11. Februar 1989, S. 13; vgl. auch IAB (Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung) (Hrsg.), Zahlenfibel, Ausgabe 1989/90, Bayreuth 1991.

<sup>10</sup> Bezeichnenderweise gehörten Rentner in der DDR zu den wenigen Sozialgruppen, denen die Ausreise oder Übersiedlung in die Bundesrepublik ohne größere Probleme gestattet war. Das schwache Rentensystem der DDR wurde hierdurch „entlastet“. Zur Situation und Entwicklung der so-

64 Jahren unter die relative Armutsgrenze. Dieser Anteil ist bis 1993 weitgehend auf das westdeutsche Niveau gesunken und liegt sichtbar unter dem ostdeutschen Bevölkerungsdurchschnitt. Ostdeutsche Rentner konnten durch die staatliche Sozialpolitik der Rentenanpassungen die höchsten Einkommenssteigerungen verzeichnen; darauf bezogen sind sie durchaus als „Gewinner“ im Wiedervereinigungsprozeß anzusehen.

## 2. Schlechte Wohnbedingungen

Defizite bezüglich der Wohnungsausstattung und des Wohnraums konzentrieren sich vor allem auf kinderreiche Familien und auf die Gruppe der un- und angelernten Arbeiter. Ein überdurchschnittlich hoher Anteil an Unterversorgung mit Wohnraum ist aber auch bei den 18- bis 25jährigen festzustellen. In den alten Bundesländern ist dabei zwischen 1988 und 1993 sogar eine Verschlechterung der Wohnraumsituation in dieser Altersgruppe zu erkennen. In Ostdeutschland liegt das Ausmaß der Betroffenheit in allen angeführten Gruppen erheblich über dem westdeutschen Niveau. So lebten 1990 noch mehr als drei Viertel aller Ehepaare mit drei und mehr Kindern in beengten Wohnverhältnissen. Dieser Anteil ist bis 1993 zwar auf 69 Prozent gesunken, liegt aber nach wie vor weit über dem von vergleichbaren westdeutschen Familien.

Die Versorgung mit Wohnraum bei kinderreichen Familien hat sich in den alten Bundesländern zwischen 1988 und 1993 insgesamt deutlich verschlechtert. Fast die Hälfte der betroffenen Haushalte erreicht mittlerweile nicht mehr den Standard von mindestens einem Wohnraum pro Haushaltsmitglied. Untere Einkommensgruppen sind in Westdeutschland dabei stärker benachteiligt als höhere. Da unter den größeren Familien aber auch die oberen Einkommensgruppen mit Wohnraum unterversorgt sind<sup>11</sup>, kann gefolgert werden, daß zur Beseitigung dieser Defizite finanzielle Maßnahmen allein nicht ausreichen, sondern daß darüber hinaus ein besseres Wohnungsangebot erforderlich ist.

## 3. Fehlende berufliche Qualifikation

Bildung beeinflußt direkt oder indirekt die Chancen von Individuen in vielen Lebensbereichen. Für die Erwerbchancen, das Erreichen guter Berufspositionen und die damit verbundenen Möglich-

keiten der Einkommenserzielung und Altersversorgung hat Bildung eine zentrale Bedeutung. Die Unterschiede im Ausbildungsniveau von Männern und Frauen haben sich im Laufe der Zeit verringert, ohne daß sie bei der heutigen Generation ganz beseitigt wären. Eine fehlende berufliche Ausbildung stellte 1988 für mehr als ein Drittel der Frauen in den alten Bundesländern ein Problem dar; 1993 hatte nur noch jede vierte keinen Ausbildungsabschluß. In Ostdeutschland war die formale Qualifikation von Frauen demgegenüber bereits zu DDR-Zeiten kein Problem mehr; 1993 verfügte nur noch jede zehnte über keinen beruflichen Abschluß.

Auch ein Großteil der un- und angelernten Arbeiter kann erwartungsgemäß keine berufliche Ausbildung vorweisen. Der entsprechende Anteil ist allerdings bis 1993 stark zurückgegangen. „Nur“ noch etwas über ein Drittel sind in Westdeutschland 1993 unqualifizierte Arbeitskräfte. Eine fehlende Berufsausbildung ist für die meisten Betroffenen zwar eine dauerhafte, im Zeitablauf jedoch unterschiedlich schwerwiegende Problemlage. In der gegenwärtigen Arbeitsmarktkrise sind Personen ohne Berufsausbildung deshalb vor allem in den neuen Bundesländern eine Problemgruppe. Noch drastischer als im Westen fallen hier die Veränderungen aus. 1993 sind nur noch 3 Prozent der un- und angelernten Arbeiter ohne beruflichen Abschluß. Der Rückgang um fast 20 Prozent dokumentiert vor allem die kritische Situation unqualifizierter Arbeiter in der ostdeutschen Transformation; sie waren bis 1993 bekanntlich in hohem Maße von Arbeitslosigkeit betroffen oder schieden über die Vorruhestandsregelung aus dem Erwerbsleben aus<sup>12</sup>.

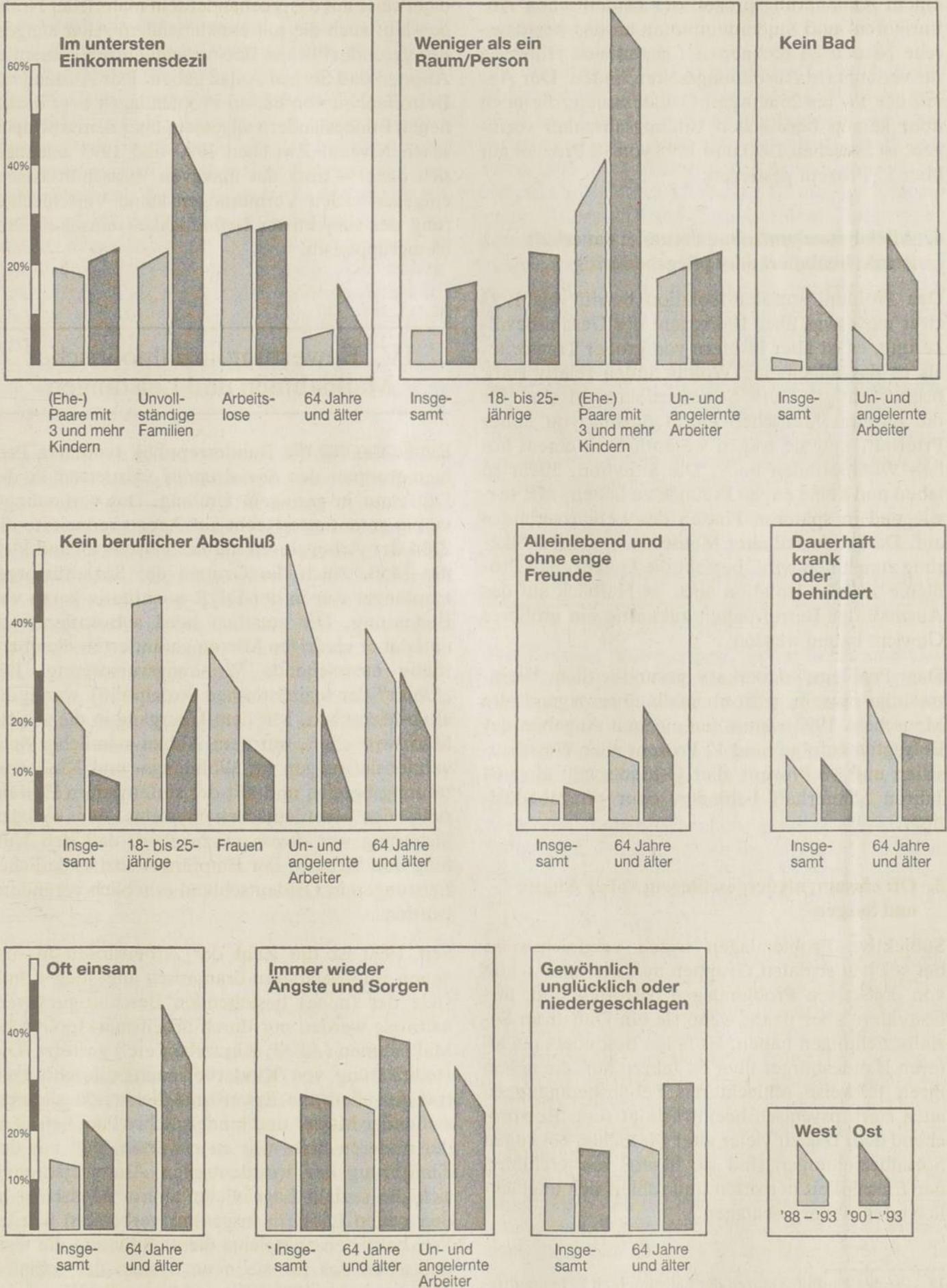
Für die fehlende berufliche Qualifikation sind auch generationsspezifische Unterschiede im Bildungsverhalten von Bedeutung. Der Anteil der Personen ohne abgeschlossene Berufsausbildung liegt bei älteren Befragten über 64 Jahren in Ost- und Westdeutschland weit über dem Bevölkerungsdurchschnitt. Nachrückende und besserqualifizierte Jahrgänge prägen hier allerdings zunehmend das Bild. Die durchschnittliche Ausbildungsdauer hat sich in Westdeutschland im Laufe der letzten 15 Jahre deutlich erhöht. Eine Folge davon ist, daß fast die Hälfte der 18- bis 25jährigen 1993 noch keine abgeschlossene Berufsausbildung hatte. Nachdem mit der deutschen Vereinigung in den neuen Bundesländern die früheren staatlichen Zu-

zionalen Randschichten in der ehemaligen DDR und in der Bundesrepublik Deutschland vgl. ausführlich R. Geißler (Anm. 6), S. 165 ff.

11 Vgl. Regina Berger, Problemgruppen, in: Wolfgang Zapf/Wolfgang Glatzer (Hrsg.), Lebensqualität in der Bundesrepublik, Frankfurt a.M. – New York 1984, S. 249–263.

12 Für eine genauere Längsschnitt-Analyse der individuellen Berufsverläufe von ostdeutschen Erwerbstätigen zwischen 1990 und 1991 vgl. Detlef Landua, Das Jahr danach, Arbeitsgruppe Sozialberichterstattung, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Arbeitspapier P 92–102, Berlin 1992.

**Schaubild 1: Objektive und subjektive Problemlagen; besonders benachteiligte Bevölkerungsgruppen**



Quellen: s. Tabelle 1.

lassungsbeschränkungen zur Abiturstufe und zu den Hochschulen abgeschafft wurden, ist mit einem Annäherungsprozeß der ostdeutschen Abiturienten- und Studentenquoten an das westdeutsche Niveau zu rechnen. Es lassen sich Hinweise für verlängerte Ausbildungszeiten finden: Der Anteil der 18- bis 25jährigen Ostdeutschen, die noch über keinen beruflichen Bildungsabschluß verfügen, ist zwischen 1990 und 1993 von 12 Prozent auf über 27 Prozent gestiegen.

#### **4. Alleinlebend und ohne Freunde; dauerhaft krank, behindert oder pflegebedürftig**

Das Problem sozialer Isolation betrifft bis 1993 zwar nur etwas über 10 Prozent der Gesamtbevölkerung, es ist aber insofern von großer Tragweite, als es das allgemeine Wohlbefinden relativ stark beeinträchtigt. Gute Sozialbeziehungen sind für die meisten Menschen ein Bedürfnis von hoher Priorität, und sie tragen wesentlich zu einem hohen Wohlbefinden bei<sup>13</sup>. Die Situation, allein zu leben und keine engen Freunde zu haben, tritt vorwiegend in späteren Phasen des Lebensverlaufes auf. Da der Anteil alter Menschen in der Bevölkerung zunehmen wird, besteht die Gefahr, daß Probleme sozialer Isolation auch im Hinblick auf das Ausmaß der Betroffenheit zukünftig ein größeres Gewicht haben werden.

Das Problem, dauerhaft gesundheitlich beeinträchtigt zu sein, trifft ebenfalls überwiegend alte Menschen. 1993 waren den eigenen Angaben der Befragten zufolge rund 12 Prozent aller Westdeutschen und 16 Prozent aller Ostdeutschen über 64 Jahren „dauerhaft behindert oder pflegebedürftig“.

#### **5. Oft einsam; niedergeschlagen; voller Ängste und Sorgen**

Subjektive Problemlagen treten vergleichsweise bei solchen sozialen Gruppen auf, die auch schon von objektiven Problemlagen betroffen sind, insbesondere aber dann, wenn sie ein Defizit an Sozialbeziehungen haben. Es fallen besonders die älteren Bundesbürger über 64 Jahren auf, die neben ihren teilweise schlechteren Lebensbedingungen auch stark psychisch beeinträchtigt sind. Entsprechend dem Defizit vieler alter Menschen bei engen Sozialbeziehungen sind sie häufig von Gefühlen der Einsamkeit betroffen und fühlen sich unglücklich oder niedergeschlagen.

Die überdurchschnittliche Verbreitung von Ängsten und Sorgen deutet bei alten Menschen nicht notwendigerweise auf das Vorhandensein materieller Notlagen hin; auch die mit zunehmendem Alter steigenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen können zu Ängsten und Sorgen Anlaß geben. Das Ausmaß der Betroffenheit von diesen Problemlagen liegt in den neuen Bundesländern allgemein über dem westdeutschen Niveau. Zwischen 1990 und 1993 zeichnete sich dabei – trotz der massiven Wirtschaftskrise – entgegen vielen Vermutungen keine Verschlechterung der subjektiven Befindlichkeit einzelner Problemgruppen ab.

---

### **IV. Bewertung sozialpolitischer Maßnahmen und Leistungen**

---

Einige der für die Bundesrepublik typischen Problemgruppen des Sozialstaates existierten in der DDR nur in geringem Umfang. Das verfassungsmäßig garantierte Recht auf Arbeit reduzierte die Zahl der Arbeitslosen auf ein verschwindend kleines Maß. Auch die Gruppe der Sozialfürsorgeempfänger war in der DDR quantitativ kaum von Bedeutung. Die staatlich hoch subventionierten und daher niedrigen Mieten garantierten die quantitativ ausreichende Wohnungsversorgung. Die „Opfer“ der sozialistischen Sozialpolitik waren die alten Menschen. Mit dem Übergang in die soziale Marktwirtschaft, mit dem Abbau staatlicher Subventionsleistungen im Wohnungs- und Kinderbetreuungsbereich und mit der stufenweisen Einführung des westdeutschen Systems der sozialen Sicherung war davon auszugehen, daß sich Umfang und Struktur der Empfänger sozialstaatlicher Leistungen in Ostdeutschland erheblich verändern würden.

Seit 1990 ist die Zahl der Arbeitslosen in den neuen Bundesländern dramatisch angestiegen und viele der (noch) bestehenden Beschäftigungsverhältnisse werden nur durch arbeitsmarktpolitische Maßnahmen (ABM, Kurzarbeit etc.) gestützt. Die Reduzierung von Kinderbetreuungseinrichtungen traf vor allem die Erwerbsmöglichkeiten alleinerziehender Mütter und kinderreicher Familien. Auf der anderen Seite war zu erwarten, daß mit der Einführung der westdeutschen Altersversorgung sich die soziale Lage vieler älterer Menschen in den neuen Ländern insgesamt verbessern würde. Wie bewerten angesichts dieser Situation die Ostdeutschen das für sie neue System der sozialen Sicherung seit 1990? Wie schätzen die Westdeutschen die Leistungen dieses Systems heute ein? Und wie beurteilen einzelne Bevölkerungsgruppen

13 Zu den Einflußfaktoren der „allgemeinen Lebenszufriedenheit“ vgl. Detlef Landua, Komponenten des Wohlbefindens und Zufriedenheit nach Lebensbereichen, in: Datenreport 1992 (Anm. 4), S. 568–580.

die Wirkung sozialpolitischer Maßnahmen beispielsweise im Falle von Arbeitslosigkeit?

Der Vergleich der jeweiligen Bewertungen zeigt dabei deutlich, daß in Ostdeutschland unmittelbar nach der deutschen Einheit eine erhebliche Unzufriedenheit mit dem Netz der sozialen Sicherung vorhanden war (vgl. Tabelle 2). Als ausgesprochen ungenügend wurde von einer überwiegenden Mehrheit der ostdeutschen Bevölkerung (69 Prozent) zu diesem Zeitpunkt auch die finanzielle Absicherung im Falle von Arbeitslosigkeit eingeschätzt. Diese schlechte Bewertung konzentrierte sich dabei keineswegs nur auf die „klassischen“ Gruppen der Leistungsempfänger der Sozialpolitik wie Arbeitslose, Alleinerziehende oder Rentner. Unzufriedenheit mit den bestehenden Verhältnissen wurde in Ostdeutschland auch in hohem Maße von vielen Erwerbstätigen in regulären Beschäftigungsverhältnissen geäußert.

Angesichts der schwerwiegenden Folgen der Wirtschaftskrise in den neuen Ländern ist festzuhalten, daß hier 1993 sowohl die finanzielle Absicherung bei Arbeitslosigkeit als auch das Netz der sozialen Sicherung aufgrund der eigenen Erfahrungen insgesamt besser beurteilt werden als 1990. Dies gilt für alle Gruppen der „Betroffenen“ und dies gilt sogar für die in ihrem Umfang stark gewachsene Gruppe der Arbeitslosen. Vor allem aber Rentner, deren Zufriedenheit mit dem Netz der sozialen Sicherung 1990 noch weit unter dem Gesamtdurchschnitt lag, bewerten dieses System mittlerweile erheblich besser. Dennoch finden sich auch Teilgruppen in den neuen Ländern, die die sozialpolitischen Maßnahmen in der Bundesrepublik 1993 schlechter bewerten. Hierzu zählen insbesondere Personen in irregulären Beschäftigungsverhältnissen und die Gruppe der un- und angelernten Arbeiter. Die Ursachen für die vorhandene Unzufriedenheit mit den Leistungen der Sozialpolitik sind also nicht nur in dem zunehmenden Ausmaß an persönlicher Betroffenheit zu finden, sondern auch im Zusammenhang mit Unsicherheiten und Ängsten zu sehen, in Zukunft auf solche Leistungen angewiesen zu sein.

In Westdeutschland ist hinsichtlich der Einschätzung der Sozialpolitik eine andere Entwicklung zu erkennen. Die finanzielle Absicherung bei Arbeitslosigkeit wird zwar nach wie vor von der überwiegenden Mehrheit der Bevölkerung als „ausreichend“ oder „gut“ bezeichnet, dennoch finden sich mittlerweile Gruppen, die die Leistungen des Sozialstaates in diesem Bereich als „ungenügend“ einstufen. Dies trifft vor allem für die Gruppe der direkt betroffenen Arbeitslosen zu (59 Prozent), aber auch für die bislang noch relativ kleine Gruppe der westdeutschen Arbeitnehmer in

irregulären Beschäftigungsverhältnissen artikuliert 1993 angesichts drohender Arbeitslosigkeit die unzureichende Sicherung vor deren finanziellen Folgen.

Die Zufriedenheit mit dem Netz der sozialen Sicherung ist seit der deutschen Einheit in den alten Ländern deutlich zurückgegangen. Rentner, Arbeitslose, aber auch viele Erwerbstätige bewerteten 1993 die entsprechenden Leistungen der Sozialpolitik erheblich schlechter als vor der Vereinigung. Allerdings sind auch (wenige) Teilgruppen identifizierbar, die das sozialstaatliche Sicherungssystem heute besser als 1988 bewerten. Hierzu zählen Alleinerziehende, Schüler und Studenten sowie kinderreiche Familien – also Gruppen, die in höherem Maße auf öffentliche Unterstützungsleistungen angewiesen sind. Es ist davon auszugehen, daß sich in diesen Veränderungen insgesamt Anzeichen für ein beginnendes „Problemklima“ in Westdeutschland widerspiegeln: Auch im Westen werden nunmehr die Belastungen der Vereinigung zunehmend sichtbar.

---

## V. Kumulation von Problemlagen

---

Wir konnten bisher zeigen, daß in West- und Ostdeutschland zum Teil erhebliche Anteile bestimmter Bevölkerungsgruppen durch objektive und subjektive Problemlagen benachteiligt sind. Die Nicht-Teilnahme am gesellschaftlichen Wohlstand erweist sich allerdings erst dann als systematische Ausgrenzung, wenn die betroffenen Personen in mehreren Lebensbereichen gleichzeitig benachteiligt sind. Wir betrachten im folgenden die damit angesprochene Kumulation von Problemlagen; zunächst getrennt für die objektive und für die subjektive Dimension.

1988 mußte bei mehr als der Hälfte der Bundesbürger mindestens ein Aspekt der hier betrachteten objektiven Lebensbedingungen oder des subjektiven Wohlbefindens als unzureichend oder unbefriedigend bezeichnet werden (vgl. Tabelle 3). Etwa jeder dritte wies irgendein subjektives und jeder zweite mindestens ein objektives Defizit auf. Kumulationen von einzelnen Benachteiligungen waren jedoch eher selten. Objektive oder subjektive Problemlagen konzentrierten sich bei einzelnen Personen meist nur in einem Bereich; kaum jemand war von vier oder mehr Problemen gleichzeitig betroffen. Der Anteil der Bundesbürger, die solche Kumulationen aufweisen, war darüber hinaus von 1978 bis 1988 deutlich zurückgegangen<sup>14</sup>.

14 Vgl. hierzu Th. Riede (Anm. 2), S. 520.

**Tabelle 2: Die Bewertung sozialpolitischer Maßnahmen**

	Finanzielle Absicherung bei Arbeitslosigkeit ist: „Unzureichend“				Zufriedenheit* mit dem Netz der sozialen Sicherung			
	West		Ost		West		Ost	
	1988	1993	1990	1993	1988	1993	1990	1993
	in Prozent				Mittelwert (von 0 bis 10)			
<i>Insgesamt</i>	25	24	69	58	7,0	6,6	5,0	5,2
<i>Teilgruppen:</i>								
Paare mit 3 und mehr Kindern	26	20	79	66	6,9	7,1	4,8	4,8
Alleinerziehende	30	15	80	71	6,6	6,9	4,9	5,0
Schüler/Studenten	33	20	54	49	6,3	6,8	6,2	5,6
Rentner über 64 Jahre	14	14	44	46	7,5	7,1	4,6	5,3
Arbeitslose	38	59	79	69	6,8	6,0	4,7	4,8
Erwerbstätige								
- in Kurzarbeit/ABM	-	54	88	80	-	6,4	4,6	4,4
- regulär Beschäftigte	27	25	76	58	6,8	6,4	5,2	5,2
davon:								
- Un-, angelernte Arbeiter	41	35	83	88	6,5	5,7	5,4	4,5
- Qualifizierte Arbeiter	41	36	83	64	6,6	6,1	4,9	5,3
- Einfache/Mittlere Angestellte	30	24	75	57	6,9	6,5	5,3	5,4
- Höhere/Leitende Angestellte	21	24	65	51	6,7	6,5	5,4	5,2
- Beamte	13	6	-	47	7,1	7,0	-	6,0
- Selbständige	11	15	59	38	7,6	7,0	4,0	5,4

\* Mittelwerte auf der Zufriedenheitsskala von 0 (ganz und gar unzufrieden) bis 10 (ganz und gar zufrieden).

Quellen: s. Tabelle 1.

Diese positive Entwicklung hat in Westdeutschland bis 1993 angehalten; von Kumulationen einzelner Defizite sind nur noch eine kleine Minderheit der Bevölkerung betroffen. Gestiegen ist hingegen der Anteil derer, die überhaupt keine der angeführten Problemlagen aufweisen. Eine systematische Ausgrenzung kann somit nicht festgestellt werden.

Die Verhältnisse in der Umbruchgesellschaft in den neuen Bundesländern unterscheiden sich erwartungsgemäß auch hier von denen in Westdeutschland. Nur ein Drittel der Bevölkerung war 1990 von keiner der angeführten Beeinträchtigungen betroffen. Erstaunlich hoch war in diesem Jahr das Ausmaß der Kumulation einzelner Problemlagen: 37 Prozent der Befragten wiesen in mehr als einem Bereich Defizite auf; fast jeder zehnte war sogar von vier und mehr objektiven oder subjektiven Problemlagen betroffen. Bis 1993 zeichnete sich hier zumindest bei den objektiven Lebensbedingungen eine deutliche Besserung ab. Der Anteil der Ostdeutschen mit keiner entsprechenden Beeinträchtigung stieg von 48 auf 63 Prozent an. Nahezu unverändert zeigen sich nach wie vor die Beeinträchtigungen bei einzelnen Aspekten des subjektiven Wohlbefindens;

eine allgemeine Zunahme der Kumulation subjektiver Problemlagen ist allerdings nicht zu erkennen. Die These, im Zuge des ostdeutschen Transformationsprozesses hätten breite Bevölkerungskreise Verschlechterungen hinnehmen müssen, kann vor dem Hintergrund dieser empirischen Fakten zurückgewiesen werden.

Anders als bei der Gesamtbevölkerung findet sich bei einzelnen Problemgruppen (vgl. Schaubild 2) ein teilweise sehr hohes Ausmaß an Betroffenheit von Kumulationen. In West- und Ostdeutschland sind vor allem die alleinstehenden Rentner aus der Arbeiterschicht von mehreren Defiziten gleichzeitig betroffen. Rund die Hälfte bzw. zwei Drittel von ihnen wies 1988 bzw. 1990 mindestens drei der hier untersuchten objektiven oder subjektiven Problemlagen auf. Auch „Arbeiter-Hausfrauen“, alleinstehende Rentner der Mittelschicht, Arbeitslose und unqualifizierte Arbeiter zeigen in Ost- und Westdeutschland ein erkennbar höheres Ausmaß an Betroffenheit als der Bevölkerungsdurchschnitt. Ebenso auffällig sind aber auch erkennbare Unterschiede zwischen einzelnen Problemgruppen in Ost- und Westdeutschland. Vor allem die Situation alleinerziehender Mütter war 1990 in den neuen Bundesländern besorgniserre-

**Tabelle 3: Kumulation von Problemlagen**

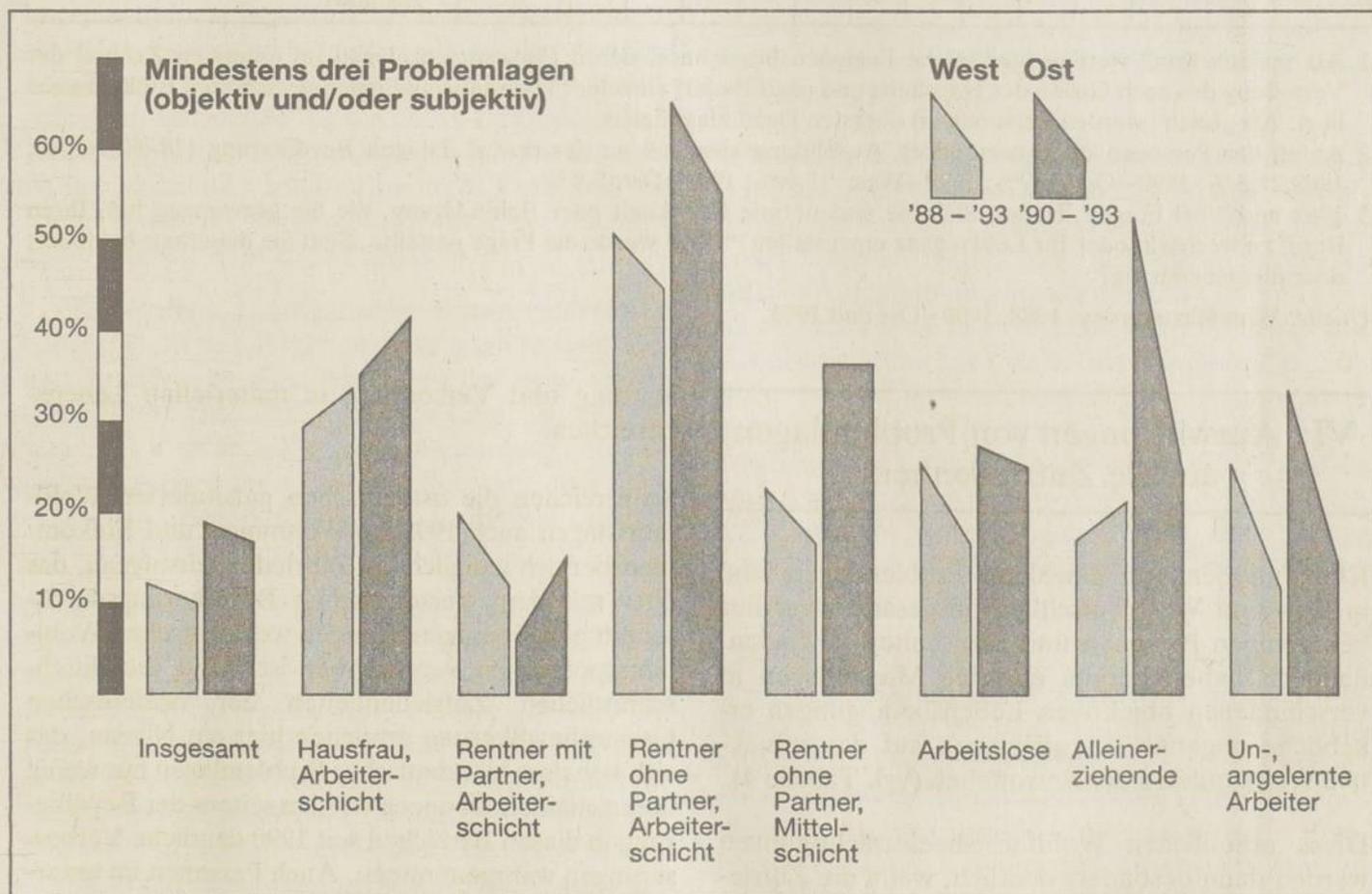
Anzahl der Problemlagen	Sämtliche Problemlagen				Objektive Problemlagen*				Subjektive Problemlagen**			
	West	Ost	West	Ost	West	Ost	West	Ost	West	Ost	West	Ost
	1988	1990	1993		1988	1990	1993		1988	1990	1993	
	in Prozent											
Keine	44	33	52	41	55	48	66	63	70	60	72	63
1	31	29	27	30	33	36	26	25	20	21	19	21
2	14	19	12	15	9	10	7	9	7	12	6	11
3	7	9	7	10	2	4	1	2	3	7	3	5
4	3	5	2	3	1	1	-	1	-	-	-	-
5 und mehr	1	4	1	2	-	-	-	-	-	-	-	-
Durchschnitt	1,02	1,39	0,83	1,08	0,59	0,73	0,43	0,50	0,43	0,66	0,40	0,58

\* Alle sechs objektiven Problemlagen.

\*\* Alle drei subjektiven Problemlagen.

Quellen: s. Tabelle 1.

**Schaubild 2: Kumulation von Problemlagen bei Problemgruppen**



Quelle: s. Tabelle 1.

gend. Mehr als die Hälfte von ihnen war von drei und mehr Beeinträchtigungen gleichzeitig betroffen. Die Entwicklung zwischen 1988 und 1993 verlief für einzelne Gruppen recht unterschiedlich. Entgegen der rückläufigen Entwicklung in der Gesamtbevölkerung finden sich einzelne Gruppen, deren Betroffenheit von Kumulationen zugenom-

men hat. Hierzu zählen die nichterwerbstätigen Hausfrauen aus der Arbeiterschicht, bei denen vor allem eine Zunahme der Betroffenheit von subjektiven Beeinträchtigungen zu erkennen ist. Für die meisten der angeführten Problemgruppen in Ostdeutschland ist allerdings bis 1993 ein Rückgang von hohen Kumulationen zu erkennen.

**Tabelle 4: Durchschnittliche Bereichszufriedenheiten in einzelnen Problem- und Wohlfahrtslagen in Ost- und Westdeutschland**

	Problemlagen:				Alle Befragten:				Wohlfahrtslagen:				
	West		Ost		West		Ost		West		Ost		
	88	93	90	93	88	93	90	93	88	93	90	93	
	Mittelwerte (Skala von 0 bis 10)												
Person ist/hat:													Person ist/hat:
- relativ arm <sup>1</sup>	4,7	5,3	2,8	3,5	7,1	7,1	4,8	5,8	8,2	8,6	6,8	6,9	- relativ reich (Einkommenszufriedenheit)
- weniger als 1 Wohnraum	7,3	6,9	5,3	6,1	8,2	8,2	6,6	6,9	8,3	8,3	6,9	7,1	- mehr als 1 Wohnraum/Person (Wohnungszufriedenheit)
- kein Bad	7,0	5,6	5,3	6,1	8,2	8,2	6,6	6,9	8,4	8,3	7,0	7,5	- WC + Bad + Zentralheizung (Wohnungszufriedenheit)
- ohne Berufs- ausbildung <sup>2</sup>	5,9	6,0	5,7	5,8	7,2	7,2	6,9	7,3	7,5	7,5	7,0	7,4	- mit Berufsausbildung (Zufriedenheit mit Ausbildung)
- alleinlebend und ohne Freunde	6,7	7,0	7,5	6,3	8,5	8,5	8,2	8,2	8,5	8,5	8,3	8,2	- verheiratet/mit Sozialkontakten (Zufriedenheit mit Familienleben)
- krank/ behindert <sup>3</sup>	4,5	4,0	4,3	3,5	7,3	7,3	6,8	7,3	7,7	7,5	7,2	7,5	- gesund/ohne Behinderung (Zufriedenheit mit Gesundheits- zustand)

1 Als „relativ arm“ werden hier solche Personen bezeichnet, deren Einkommensniveau im untersten Zehntel der Verteilung des nach Größe des Haushalts und nach Bedarf einzelner Haushaltsmitglieder gewichteten Einkommens liegt. Als „reich“ werden Personen im obersten Dezil klassifiziert.

2 Anteil der Personen ohne beruflichen Ausbildungsabschluß an der erwerbsfähigen Bevölkerung (18-60 Jahre); 1988:21,5 %; 1990-Ost: 5,6 %; 1993-West: 15,9 %; 1993-Ost: 5,8 %.

3 1988 und 1990 Frage: „Haben Sie eine andauernde Krankheit oder Behinderung, die Sie gezwungen hat, Ihren Beruf zu wechseln oder Ihr Leben ganz umzustellen?“ 1993 wurde die Frage gestellt: „Sind Sie dauerhaft behindert oder pflegebedürftig?“

Quelle: Wohlfahrtssurveys 1988, 1990-Ost und 1993.

## VI. Auswirkungen von Problemlagen auf die Zufriedenheit

Kumulationen von einzelnen Problemlagen sind in Ost- und Westdeutschland insgesamt zwar nur bei wenigen Personen und Haushalten zu finden, dennoch haben bereits einzelne Mangellagen in verschiedenen objektiven Lebensbedingungen erhebliche negative Auswirkungen auf das subjektive Wohlbefinden der Betroffenen (vgl. Tabelle 4).

Diese erheblichen Wohlfahrtsbeeinträchtigungen werden dann besonders deutlich, wenn die Zufriedenheit in einzelnen Problemlagen nicht nur mit dem Bevölkerungsdurchschnitt, sondern mit den jeweiligen Extremgruppen, die besonders gute Lebensbedingungen aufweisen – den „Wohlfahrtslagen“ – verglichen werden. Die häufig niedrigeren Zufriedenheiten der Ostdeutschen liefern darüber hinaus Hinweise auf das nach wie vor bestehende Ost-West-Gefälle hinsichtlich der Aus-

stattung und Versorgung in materiellen Lebensbereichen.

So erreichen die ostdeutschen gutsituierten Wohlfahrtslagen auch 1993 im Wohnungs- und Einkommensbereich lediglich ein Zufriedenheitsniveau, das eher mit dem westdeutschen Bevölkerungsdurchschnitt als mit entsprechenden westdeutschen Wohlfahrtspositionen vergleichbar ist. Und die durchschnittlichen Zufriedenheiten der ostdeutschen Gesamtbevölkerung erreichen hier ein Niveau, das sich von dem westdeutschen Problemlagen nur wenig unterscheidet. Dennoch werden seitens der Bevölkerung in diesen Bereichen seit 1990 deutliche Verbesserungen wahrgenommen. Auch Personen im untersten Einkommensbereich bewerten ihre finanziellen Verhältnisse sichtlich besser als unmittelbar nach der Vereinigung Deutschlands. In anderen Bereichen (Ausbildung, Familie, Gesundheit) sind die Unterschiede in der Zufriedenheiten zwischen Ost- und Westdeutschen mittlerweile erheblich schwächer ausgeprägt als zwischen den jeweiligen Problem- und Wohlfahrtslagen.

# Die Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens in der DDR und in den neuen Bundesländern

Als sich vor mehr als drei Jahren die DDR auflöste und ihre ehemaligen Bezirke in den neuen Ländern der Bundesrepublik Deutschland aufgingen, sahen die Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens der ehemaligen DDR schweren Zeiten entgegen. Wenn es nur darum gegangen wäre, sich den ungewohnten Organisationsstrukturen der Bundesrepublik anzupassen, wäre dies ein gut zu bewältigendes Problem für diese Institutionen gewesen. Das Improvisieren gehörte zu den im Alltag erworbenen Qualifikationen der DDR-Bürger. Auf das Gesundheits- und Sozialwesen und die dort beschäftigten Personen kamen aber auch Aufgaben zu, mit denen sie bis dahin entweder überhaupt nicht oder zumindest nicht in dem Umfang zu tun hatten. Es mußten mehrere Probleme auf einmal bewältigt werden, von denen jedes für sich einer Überforderung gleichkam: -

1. Vorhandene Einrichtungen waren sanierungsbedürftig. In der DDR gehörte das Gesundheits- und Sozialwesen nicht gerade zu den gesellschaftlichen Bereichen, die mit großzügigen Budgets versehen wurden. Die Folge waren eine teilweise heruntergekommene bauliche Substanz sowie unzulängliche Ausstattungen der Einrichtungen und dementsprechend unattraktive Arbeitsplätze.

2. Es mußte ein selbstveraltetes Sozial- und Krankenversicherungssystem – einschließlich Verwaltung – aufgebaut werden, das es in der nun erforderlichen Dimension in der DDR gar nicht gegeben hat. Dort hatte die staatliche einheitliche Sozialversicherung nur ca. 6000 hauptamtliche Mitarbeiter. Allein für die gesetzliche Krankenversicherung errechnete sich nunmehr entsprechend der in Westdeutschland geltenden Faustregel, daß auf 400 Mitglieder eine Verwaltungskraft kommt, ein zusätzlicher Bedarf von mindestens 30000 Mitarbeitern.

3. Viele Einrichtungen und deren Beschäftigte, vor allem im Gesundheitswesen, mußten mit der Tatsache fertig werden, daß sie entweder als selbstständige Unternehmer oder Angehörige eines Wirtschaftsunternehmens sich um ihre Einnahmen selbst kümmern und das Geschäft des Verhandeln

mit den Finanzierungsträgern – insbesondere den Krankenkassen – lernen mußten.

4. Die für den Alltag der Beschäftigten besonders wichtigen Einrichtungen des betrieblichen Gesundheits- und Sozialwesens brachen großenteils faktisch zusammen. Es drohten Versorgungslücken, insbesondere in der Kinderbetreuung.

5. Vor allem im Sozialwesen machten sich völlig neue Anforderungen geltend, die durch die aus dem wirtschaftlichen Umbruch resultierenden Probleme von Arbeitslosigkeit, Vorruhestand usw. hervorgerufen wurden.

Um die enorme Leistung würdigen zu können, die die Beschäftigten im Gesundheits- und Sozialwesen der neuen Länder in den letzten Jahren erbracht haben, muß man sich daran erinnern, welche Aufgaben und Strukturen das Gesundheits- und Sozialwesen in der DDR hatte. Ein solcher Rückblick lohnt auch unter der Fragestellung, ob denn nicht einiges von diesem System aufgegeben wurde, was man womöglich besser bewahrt hätte. Das hat nichts mit DDR-Nostalgie zu tun und ist auch kein Nachkarten zu den gerade im Bereich des Gesundheits- und Sozialwesens nicht immer glücklich verlaufenen Verhandlungen zum Einheitsvertrag.

Das Sozialleistungssystem der Bundesrepublik Deutschland steht unter einem bisher nicht gekannten wirtschaftlichen Druck. Da sollte man schon einmal vorurteilslos prüfen, ob es denn nicht im Gesundheits- und Sozialwesen der DDR bestimmte Ansätze gegeben hat, mit den zur Verfügung stehenden knappen Mitteln effektiv zu arbeiten und insofern beispielgebend zu sein.

Es würde den Umfang des hier zur Verfügung stehenden Raumes sprengen, wenn ich versuchen wollte, einen kompletten Überblick über die Struktur und Probleme des Gesundheits- und Sozialwesens der DDR zu liefern. Ich möchte mich auf folgende Themen beschränken:

1. Finanzierung des Gesundheits- und Sozialwesens;

**Tabelle 1: Anteil der Ausgaben für das Gesundheits- und Sozialwesen am Staatshaushalt**

Land	Haushaltsjahr	Anteil des Gesundheits- und Sozialwesens am Staatshaushalt in Prozent	Rang
Island	1984	46,0	1
Dänemark	1982	44,4	2
Irland	1986	41,8	3
Kanada	1984/85	39,6	4
Luxemburg	1984	32,9	5
Bundesrepublik Deutschland	1987	32,7	6
Finnland	1986	29,9	7
Großbritannien	1984	29,7	8
Österreich	1986	28,8	9
Japan	1985	26,9	10
Belgien	1982	26,5	11
Schweden	1983/84	24,5	12
Schweiz	1986	24,1	13
Italien	1984	21,5	14
Frankreich	1985	19,7	15
Niederlande	1987	17,7	16
Portugal	1987	17,1	17
Norwegen	1986	16,8	18
Griechenland	1985	13,4	19
Spanien	1983	7,7	20
DDR	1988	6,7	21
Türkei	1983	3,1	22

Quelle: Statistisches Jahrbuch für die Bundesrepublik Deutschland 1987, Stuttgart – Mainz 1987.

## 2. Einrichtungen des Sozialwesens:

- Altenpflege,
- Kindertagesstätten;

## 3. Einrichtungen des Gesundheitswesens:

- Ambulante Versorgung (Polikliniken, Dispensaires),
- Krankenhäuser.

## I. Finanzierung von Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens

In kaum einem anderen Bereich war die Diskrepanz zwischen politischem Anspruch und alltäglicher Wirklichkeit in der DDR so groß wie in der Sozialpolitik. Kein Parteitag der SED verging, auf dem nicht die Großzügigkeit der Staats- und Parteiführung bei der Bereitstellung sozialer Leistungen abgefeiert wurde. Ein Blick in die Statistik zeigt freilich, daß sich schon rein finanziell die Ausstattung des Gesundheits- und Sozialwesens in der DDR auf einem eher niedrigen Niveau be-

wegte und von der reklamierten Spitzenstellung im internationalen Vergleich keine Rede sein konnte. 1988 betrug der Anteil der Ausgaben für das Gesundheits- und Sozialwesen nur 6,7 Prozent des Staatshaushaltes, womit die DDR unter vergleichbaren Industrieländern ganz weit hinten lag (Tabelle 1).

Natürlich sind die in dieser Tabelle wiedergegebenen Zahlen nur sehr bedingt miteinander vergleichbar. In einer staatlichen Planwirtschaft hat der Staatshaushalt ein relativ größeres Gesamtvolumen als in marktwirtschaftlichen Systemen; dementsprechend sind Einzelhaushalte wie das Sozialbudget anders zu gewichten. Dennoch war die Diskrepanz zwischen den staatlichen Sozialausgaben in der Bundesrepublik und denen in der DDR enorm. Zu berücksichtigen ist dabei ferner, daß die Sozialleistungen in der DDR nicht nur vom Staat finanziert wurden, sondern auch von der Sozialversicherung. Das gilt freilich erst recht für die Bundesrepublik, wo der Anteil der Sozialleistungen am Sozialprodukt deutlich über dem Sozialhaushalt des Staates liegt.

Die Sozialversicherung in der DDR war chronisch unterfinanziert und konnte ihr Budget nur durch permanent steigende Staatszuschüsse ausgleichen.

Sie hatte sich seit 1971 von einer reinen Pflichtleistung zu einem System von Pflicht- und freiwilliger Versicherung weiterentwickelt; die Finanzierungsgrundlagen veränderten sich freilich kaum. Zur Pflichtversicherung wurde nur ein Einkommen von bis zu 600 Mark pro Monat herangezogen, von dem jeweils zehn Prozent an die Sozialversicherung abgeführt wurden. Überstieg das Einkommen diese Grenze, hatten die Versicherten die Möglichkeit, eine freiwillige Zusatzrentenversicherung abzuschließen – eine Möglichkeit, von der bis Ende 1986 81,3 Prozent der Beitrittsberechtigten Gebrauch machten. Dies reichte aber bei weitem nicht zur Finanzierung vor allem der Renten, die durch dauernde Staatszuschüsse abgesichert werden mußten. Tabelle 2 zeigt diese Entwicklung, die im Jahre 1986 faktisch dazu führte, daß die Ausgaben der Sozialversicherung fast doppelt so hoch waren wie ihre Einnahmen.

**Tabelle 2: Entwicklung der Einnahmen, Ausgaben und des Staatszuschusses der Sozialversicherung der Arbeiter und Angestellten in einzelnen Fünfjahrplanzeiträumen (in Millionen Mark)**

	Einnahmen	Ausgaben	Staatszuschuß
1951–1955	26 452,8	27 077,8	625,0
1961–1965	34 336,2	44 276,1	9 939,9
1971–1975	46 541,5	77 953,5	31 412,0
1981–1985	72 431,2	131 159,5	58 728,3
1986	15 502,5	29 200,3	13 697,8

Quelle: J. Walther, Sozialversicherung in der DDR – Geschichte, Ausgaben und Leistungen, in: W. Thiele (Hrsg.), Das Gesundheitswesen der DDR: Aufbruch oder Einbruch, St. Augustin 1990.

Die Staatszuschüsse im Sozialleistungssystem der DDR dienten in erster Linie zur Absicherung der Renten. Das Gesundheitswesen wurde – entgegen so manch anderer Vermutung – zu einem erheblichen Teil über die Sozialversicherung finanziert, wie es eine Berechnung aus dem Jahr 1988 belegt. Insgesamt gab der Staat in diesem Jahr zwar 10,57 Milliarden Mark für medizinische Betreuung aus. Jedoch wurde dieser Betrag zu über 70 Prozent (7,45 Milliarden Mark) von der Sozialversicherung abgedeckt; weitere 11,4 Prozent (1,2 Milliarden Mark) flossen aus Einnahmen der Apotheken und Orthopädischen Werkstätten, so daß insgesamt das vom Staat zu deckende Defizit des Gesundheitswesens ein Volumen von 18 Prozent (1,9 Milliarden Mark) hatte.

Man muß sich das einmal vorstellen: Da werden von ca. 60 Mark pro Versicherten im Monat oder sechs bis sieben Prozent des Durchschnittseinkom-

mens nicht nur die Krankenversorgung finanziert, sondern auch noch erhebliche Teile der Rentenversicherung. Daß das nicht gutgehen konnte, liegt auf der Hand. Vergleicht man diese Zahlen mit dem westdeutschen Niveau, z.B. mit einem Beitragssatz bei den Krankenkassen von durchschnittlich 12 bis 13 Prozent, dann kommt man zu dem Ergebnis, daß das Gesundheitswesen in der DDR, relativ gesehen, mit einem Drittel des in der Bundesrepublik zur Verfügung stehenden Budgets für Gesundheitsleistungen auskommen mußte. Wenn das Gesundheitswesen in der DDR dennoch ein hohes Ansehen in der Bevölkerung genoß, dann war dies ausschließlich dem Engagement und der Qualifikation seiner Mitarbeiter zu verdanken.

## II. Einrichtungen des Sozialwesens

Die geschilderten finanziellen Restriktionen müssen berücksichtigt werden, wenn man zu einer gerechten Beurteilung des Sozialwesens der DDR, vor allem der Arbeit der dort Beschäftigten, kommen will. Die chronische Unterfinanzierung hatte eine erhebliche Einschränkung in der Lebensqualität der zu betreuenden Menschen zur Folge und äußerst hohe Arbeitsbelastungen für die Beschäftigten. Diese mußten nicht nur mit den auch für Westdeutschland geltenden Kriegsfolgen fertig werden, sondern auch mit DDR-spezifischen Entwicklungen. Ich möchte dies am Beispiel der Alten- und Pflegeheime sowie der Kindertagesstätten darstellen, wobei ich mich teilweise auf die Region des heutigen Landes Brandenburg beschränke.

### 1. Alten- und Pflegeheime

Das Gebiet der ehemaligen DDR, insbesondere das heutige Land Brandenburg, war von den Kampfhandlungen gegen Ende des Zweiten Weltkrieges stärker zerstört worden als Westdeutschland. Davon waren auch die hier in der weitgehend ländlichen Struktur nur spärlich vorhandenen Alteneinrichtungen betroffen. Pflegeeinrichtungen waren zudem im Laufe des Krieges in Lazarette umgewandelt worden und wurden nun von den russischen Besatzungstreitkräften belegt.

Die Ausgangsbedingungen für stationäre Pflege alter Menschen waren aber nicht nur deshalb ausgesprochen schlecht. Wie überall in Deutschland waren Millionen von Flüchtlingen und Vertriebenen unterzubringen. Die wenigen noch nutzbaren Zweckbauten, z.B. kirchliche Stiftungen, waren für diese Aufgaben nicht eingerichtet, stammten sie doch fast ausschließlich aus der Zeit vor dem

Ersten Weltkrieg. Es mußten die für ganz Deutschland typischen Notunterkünfte und Flüchtlingslager gebaut werden. Diese Flüchtlingslager konnten bald in Altenheime umgewandelt werden, da die Jüngeren aus diesen Lagern abwanderten. Hinzu kamen Verwendungen alter Schlösser und Adelssitze, von denen es in Brandenburg eine reichliche Anzahl gab. Alles in allem glichen die Wohnbedingungen in den Altenheimen den tristen Bedingungen, unter denen die gesamte Bevölkerung zu leiden hatte.

Ende der fünfziger Jahre wurde ein starkes Anwachsen des Bedarfes an Heimplätzen spürbar. Dafür war nicht nur der demographisch bedingte Anstieg der Zahl alter Menschen verantwortlich. Hinzu kamen auch zwei DDR-spezifische Entwicklungen: Zum einen wanderten mehr und mehr, vor allem jüngere Leute, in den Westen ab, die sich nunmehr nicht um ihre älteren Familienangehörigen kümmern konnten. Zum anderen war es für die alten Menschen zumeist billiger, im Heim zu leben als in der eigenen Wohnung. Trotz der – wenn auch bescheidenen – Rentenerhöhungen stiegen die Heimkosten kaum. Sie betragen bis 1989 maximal 120 Mark im Monat, d. h. weniger als ein Drittel der damaligen Mindestrente. Trotz der bekannten Mängel der Heime gab es daher seit den fünfziger Jahren eine stetig wachsende Nachfrage nach Plätzen.

Man versuchte dieser steigenden Nachfrage durch den Bau einzelner Heime gerecht zu werden. Allerdings fehlten lange Zeit Erfahrungen und Richtlinien für alters- und pflegerechtes Bauen. Erst ab 1973 galt eine fachspezifische Projektierungsrichtlinie, die 1986 noch einmal überarbeitet wurde. Dies war eine Konsequenz der Politik der sogenannten „Einheit von Wirtschafts- und Sozialpolitik“, die 1971 mit der Ära Honecker begann. Im Rahmen dieser Politik wurde der Neubau von Altenheimen in Gang gesetzt, deren Entwürfe fachlich zunächst von der Gesellschaft für Gerontologie begleitet wurden. Auch wurden eine Reihe ehemaliger Tuberkuloseheilanstalten in Altenheime umgewandelt. Das bedeutete zwar einen quantitativen Zugewinn an Heimplätzen; jedoch war die Baustruktur dieser Anstalten auf die neue Aufgabe gar nicht eingerichtet, wodurch man ein neues Problem bekommen hatte.

Ab Mitte der siebziger Jahre setzten systematischere Bemühungen in der Altenheimpolitik ein, insbesondere im Zusammenhang mit dem sogenannten „komplexen Wohnungsbau“. Dabei ging es darum, bei der Schaffung von Wohngebieten neben Schulen, Kaufhallen, Kindergärten, Jugendklubs usw. auch Seniorentagesstätten, Altenwohnheime und Altenpflegeheime einzurichten.

Vorgesehen war eine stärkere Integration der Altenpflegeheime in die Wohngebiete. Dabei setzte sich leider nicht selten das Interesse der Baubetriebe an Großprojekten durch. Das Sozialwesen selbst bekam keine eigenständigen Mittel zum Neubau zur Verfügung. Hinzu kamen Verzögerungen in der Fertigstellung; der Abstand zwischen geplanten und wirklichen Übergabeterminen wurde immer größer. Der Neubau von Altenheimen und die Umwandlung anderer Einrichtungen zu diesem Zweck wurden bis zum Ende der DDR nur graduell verbessert. Das Durchschnittsalter der Gebäude lag 1989 bei 40 Jahren, wobei berücksichtigt werden muß, daß sich 36 Prozent der staatlichen Heimplätze in Gebäuden befand, die 70 Jahre und älter waren.

Diese Mängel hingen nicht nur mit der allgemein geringen Wirtschaftskraft der DDR zusammen, sie waren auch Konsequenz der bereits geschilderten stiefmütterlichen Behandlung der Sozialeinrichtungen bei den Finanzzuweisungen. Den Kreisen als den Rechtsträgern dieser Heime wurden nur 10 bis 20 Prozent der für Instandsetzung und Instandhaltung erforderlichen Mittel von den Plankommissionen zugewiesen. Noch trauriger war die Situation für die kirchlichen Heime, die in der Region Brandenburg immerhin 40 Prozent der Heime und 20 Prozent der Heimplätze zur Verfügung stellten. Es kann daher nicht überraschen, daß 1991 eine Situationseinschätzung im Lande Brandenburg deutlich zeigte, daß der bauliche Zustand der meisten Heime äußerst unbefriedigend war (und größtenteils noch ist):

- 90 Prozent der Heime waren sanierungsbedürftig.
- Nur 3 Heime entsprachen den bundesrechtlichen Vorgaben. Die Mindestfläche pro Heimbewohner wird regelmäßig erheblich unterschritten. Sanitäreinrichtungen sind in einem beklagenswerten Zustand. Technische Hilfen fehlen zumeist. Die Heizsysteme und Kücheneinrichtungen sind veraltet und unwirtschaftlich, vor allem wegen zu hoher Personalintensität.
- 94 Häuser mit insgesamt 7 500 Pflegeplätzen waren sanierungsfähig, allerdings mit zum Teil erheblichem Umbaubedarf.
- 87 Häuser mit insgesamt 3 000 Pflegeplätzen waren als Pflegeheime nicht geeignet, können aber einer anderen Nutzung zur Zeit nicht zugeführt werden.
- 47 Häuser mit jetzt ca. 3 000 Pflegeplätzen sind – auch im Hinblick auf eine andere Nutzung – nicht mehr sanierungsfähig und ein Fall für die Abrißbirne.

Dies sind Zahlen für Brandenburg, jedoch können sie ohne weiteres auf die anderen neuen Bundesländer übertragen werden. Das Bundesministerium für Familie und Senioren hielt Anfang 1992 für die Sanierung der ca. 1400 Altenpflegeheime in den neuen Ländern mit rund 140000 Plätzen 16 Milliarden DM für erforderlich. Hier liegt also eine gigantische Aufgabe vor uns.

Bei all den Mängeln in der Infrastruktur der Altenpflegeheime sollte aber nicht vergessen werden, daß es auch in der DDR engagierte Mitarbeiter im Sozialwesen gegeben hat, die sich für die spezifischen Belange alter Menschen eingesetzt haben. Mediziner, Soziologen und Gesellschaftswissenschaftler entwickelten Konzeptionen von der sogenannten komplexen Betreuung älterer Bürger in der vertrauten Umgebung, was – wie bereits erwähnt – leider einen zu geringen Einfluß auf die allgemeine Wohnungsbauplanung hatte. In der Gesundheitsversorgung hatte dies schon erheblich mehr Konsequenzen. Den in den Polikliniken und Ambulatorien als Hausärzte arbeitenden Allgemeinmedizinern wurden spezielle Aufgaben in der Altenversorgung zugeteilt. Es wurden auch mehr Gemeindeschwestern angestellt und die Arbeitsbedingungen für die Volkssolidarität als Wohlfahrtsorganisation in Teilen verbessert. Die Kommunen waren angehalten und versuchten mit wechselndem Erfolg, mit Betrieben, Gewerkschaften, Sportorganisationen usw. Vereinbarungen abzuschließen, die Verpflichtungen für die Betreuung der älteren Menschen festlegten. In diesem Zusammenhang ist anzumerken, daß die damaligen Kreise auf dem Territorium des heutigen Landes Brandenburg sich in dieser Hinsicht durch besonderes Engagement ausgezeichnet haben und nicht hinter anderen Bezirken zurückblieben.

Die Arbeitsbedingungen der Pflegeberufe waren als ausgesprochen schlecht zu bezeichnen. Die nicht gerade einfache und vor allem in psychischer Sicht hoch belastende Arbeit wurde schlecht bezahlt. Hinzu kamen die im Vergleich zu Großbetrieben unbefriedigenden Sozialleistungen, wie fehlende Werkwohnungen oder Betriebsferienplätze. All das bewirkte kontinuierliche Abwanderungen von Personal. Die Warnungen von engagierten Fachleuten aus dem Sozialwesen wurden nur zum Teil zur Kenntnis genommen; die Folge waren Verbitterung und Resignation. Dies alles hatte zu einer zunehmenden Diskrepanz zwischen erforderlichem Bedarf und faktisch Realisierbarem geführt – ein Erbe, mit dem wir nun fertig werden müssen.

Im Land Brandenburg ist als Antwort auf die dringend erforderlichen Verbesserungen bei der Pflege alter Menschen in den Heimen ein Investitions-

programm aufgelegt worden. Dadurch sollen in den nächsten Jahren ca. 5000 Altenpflegeheimplätze neu gebaut und 4500 Plätze saniert werden. Fertiggestellt bzw. im Bau sind zur Zeit acht Heime. Für ein nicht gerade mit Reichtümern gesegnetes Land wie Brandenburg ist dies eine enorme Anstrengung, auf die wir auch ein bißchen stolz sein können. Was nicht heißen soll, daß wir uns damit zufriedengeben.

## 2. Kindertagesstätten

Die Situation in der Versorgung mit Kindertagesstätten war in den ersten Nachkriegsjahren in etwa vergleichbar mit der Lage bei den Altenheimen. Für die Unterbringung wurden vor allem enteignete Gebäude genutzt, aber auch Provisorien wie Baracken. Dem stand ein steigender Bedarf gegenüber, da in der Nachkriegszeit unzählige Familien von alleinstehenden Müttern ernährt werden mußten, die darauf angewiesen waren, ihre Kinder in einen Kindergarten schicken zu können.

1947 gab es auf dem Gebiet der ehemaligen Ostzone rund 2000 Kindergärten und Horte, deren Zahl sich bis 1949 verdoppelte. Sehr viele Einrichtungen entstanden im Rahmen des „Nationalen Aufbauwerkes“. Auch wenn diese Einrichtungen mit sehr bescheidenen Mitteln arbeiten mußten, waren sie doch eine wichtige Voraussetzung dafür, daß die Frauen und Mütter arbeiten konnten, und gewiß waren, daß ihre Kinder satt wurden und so überleben konnten. Die überwiegende Zahl der Kindergärten waren staatliche Einrichtungen, was auch bis zum Ende der DDR so blieb.

Daneben aber entstanden zunehmend auch Betriebskindergärten und -krippen. Eingerichtet wurden sie, um die Frauen für die Arbeit in den entsprechenden Betrieben gewinnen zu können. Für Kinder, deren Mütter in Schichtwechsel arbeiteten, wurden sogenannte Kinderwochenheime eingerichtet. Diese Kinder wurden nur am Wochenende ins Elternhaus geholt. Auf dem Lande entstanden bereits Ende der vierziger Jahre die Erntekindergärten für die Zeit der Ernte.

Die Kindereinrichtungen der DDR untergliederten sich in

- Kinderkrippen und Wochenheime für Kinder bis zu zwei Jahren,
- Kindergärten für Kinder von drei Jahren bis zur Einschulung und
- Schulhorte für Kinder der Klassen eins bis vier.

In der weiteren Entwicklung der DDR wurde das Netz der Kindereinrichtungen ständig erweitert, so daß es 1989 zum Ende der DDR ein nahezu flächendeckendes Angebot an staatlichen und be-

trieblichen Einrichtungen gab. Der Versorgungsgrad mit Kindergartenplätzen stieg von 20,5 Prozent im Jahre 1950 auf 94 Prozent im Jahre 1988. 84 Prozent aller Kinder im Krippenalter und 83 Prozent der Kinder im Hortalter konnten betreut werden. Damit war faktisch gesichert, daß alle Kinder, deren Eltern es wünschten, einen Kindergarten- oder Hortplatz erhalten konnten.

Elternbeiträge für die Betreuung der Kinder in Kindertagesstätten wurden in der DDR nicht erhoben. Die Eltern beteiligten sich lediglich an den Kosten der Essenversorgung; die Höhe des Essengeldes lag bei 1,40 Mark für Krippenkinder bei Ganztagsverpflegung, bei 35 Pfennig für ein Mittagessen im Kindergarten plus 20 Pfennig für Getränke sowie bei 55 Pfennig für ein Mittagessen im Hortbereich. Das sind Beträge, die durchaus verkraftbar waren, zumal die Verpflegungskosten im Haushalt dadurch entfielen.

In den Einrichtungen wurde eine regelmäßige ärztliche Betreuung der Kinder gewährleistet. Auch erhielten die Kinder in der Krippe bzw. im Kindergarten die notwendigen Impfungen.

Angesichts des hohen Anteils berufstätiger Frauen und Alleinerziehender wurde das Angebot der Kindereinrichtungen gerne genutzt und angenommen, wobei die staatliche Bevormundung durch die institutionelle Erziehung in Kauf genommen werden mußte. Seit 1965 wurden Krippe und Kindergarten als „unterste Stufe des einheitlichen sozialistischen Bildungssystems“ definiert. Zu den sozialen Aufgaben der Krippe traten Bildung und Erziehung mit dem Ziel der Schaffung einer „sozialistischen Persönlichkeit“. Eine freilich nur kleine Alternative boten in dieser Hinsicht die Kindergärten in kirchlicher Trägerschaft auch für konfessionslose Eltern. Davon gab es 164 Einrichtungen, die alle sehr gut ausgelastet waren.

Der Zusammenbruch der DDR stellte die neuen Länder vor die Aufgabe, dieses umfangreiche Netz der Kindergärten zu erhalten und gleichzeitig inhaltlich neu zu konzipieren. Damit verbunden war auch der Aufbau einer pluralen Trägerstruktur, was insofern von Bedeutung ist, weil damit erst dem demokratischen Grundsatz einer pluralen Werteorientierung Rechnung getragen wird. Mit dem Kindertagesstättengesetz vom 10. Juni 1992 hat Brandenburg eine solide Grundlage geschaffen. Dieses Gesetz legt einen Rechtsanspruch auf Erziehung, Bildung, Betreuung und Versorgung in Kindertagesstätten und Tagespflegestellen fest. Danach ist für

– 40 Prozent aller Kinder im Alter bis zu drei Jahren,

– 90 Prozent aller Kinder im Alter von drei Jahren bis zur Einschulung und

– 40 Prozent der Kinder im Grundschulalter

ein Platz zur Verfügung zu stellen. Dies sind zwar niedrigere Quoten als in der DDR üblich, jedoch wird dadurch ein in der Bundesrepublik überdurchschnittlich hohes Versorgungsniveau gesichert. Das Land beteiligt sich an der Finanzierung dieses Projektes, indem es 50 Prozent der Personalkosten übernimmt. Dadurch werden die Träger finanziell entlastet. Neben dem Kreis, der Kommune, den Trägern und dem Land haben aber auch die Eltern einen Beitrag zu den Kosten zu leisten. Derzeit müssen etwa 2 DM für ein Mittagessen in der Krippe bzw. im Kindergarten und 2,30 DM im Hort von den Eltern aufgebracht werden. Dazu kommt der Elternbeitrag, das sogenannte „Platzgeld“, der einkommensabhängig gestaffelt ist und von den Trägern der Einrichtung festgelegt werden kann. Vom Land wurden hier Empfehlungen zur Höhe und zur Staffelung gegeben; die monatlichen Beiträge sind beispielsweise für eine mittlere Einkommensgruppe (40 000 bis 60 000 DM Jahreseinkommen)

– für das 1. Kind 90 bis 136 DM in der Krippe, 72 bis 109 DM im Kindergarten sowie 54 bis 82 DM im Hort und

– für das 2. Kind 45 bis 68 DM in der Krippe, 36 bis 54 DM im Kindergarten sowie 27 bis 41 DM im Hort.

Zur Zeit haben wir in Brandenburg eher Überkapazitäten in den Kindertagesstätten, was mit dem äußerst starken Geburtenrückgang in den vergangenen zwei Jahren und der hohen Arbeitslosenrate zusammenhängt. Dies kann zum Abbau und sogar zur Schließung von Einrichtungen führen, die wir vielleicht in ein paar Jahren wieder benötigen. Diese Entwicklung erfüllt mich mit großer Sorge, wobei ich mich zur Zeit darum bemühe, für die unter diesem Kapazitätsabbau leidenden Beschäftigten in den Kindertagesstätten neue Aufgabefelder zu erschließen.

---

### III. Einrichtungen des Gesundheitswesens

---

In der Gesundheitspolitik haben wir aus der Sicht als ehemalige DDR-Bürger eine merkwürdige Zeit hinter uns: Erst wurde uns das westdeutsche System der gesetzlichen Krankenversicherung und die davon finanzierten Versorgungsstrukturen ohne Wenn und Aber als das angeblich „beste

Gesundheitswesen der Welt“ verkauft und das gesamte DDR-Gesundheitssystem in seine Strukturen gepreßt. Dann stellte sich heraus, daß dieses angeblich beste System der Welt selber einer gründlichen Reform bedurfte, um auch weiterhin bezahlbar zu bleiben. Das Gesundheitsstrukturgesetz wurde vor einem Jahr verabschiedet – im übrigen unter tatkräftiger Mitwirkung von Brandenburg und den anderen neuen Ländern. Mittlerweile aber werden vorerst noch zaghafte, aber doch hörbare Stimmen gerade in Westdeutschland laut, die daran erinnern, daß man so manche Einrichtung des DDR-Gesundheitswesens vielleicht doch besser erhalten hätte. Diejenigen, die diese Überlegung anstellen, verbinden das nicht mit einer allgemeinen Sehnsucht nach dem alten DDR-Gesundheitswesen. Aber es gab dort Institutionen und Formen der Arbeitsteilung, die von ihrer Anlage her größere Wirtschaftlichkeit und Effektivität ermöglichten, als das die gegebenen Strukturen des deutschen Gesundheitswesens versprechen können.

Von ihren völlig verschiedenen Grundmustern – hier ein staatliches Versorgungssystem, dort ein selbstverwaltetes Krankenkassensystem – einmal abgesehen, gab es zwischen den beiden Versorgungssystemen gravierende Unterschiede in der Ausstattung, die auf den ersten Blick zu der Annahme verführen mußten, das westdeutsche System sei schon von seiner ganzen Anlage her das überlegene. In Westdeutschland bestand das Problem in der Gesundheitspolitik nicht zuletzt darin, einer Fehlverwendung von Ressourcen Einhalt zu gebieten. Die Reformbestrebungen richteten sich darauf, die medizinische Versorgung nicht durch zusätzliche Ausgaben zu verbessern, sondern durch Umschichtungen innerhalb des Gesundheitsbudgets. Das Gesundheitswesen der DDR hingegen war chronisch unterfinanziert – mit der Folge, daß seine Infrastruktur systematisch heruntergewirtschaftet wurde. Das wiederum hatte Auswirkungen auf die Arbeitsbedingungen von Ärzten und Pflegepersonal, was sich trotz deren unstreitig hoher Qualifikation auf die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung niederschlagen mußte. Wenn die Zufriedenheit der Bevölkerung mit der gesundheitlichen Versorgung in der DDR relativ groß war, dann lag dies in erster Linie an der Tüchtigkeit und dem Einsatz des Personals in den Einrichtungen.

Die Gesundheitsstatistik wirft freilich kein gutes Licht auf die Verhältnisse in der DDR. Ein Vergleich der Lebenserwartungswerte der DDR mit denen in der Bundesrepublik geht vor allem seit Mitte der siebziger Jahre deutlich zu Lasten der DDR. Die DDR hatte noch in der zweiten Hälfte der fünfziger Jahre bessere Lebenserwartungs-

werte als die Bundesrepublik. Diese Entwicklung kippte in der zweiten Hälfte der sechziger Jahre, um ab Mitte der siebziger Jahre in eine Entwicklung überzugehen, die in immer höheren Lebenserwartungswerten der Bevölkerung der Bundesrepublik gegenüber denen der DDR-Bevölkerung bestand. So war z. B. der Zuwachs der Lebenserwartung in den achtziger Jahren bei der männlichen Bevölkerung der Bundesrepublik je nach Altersgruppe um das Zwei- bis Achtfache höher als in der DDR.

Es wäre jedoch äußerst fahrlässig, diese Entwicklung in einen ursächlichen Zusammenhang mit den Mängeln im Gesundheitswesen der DDR zu bringen. Die Qualität der medizinischen Versorgung hat in den Industrieländern einen vergleichsweise geringen Einfluß auf die Erhöhung der allgemeinen Lebenserwartung. Dafür sind nach wie vor die Arbeits- und Lebensbedingungen, Ernährungsweisen, Wohnbedingungen, Verkehr usw. die entscheidenden Faktoren. Dennoch hatten auch die Mängel in der medizinischen Versorgung bestimmte Auswirkungen auf die Sterblichkeit in der DDR.

Es bestand also beim Zusammenbruch der DDR überhaupt kein Zweifel daran, daß die medizinische Versorgung trotz aller Anstrengungen der Ärzte und Pflegekräfte einer erheblichen Verbesserung bedurfte, die vor allem in Investitionen in die Infrastruktur der Versorgungseinrichtungen bestehen mußte. Die Defizite lagen vor allem in der baulichen und apparativen Ausstattung, zum Teil auch in der medikamentösen Versorgung, jedoch nicht in der Versorgung mit Ärzten oder der Zahl der Krankenhausbetten. Wie Tabelle 3 deutlich zeigt, gab es hier allenfalls bei den Apothekern nennenswerte Unterschiede in der Versorgungsdichte zwischen der Bundesrepublik und der DDR.

Die Arztdichte lag in der DDR seit Ende der sechziger Jahre nur noch geringfügig unter der in der Bundesrepublik, wobei man sich fragen muß, ob hier nicht eine relative „Überversorgung“ mit Ärzten geherrscht hat. Für die steigende Arztdichte war in der DDR nicht nur eine höhere Ausbildungskapazität verantwortlich, sondern vermutlich auch die fehlende Möglichkeit der Abwanderung in die Bundesrepublik. Anders ist jedenfalls die enorme Steigerung der Versorgungsdichte von 1960 auf 1970 nicht zu erklären. In der Versorgungsdichte bei Zahnärzten wurde in der DDR in den siebziger Jahren ein großer Sprung nach vorn getan mit dem Ergebnis, daß sie 1989 in der DDR größer war als in der Bundesrepublik.

Die großen Unterschiede in der Versorgung mit Apotheken und Apothekern lassen zwar auf eine

**Tabelle 3: Versorgungsdichte im Gesundheitswesen der DDR und der Bundesrepublik**

Jahr	Einwohner je Arzt		Einwohner je Zahnarzt		Einwohner je Apotheker		Krankenhausbetten je 10 000 Einwohner	
	BRD	DDR	BRD	DDR	BRD	DDR	BRD	DDR
1960	703	1 181	1 716	2 702	3 536	7 673	105	119
1970	612	626	1 956	2 321	2 923	5 913	112	111
1980	442	494	1 855	1 724	2 150	4 717	115	103
1985	379	439	1 656	1 415	1 894	4 399	111	102
1989	331	409	1 526	1 368	1 782	4 119	107	98

Quellen: Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.), Daten des Gesundheitswesens 1991, Baden-Baden 1991; Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.), Jahresgesundheitsbericht für das Gebiet der ehemaligen DDR 1989, Berlin 1990; eigene Zusammenstellung.

gewisse Mangelsituation in der DDR schließen. Jedoch dürfte angesichts des von Fachleuten übereinstimmend als überhöht bezeichneten Verordnungsvolumens von Arzneimitteln in der Bundesrepublik die dortigen Versorgungszahlen kein angemessener Maßstab sein. Zwar läßt die Entwicklung der letzten beiden Jahre befürchten, daß sich die Ärzte in den neuen Ländern in ihrem Ordnungsverhalten den Gewohnheiten ihrer Kollegen in den alten Ländern immer mehr anpassen. Hier sind aber mit dem Gesundheitsstrukturgesetz durch Richtgrößen und die neueingeführte Positivliste bestimmte Grenzen gesetzt worden, so daß man davon ausgehen kann, daß keine über die in Tabelle 3 zu findenden Zahlen der Einwohner je Apotheker wesentlich hinausgehende Entwicklung zu erwarten ist.

Bei der Zahl der Krankenhausbetten ist über die Jahre hinweg in der Bundesrepublik und der DDR eine konstant gleiche Entwicklung zu beobachten – allerdings nur, was die quantitative Ausstattung angeht. Bekanntlich sagt die Zahl der Krankenhausbetten nicht allzuviel über die Qualität der stationären Versorgung aus. Hier gab es in der DDR erhebliche Mängel, wie ich weiter unten noch zeigen werde.

### 1. Ambulante Versorgung

In wohl kaum einem anderen Bereich der medizinischen Versorgung waren die Systemunterschiede zwischen der Bundesrepublik und der DDR so groß wie in der ambulanten Versorgung. In der Bundesrepublik herrschte das nunmehr auch in den neuen Ländern etablierte System der kassenärztlichen Versorgung mit selbständigen niedergelassenen Ärzten, die zumeist in Einzelpraxen arbeiten. Kooperative Praxisorganisationen sind nur sehr eingeschränkt in Form von Praxisgemeinschaften oder Gruppenpraxen möglich; das Kassenarztrecht steht auch

heute noch interdisziplinären Arbeitsformen in der ambulanten Versorgung im Wege. Hinzu kommt, daß das Kassenarztsystem in der Bundesrepublik eine Entwicklung genommen hat, die auf eine Vernachlässigung der Allgemeinmedizin hinausgelaufen ist. Von den ca. 75 000 niedergelassenen Ärzten arbeiteten 1990 in der Bundesrepublik knapp 58 Prozent als Fachärzte, knapp 18 Prozent als Allgemeinärzte und ca. 24 Prozent als Ärzte ohne Gebietsbezeichnung, sogenannte „praktische Ärzte“, die im Gesundheitswesen der DDR nur im Rahmen der Weiterbildung vorhanden waren und ansonsten keine wesentliche Bedeutung hatten.

Der entscheidende Unterschied in der ambulanten Versorgung zwischen der DDR und der Bundesrepublik war natürlich das Verhältnis von angestellten zu selbständigen Ärzten. Während es in der Bundesrepublik den Status des angestellten Arztes in der ambulanten Versorgung so gut wie gar nicht gab, waren in der DDR die frei niedergelassenen Ärzte eine ausgesprochene Rarität. Wie Tabelle 4 zeigt, gab es 1989 in der DDR nur noch 341 Arztpraxen und 447 selbständige Zahnarztpraxen.

Tabelle 4 zeigt auch, daß die ambulante Versorgung in der DDR von verschiedenen Einrichtungstypen wahrgenommen wurde, die sich nach Größe und Zahl der vertretenen Fachrichtungen unterschieden. Kernstück der Versorgung waren die insgesamt 622 Polikliniken, von denen 151 betriebliche Polikliniken waren. Die Polikliniken beschäftigten im Durchschnitt zuletzt ca. 21 angestellte Ärzte, waren also relativ große Einrichtungen (Tabelle 5). Vor allem die Polikliniken, die den Bezirkskrankenhäusern zugeordnet waren, verfügten über einen vergleichsweise guten Ausrüstungsstandard.

Neben den Polikliniken gab es die Ambulatorien, die vor allem in der hausärztlichen Versorgung

**Tabelle 4: Einrichtungen der ambulant-medizinischen Versorgung in der DDR (1950–1989)**

Jahr	Poli- kliniken insgesamt	Ambula- torien insgesamt	Ambulanzen an Kranken- häusern	Praxen (staatlich)		Praxen (private)	
				Ärzte	Zahnärzte	Ärzte	Zahnärzte
1950	184	575	–	–	–	5824	5913
1955	369	720	487	–	–	5048	5552
1960	399	766	1388	298	156	3253	4010
1965	412	855	868	787	485	2524	3140
1970	452	828	911	1301	680	1888	2391
1975	522	929	1075	1606	946	1308	1617
1980	561	969	983	1645	971	863	1064
1985	590	998	572	1602	925	502	654
1989	622	1023	119	1635	1401	341	447

Quelle: s. Tabelle 3.

aktiv waren; von den insgesamt 1023 Ambulatorien waren 364 Betriebsambulatorien. Hinzu kamen 1635 staatliche Arztpraxen, die ebenfalls vornehmlich in der hausärztlichen Versorgung beschäftigt waren. Ergänzt wurden diese medizinischen Einrichtungen in der ambulanten Versorgung durch insgesamt 5585 Gemeindegewerkschaftsstationen, die vor allem Aufgaben in der sozialen Betreuung wahrnahmen.

**Tabelle 5: Ärzte in Polikliniken und Ambulatorien**

Polikliniken	1970	1980	1985	1988
Ärzte absolut	6408	10623	11897	12961
Ärzte pro Poliklinik	14,2	18,9	20,2	20,8
Ambulatorien	1970	1980	1985	1988
Ärzte absolut	2096	3083	3453	3580
Ärzte pro Ambulatorium	2,5	3,2	3,5	3,5

Quelle: s. Tabelle 3.

Eine wichtige Besonderheit in der ambulanten medizinischen Versorgung der DDR waren die Dispensaires, die chronisch Kranke (u. a. Rheumatischer, Diabetiker, Krebskranke), aber auch Schwangere betreuten. Bei diesen Dispensaires sind zwei verschiedene Typen zu unterscheiden:

- Obligate Dispensaires, die durch zahlreiche Anordnungen und Bestimmungen in ihrer Arbeitsweise reglementiert wurden. Sie waren zuständig für die Schwangerenbetreuung, Mütterberatung, Jugendgesundheitschutz, Diabetikerberatung, Geschwulstbetreuung, Lungenerkrankungen und Tuberkulose. In diesem Bereich war häufig zu beobachten, daß die zwar medizinisch durchaus sinnvolle, aber mitunter

sehr bürokratische Arbeitsweise die Effektivität dieser Einrichtungen behindert hat.

- Fakultative Dispensaires: Diese Betreuungsform entstand auf Eigeninitiative von Ärzten auf Grundlage lokaler Vereinbarungen.

Der Unterschied zwischen Dispensaires und traditioneller ambulanter Versorgung bestand darin, daß die Ärzte die medizinische und soziale Betreuung in einer *Einheit* von Prophylaxe, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation gestalten konnten. Es war eine einheitliche Behandlungsweise, die gerade bei den mit vielen sozialen Problemen verbundenen chronischen Volkskrankheiten eine große Bedeutung hat.

Die Dispensaires arbeiteten seit etwa Mitte der siebziger Jahre und hatten gegen Ende der achtziger Jahre einen Betreuungsgrad von 18 auf 1000 Einwohner bei den Männern und von 34 auf 1000 Einwohner bei den Frauen.

Mit der Einführung des Kassenarztsystems wurde die Dispensairebetreuung faktisch zerschlagen. Dies gehört zu den wenig effektiven Kapiteln bei der Umgestaltung des Gesundheitswesens in den neuen Bundesländern. Um ähnliche Versorgungsketten für chronisch Kranke sicherzustellen, müssen nunmehr komplizierte mehrseitige Verträge zwischen Krankenkassen, Kassenärzten und Gesundheitsverwaltung geschlossen werden. Aber auch damit konnte das Niveau der Dispensairebetreuung in der DDR noch nicht wieder erreicht werden. Es wird zu den wesentlichen Aufgaben der Landesgesundheitspolitik nicht nur in Brandenburg, sondern auch in den anderen neuen Ländern gehören, diese zerstörten Strukturen wiederherzustellen. Darüber sind sich die Gesundheitsminister der neuen Länder einig, was sie auch in einem gemeinsamen Papier für die Gesundheitsministerkonferenz im November 1993 dargelegt

**Tabelle 6: Krankenversorgung in der Bundesrepublik und der DDR 1970–1989**

Jahr	Betten je 10 000 Einwohner		Behandlungsfälle je 10 000 Einwohner		Durchschnittliche Verweildauer		Durchschnittliche Kapazitätsauslastung	
	BRD	DDR	BRD	DDR	BRD	DDR	BRD	DDR
1970	112	111	1 530,7	1 356,4	18,3	23,3	86,8	81,2
1980	115	103	1 880,6	1 409,3	14,9	19,1	83,3	74,8
1985	111	102	1 992,0	1 535,7	13,9	18,4	85,0	77,3
1989	107	98	2 133,4	1 528,6	12,4	17,3	85,2	74,6

Quelle: s. Tabelle 3.

haben. Die Betreuung chronisch Kranker wird zu einer zunehmend wichtigen Aufgabe im Gesundheitswesen, bei der es gerade im traditionellen deutschen Kassenarztsystem schwerwiegende, allgemein bekannte Defizite gibt.

Ansonsten kann kein Zweifel daran bestehen, daß der Umbau von einem staatlichen, mit angestellten Ärzten arbeitenden Versorgungssystem zu einem System selbständiger Kassenärzte mehr oder weniger reibungslos vonstatten ging. In Brandenburg haben wir dabei von vornherein darauf geachtet, daß die Versorgungsstrukturen, die durch die Polikliniken geschaffen wurden, nicht endgültig verschwinden. Im System der Polikliniken ist ein wichtiger und zukunftssträchtiger Ansatz für die Organisation der ambulanten Versorgung zu sehen. Unter dem Vorzeichen knapper werdender finanzieller Mittel wird man auch in der ambulanten Versorgung nicht darum herumkommen, sich mehr Gedanken darüber machen zu müssen, wie die Versorgung effizienter als mit dem gegenwärtigen System von Einzelpraxen sicherzustellen ist. Auf Dauer werden es sich die Kassenärzte nicht leisten können, in Einzelpraxen mit teuren Ausrüstungen zu wirtschaften, wenn kooperative Arbeitsformen nach dem Vorbild von Polikliniken sich als wirtschaftlicher herausstellen.

Auch aus der Sicht des Patienten haben kooperative Arbeitsformen von Ärzten innerhalb eines Hauses ihre Vorteile: Man benötigt keine langen Überweisungswege mehr, sondern kann bei entsprechendem Bedarf in *einem* Haus von verschiedenen Ärzten behandelt werden. In anderen Ländern ist ein solcher Behandlungsstil gang und gäbe, in der Bundesrepublik wird er aber durch das starre Kassenarztrecht behindert. Die Landesregierung von Brandenburg unterstützt daher Projekte, die Polikliniken zu modernen, leistungsfähigen und wirtschaftlich arbeitenden Gesundheitszentren umzubauen. Die bisher vorliegenden Modelle müssen als vielversprechend bezeichnet werden, auch wenn nicht geleugnet werden kann, daß es in verschiedenen Einrichtungen Probleme

gibt. Tatsache ist auch, daß nur acht Prozent der Ärzte in der niedergelassenen Versorgung in Brandenburg in diesen Einrichtungen arbeiten. Im Moment ist es finanziell noch attraktiver, sich als selbständiger Arzt niederzulassen; das muß aber angesichts steigender Arztzahlen und konstanter, wenn nicht sinkender finanzieller Mittel nicht so bleiben.

Insofern bin ich sehr optimistisch, daß die Brandenburger Gesundheitszentren sich in der nächsten Zeit als ausgesprochen tragfähige Modelle für die Zukunft der ambulanten Versorgung präsentieren werden. Mit Interesse habe ich zur Kenntnis genommen, daß mittlerweile auch in Ärzteverbänden, die sich vor Jahren noch vehement für die Abschaffung der Polikliniken eingesetzt haben, über neue Formen der Praxisorganisationen nachgedacht wird, die in ihren Strukturen so weit von dem Modell der Polikliniken gar nicht entfernt sind.

## 2. Krankenhäuser

Die Krankenhausversorgung in der DDR war in ihrer Grundstruktur durchaus mit dem System in der Bundesrepublik vergleichbar. Ich hatte eingangs dieses Abschnittes bereits darauf hingewiesen, daß bei der Versorgung mit Krankenhausbetten keine gravierenden Unterschiede zwischen der Bundesrepublik und der DDR festzustellen waren. Tabelle 6 belegt dies nur teilweise, wobei man davon ausgehen muß, daß auch die Unterschiede nicht so sehr strukturell ins Gewicht fallen.

Diese Unterschiede ergeben sich in erster Linie in wirtschaftlicher Hinsicht. Tabelle 6 zeigt deutlich, daß die durchschnittliche Verweildauer und die Kapazitätsauslastung in der DDR erheblich schlechtere Werte auswiesen als in der Bundesrepublik. Obwohl – wie in der Bundesrepublik – ein deutlicher Bettenabbau in den letzten 20 Jahren vollzogen worden war, hatte sich die Kapazitätsauslastung der Krankenhäuser in der DDR deutlich verschlechtert. Wenn sie zum Ende der DDR bei ungefähr 75 Prozent im Durchschnitt lag, dann muß man wissen, daß es auch Krankenhäuser

gab, die nur auf eine Auslastung von ca. 60 Prozent kamen.

Die relative Unwirtschaftlichkeit der Krankenhäuser in der DDR war nicht die Folge unqualifizierten Personals. Im Gegenteil: Die Ärzte und Pflegekräfte hatten eine hervorragende Ausbildung und konnten mit ihren Kenntnissen im internationalen Vergleich durchaus standhalten. Das Problem war die bauliche und apparative Ausstattung, die ein westlichem Standard entsprechendes Wirtschaftsverhalten gar nicht zuließ. Darunter leiden wir auch heute noch in der Krankenhausplanung der neuen Länder. Viele Krankenhäuser sind in einem baulich miserablen Zustand und entstammen häufig noch der Krankenhausbaukonzeption der Jahrhundertwende (Pavillon-Bauweise), die unter betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten nicht mehr vernünftig zu bewirtschaften ist. Diese alten Krankenhäuser erfordern einen enormen Aufwand an Personal sowie Kosten, die in modernen Einrichtungen gar nicht vorkommen, wie z. B. aufwendige Krankentransporte und hohe Heizungskosten; generell sind die Fixkosten in diesen Häusern überproportional hoch.

Die Landesregierung Brandenburg hat – wie die Regierungen in anderen neuen Bundesländern ebenfalls – erhebliche Anstrengungen unternommen, um die Wirtschaftlichkeit und Qualität der stationären Versorgung zu erhöhen: Die Zahl der Betten sank von 1989 bis 1992 um fast 20 Prozent. Gleichzeitig stieg die Zahl der behandelten Fälle je 1000 Einwohner um über 30 Prozent, was nur durch eine erhebliche Reduzierung der Verweildauer und eine Verbesserung des Auslastungsgrades erreicht werden konnte. Die entsprechenden Daten zeigen, daß hier vor allem in der Verweildauer eine erhebliche Reduzierung stattgefunden hat. Wenn der Auslastungsgrad immer noch auf einem relativ niedrigen Stand ist, dann hat dies auch mit Brandenburger Besonderheiten zu tun. Brandenburg hat – ähnlich wie Mecklenburg-Vorpommern – als sehr dünn besiedeltes Land das Problem, Krankenhäuser auch in Regionen vorhalten zu müssen, wo sie nicht in jeder Hinsicht rentabel geführt werden können. Die Schließung von solchen Krankenhäusern hätte zur Folge, daß die Bevölkerung in diesen Gebieten sehr weite Wege auf sich nehmen müßte, um in ein Krankenhaus zu kommen. Dies wollen wir unseren Bürgern möglichst nicht zumuten. Wir werden uns in Zukunft verstärkt Gedanken darüber machen müssen, inwieweit es möglich ist, auch kleine Krankenhäuser mit einer geringen Kapazität von z. B. 80 bis 100 Betten wirtschaftlich zu führen.

Aber alle landespolitischen Anstrengungen allein werden nicht ausreichen, den Nachholbedarf in der stationären Versorgung hinreichend zu befriedigen. Die neuen Länder haben daher ihre Zustimmung zum Gesundheitsstrukturgesetz geschlossen davon abhängig gemacht, daß ein Investitionsprogramm zur Befriedigung dieses Nachholbedarfs aufgelegt wird, das gemeinsam von Bund, den neuen Ländern und den Krankenkassen finanziert wird. Ab 1995 werden für zehn Jahre jedes Jahr zusätzlich zu den normalen Krankenhausinvestitionen der Länder jährlich 2,1 Milliarden DM (jeweils 700 Mio. DM von Bund, Ländern und Krankenkassen) in den Krankenhausbereich fließen. Wir werden daher mittelfristig den enormen Investitionsstau im Krankenhausbereich der neuen Länder auflösen können und einen Versorgungsstandard erreichen, der modernen Ansprüchen voll und ganz genügen wird.

---

#### IV. Ausblick

---

Ich habe zu zeigen versucht, daß die Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens der DDR unter einem erheblichen Widerspruch litten: Einerseits hatten sie sich selbst einem hohen Anspruch ausgesetzt, konnten aber diesen Anspruch mit den ihnen zur Verfügung stehenden Mitteln in keiner Weise angemessen befriedigen. Die Folge waren nicht nur miserable Arbeitsbedingungen für die Beschäftigten und Einschränkungen für die zu betreuenden Bürger. Die Mängel hatten auch zur Folge, daß mit sehr viel weniger Mitteln als heute eine Versorgung aufrechterhalten werden konnte, die trotz allem die Bürger zufriedenstellte. Natürlich spielte dabei auch eine Rolle, daß man es ja nicht besser kannte.

Dennoch sollte man das, was in den Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens der DDR geleistet wurde, nicht geringschätzen. Ich wünschte mir manchmal, das damals erforderliche und ausgeübte Improvisationstalent könnte sich stärker über die Zeit retten, um die Probleme, die wir heute beim Neuaufbau des Gesundheits- und Sozialwesens in den neuen Ländern haben, besser bewältigen zu können.

Darüber hinaus sollte man bei dieser Aufgabe auch immer im Hinterkopf behalten, daß es womöglich diese oder jene Aspekte des alten Versorgungssystems gegeben hat, die es wert sind, erhalten zu bleiben.

# Strukturen und Einrichtungen der Rehabilitation in der DDR und in den neuen Bundesländern

## I. Aufgabenbereiche der Rehabilitation und ihre Rechtsgrundlagen

In der DDR galt offiziell der Rechtsgrundsatz, daß die in der Verfassung der DDR verankerten Grundrechte der Bürger wie „das Grundrecht auf Arbeit, die Grundrechte auf Bildung, auf Teilnahme am gesellschaftlichen und kulturellen Leben, auf allseitige Persönlichkeitsentfaltung, auf Freizeit und Erholung, auf Arbeits- und Gesundheitsschutz, auf materielle Sicherstellung bei Krankheit, Unfall und Invalidität, auf Fürsorge im Alter usw. in vollem Umfang und uneingeschränkt auch für geschädigte Bürger gelten“<sup>1</sup>.

Die Auslegung dieser Rechtsgrundsätze erfolgte – rechtlich abgesichert – auf der Grundlage der Parteibeschlüsse, in der Regel der Beschlüsse der Parteitage, der ZK-Plenartagungen und der Politbüro-Sitzungen. So bestimmten letztlich auch für den Bereich der Rehabilitation und der Geschädigtenbetreuung die politisch-ideologischen Zielvorgaben der Partei, wie sich die Praxis zu entwickeln hatte.

Diese Praxis war in der DDR bis zur Wende weitgehend geprägt

- in der Administration durch eine zentralistische Ausrichtung der Zuständigkeiten;
- in der Pädagogik durch eine selektive Trennung von schulbildungsfähigen und schulbildungsunfähigen, aber förderungsfähigen Kindern und Jugendlichen, was in der Praxis zu einer „Aussonderung“ insbesondere bestimmter Gruppen Mehrfach- und Schwerstbehinderter führte, und

<sup>1</sup> Die Rehabilitationsliteratur der DDR gliedert die Aufgabenbereiche der Rehabilitation nach fachlichen Kriterien in medizinische, pädagogische, berufliche und soziale Rehabilitation. Die wesentlichen Rechtsgrundlagen dieser Aufgabenbereiche sind in der vom Ministerium für Gesundheitswesen der DDR herausgegebenen Textsammlung „Sozialistisches Gesundheitsrecht“ (2. Aufl. 1989) sowie in der von diesem Ministerium und von der Akademie für Ärztliche Fortbildung herausgegebenen Textsammlung „Schwerbeschädigtenbetreuung und Rehabilitation“ (4. Aufl. 1987) enthalten.

- in der Betreuung, Rehabilitation und Pflege durch eine Unterversorgung, weil die finanziellen, materiellen und personellen Aufwendungen der vorliegenden Bedarfssituation in keiner Weise entsprachen.

In der nachfolgenden Darstellung werden die Aufgabenfelder, Strukturen und Einrichtungen sowie die Reformansätze zur Wendezeit und die Umstellung des Rechts auf der Grundlage veröffentlichter Materialien und eigener Erhebungen (1991–1993) in ihren wesentlichen Aussagen vorgestellt.

### 1. Medizinische Rehabilitation

Unter medizinischer Rehabilitation wurden alle therapeutischen Maßnahmen und Programme verstanden, die über eine „biologische Wiederherstellung“ hinaus eine „komplexe soziale Einordnung und Wiedereinordnung Geschädigter“ zum Ziel hatten. Medizinische Rehabilitation wurde nicht als spezifische Disziplin, sondern als Aufgabe aller medizinischen Fachrichtungen verstanden. Die Aufgaben der medizinischen Rehabilitation bezogen sich damit auf

- Vorbeugungsmaßnahmen zur Vermeidung von Behinderungen,
- Erfassung der Personen mit bestehenden oder drohenden physischen oder psychischen Schädigungen,
- Wiederherstellung – soweit wie möglich – der Leistungsfähigkeit Geschädigter durch frühzeitige Einleitung rehabilitativer Maßnahmen,
- Nutzung der verschiedenen Therapiemöglichkeiten (Physio-, Arbeits-, Sport-, Psycho- und Soziotherapie),
- Versorgung mit körpernahen und körperfernen Rehabilitationshilfen,
- ärztliche Begutachtung in Anerkennungsverfahren,
- Einbeziehung medizinischer Zentren in die Reha-Aufgaben,
- Dispensairebetreuung geschädigter Kinder, Jugendlicher und Erwachsener sowie
- Mitwirkung in nahezu allen Fachbereichen der Rehabilitation, insbesondere bei der Beurtei-

lung der Bildungs- und Erziehungsfähigkeit physisch oder psychisch geschädigter Kinder und Jugendlicher sowie bei der Berufsfindung und Berufsberatung geschädigter Schulabgänger und umzuschulender geschädigter Erwachsener.

Neben den zahlreichen rechtlichen Regelungen des „sozialistischen Gesundheitswesens“, zu denen auch die rechtlichen Bestimmungen über die Erfassung gesundheitsgefährdeter bzw. geschädigter Kinder und Jugendlicher, die Meldepflicht von Körperbehinderungen, geistigen Störungen und Schädigungen des Hörvermögens sowie die Meldepflicht übertragbarer Krankheiten und Berufskrankheiten gehörten, wurden in zahlreichen speziellen Rechtsvorschriften für die medizinische Rehabilitation einheitliche Zielvorgaben und Zuständigkeitsregelungen für die einzelnen Aufgabenbereiche festgelegt.

Von besonderer Bedeutung – insbesondere für die in der Rehabilitation in vielen Fällen wegweisende Früherfassung – war die „Anordnung über die gesundheitliche Überwachung von Kindern und Jugendlichen“ vom 11. April 1979 (Gesetzblatt der DDR, Teil I [GBl. I], Nr. 12, S. 91), die den Abteilungen für Gesundheits- und Sozialwesen der örtlichen Räte die Aufgabe stellte, eine „kontinuierliche Überwachung des Gesundheits- und Entwicklungszustandes aller Kinder und Jugendlichen“ zu sichern.

Die regelmäßige gesundheitliche Überwachung hatte das Ziel, Krankheiten und Schädigungen frühzeitig zu erkennen und rechtzeitig zu behandeln. Der Arzt hatte „im Sinne einer ständigen Betreuung bestimmte Personengruppen unter den Gesunden sowie unter den chronisch Kranken in seiner Kontrolle“ zu behalten (= Dispensairebetreuung)<sup>2</sup>.

Durch besondere Rechtsvorschriften wurden im Rahmen der Dispensairebetreuung den Betriebsärzten sowie den staatlichen Polykliniken und Betriebspolykliniken analoge Aufgaben zugeordnet, die im Ergebnis zu einer weitgehenden Erfassung aller potentiellen Reha-Fälle führten.

## 2. Pädagogische Rehabilitation

Der Pädagoge K.-P. Becker definierte Rehabilitation als „die zweckgerichtete Tätigkeit eines Kollektivs in medizinischer, pädagogischer, sozialer und ökonomischer Hinsicht zur Entwicklung und Wiederherstellung der Fähigkeiten des geschädig-

ten Menschen, aktiv am produktiven wirtschaftlichen, politischen, kulturellen und familiären Leben der Gesellschaft teilnehmen zu können“<sup>3</sup>.

Rechtsgrundlagen der pädagogischen Rehabilitation waren das „Gesetz über das einheitliche sozialistische Bildungssystem“ vom 25. Februar 1965 (GBl. I, Nr. 6, S. 83) sowie die mit der 5. Durchführungsbestimmung zum „Gesetz über das einheitliche sozialistische Bildungssystem – Sonderschulwesen –“ vom 9. Februar 1984 (GBl. I, Nr. 8, S. 85) erlassenen Aufgaben- und Zuständigkeitsregelungen.

Der Grundsatz des einheitlichen sozialistischen Bildungssystems bezog sich allerdings nur auf das System der Institutionen zur Bildung und Erziehung und zur Berufsaus- und -weiterbildung, nicht aber auf ihre administrative Unterstellung. Die Institutionen der pädagogischen Rehabilitation unterstanden den administrativen Bereichen des Ministeriums für Volksbildung und des Ministeriums für Gesundheitswesen.

Die Einrichtungen des Ministeriums für Volksbildung wurden unter der Bezeichnung „Sonderschulwesen“ zusammengefaßt; dazu gehörten

- Sonderkindergärten,
- Sonderschulen,
- Sonderberufsschulen,
- Sonderschulen und -klassen in Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens,
- sonderpädagogische Beratungsstellen,
- Sonderklassen an allgemeinbildenden polytechnischen Oberschulen und LRS-Klassen.

Zu den reha-pädagogischen Einrichtungen des Ministeriums für Gesundheits- und Sozialwesen gehörten

- Sondergruppen in Krippen bzw. Sonderkrippen,
- reha-pädagogische Förderungseinrichtungen für schulbildungsunfähige, intellektuell Geschädigte in Form von Tagesstätten, Wochenheimen, Dauerheimen und Abteilungen in den Fachkrankenhäusern für Neurologie und Psychiatrie,
- Heime des Gesundheits- und Sozialwesens für schwergeschädigte Kinder, Jugendliche und Erwachsene,

<sup>2</sup> Vgl. Karlheinz Renker, Inhalt und Bedeutung der Rehabilitation für den einzelnen und die Gesellschaft, in: Grundlagen der Rehabilitation, hrsg. von Karlheinz Renker/Ursula Renker, Berlin 1988<sup>9</sup>, S. 52.

<sup>3</sup> Vgl. K.-P. Becker, Pädagogische Rehabilitation als Bestandteil der komplexen Rehabilitation, in: K. Renker/U. Renker, ebd. S. 22.

**Tabelle 1: Träger und Plätze der Einrichtungen für schulbildungsunfähige Kinder und Jugendliche in den Bezirken der DDR (3–18 Jahre)**

Bezirk	Tagesstätten st./konf.*	Wohnheime st./konf.	Dauerheime st./konf.	Krankenhäuser st./konf.	staatliche Träger insgesamt/in Prozent
Berlin	750/198	0/ 0	293/ 83	166/0	1 209 81
Cottbus	397/ 10	30/309	30/ 0	0/0	457 59
Dresden	904/112	186/ 22	29/ 293	47/0	1 166 73
Erfurt	470/ 22	150/ 0	50/ 185	50/0	720 78
Frankfurt	190/ 24	105/ 32	87/ 412	38/0	420 47
Gera	354/ 0	39/ 0	44/ 175	62/0	499 74
Halle	900/ 33	149/ 0	211/ 230	190/0	1 450 85
K.-M.-Stadt	1 010/ 16	77/ 0	0/ 35	430/0	1 517 97
Leipzig	470/ 49	164/ 14	0/ 52	142/0	776 87
Magdeburg	586/ 24	230/ 30	37/ 321	149/0	1 002 73
Neubrandenburg	201/ 0	179/ 0	10/ 71	30/0	420 86
Potsdam	457/ 0	206/ 0	116/ 128	100/0	879 87
Rostock	182/ 25	112/ 0	172/ 0	110/0	576 96
Schwerin	116/ 0	234/ 0	0/ 203	125/0	475 70
Suhl	295/ 12	48/ 0	30/ 0	0/0	373 97
DDR	7 282/525	1 909/407	1 109/2 188	1 639/0	11 939 79

\* Träger gegliedert: st. = staatlich; konf. = konfessionell.  
Stand: 31. 12. 1989.

Quelle: Institut für Medizinische Statistik und Datenverarbeitung, Mitteilungen Soziale Betreuung 1989, H. 6, Berlin 1990, und eigene Berechnungen.

- Abteilungen bzw. Beratungsstellen in Kliniken, Sanatorien und Fachkrankenhäusern,
- Rehabilitationszentren für Berufsbildung für schwerstgeschädigte Jugendliche und Erwachsene,
- das logopädische Kindersanatorium Thalheim,
- Einrichtungen der geschützten Arbeit (geschützte Werkstätten, geschützte Abteilungen in Betrieben, geschützte Einzelarbeitsplätze).

Durch die administrative Trennung in schulbildungsfähige (zuständig: Institutionen der Volksbildung) und schulbildungsunfähige Geschädigte (zuständig: Institutionen des Gesundheits- und Sozialwesens) wurden administrative Ausgrenzungen vorgenommen, die in der Rehabilitationspädagogik – sowohl in der Fachliteratur als auch in der praktischen Arbeit – kontrovers beurteilt wurden. So weist auch Becker darauf hin, daß die schulbildungsunfähigen, förderungsfähigen Geschädigten *rehabilitationspädagogisch* zu fördern seien<sup>4</sup>. Die tabellarische Übersicht der Träger und Plätze der Einrichtungen für schulbildungsunfähige Kinder und Jugendliche (Tabelle 1) verdeutlicht das in den einzelnen Bezirken unterschiedliche Strukturbild der Einrichtungen.

4 Vgl. ebd., S. 31.

### 3. Berufliche Rehabilitation

Der beruflichen Rehabilitation waren drei Aufgaben gestellt:

- die Heranführung schwerst körperbehinderter Jugendlicher und Erwachsener, die weder eine Berufsausbildung noch eine Umschulung aufnehmen konnten, an eine produktive Tätigkeit durch Arbeitstherapie, geschützte Arbeit oder durch Arbeitserziehung im Rahmen eines rehabilitationspädagogischen Förderungsprogramms;
- die Berufsberatung und Berufsfindung für geschädigte Schulabgänger und die Sicherung eines Ausbildungsplatzes in einem Betrieb oder in einem Rehabilitationszentrum für Berufsbildung;
- die „Lenkung“ des Geschädigten in den Arbeitsprozeß – entsprechend der Art und dem Grad der Schädigung – auf einen Arbeitsplatz entweder ohne Sonderbedingungen im Arbeitsvertrag oder mit spezifischer Arbeitsplatzgestaltung auf einem geschützten Arbeitsplatz (Einzelarbeitsplatz oder geschützte Betriebsabteilung oder geschützte Werkstatt des Gesundheits- und Sozialwesens) oder auf einen Heimarbeitsplatz.

Rechtsgrundlage für die berufliche Eingliederung Geschädigter war das Arbeitsgesetzbuch der DDR vom 16. 6. 1977 (GBl. I Nr. 18 S. 185). Rehabilitanden erhielten einen besonderen arbeitsrechtlichen

**Tabelle 2: Arbeitsplätze in Einrichtungen der geschützten Arbeit in den Bezirken der DDR**

Bezirk	insgesamt	in geschützten Werkstätten		in geschützten Betriebsabteilungen		Einzelarbeitsplätze	
		Anzahl/in Prozent		Anzahl/in Prozent		Anzahl/in Prozent	
Berlin	2 286	814	36	316	14	1 156	51
Cottbus	2 470	502	20	283	11	1 685	68
Dresden	5 375	784	15	454	8	4 137	77
Erfurt	3 747	766	20	598	16	2 383	64
Frankfurt	1 862	212	11	197	11	1 453	78
Gera	2 035	372	18	237	12	1 426	70
Halle	5 543	645	12	1 064	19	3 834	69
K.-M.-Stadt	4 266	570	13	844	20	2 852	67
Leipzig	3 611	533	15	563	16	2 515	69
Magdeburg	3 569	609	17	537	15	2 423	68
Neubrandenburg	1 321	221	17	158	12	942	71
Potsdam	4 111	586	14	469	12	3 056	74
Rostock	1 366	180	13	173	13	1 013	74
Schwerin	1 661	369	22	189	11	1 103	67
Suhl	1 961	318	16	172	9	1 471	75
<b>DDR</b>	<b>45 184</b>	<b>7 481</b>	<b>17</b>	<b>6 254</b>	<b>14</b>	<b>31 449</b>	<b>69</b>

Stand: 31. 12. 1989.

Quelle: Institut für Medizinische Statistik und Datenverarbeitung, Mitteilungen Soziale Betreuung 1989, H. 6, Berlin 1990, und eigene Berechnungen.

Schutz. Sie wurden auf Vorschlag der Kreisrehabilitationskommission durch die Ämter für Arbeit in geschützte Arbeitsplätze eingegliedert. Die „Anordnung zur Sicherung des Rechts auf Arbeit für Rehabilitanden“ vom 26. 8. 1969 verpflichtete die Betriebe ausdrücklich, Arbeitsplätze für Geschädigte zu schaffen. Die Räte der Kreise und Bezirke konnten den Betrieben Auflagen zur Schaffung geschützter Arbeitsplätze erteilen, insbesondere zur Beschäftigung Schwerst- und Schwergeschädigter.

Die Verantwortung für die Gestaltung der geschützten Arbeitsplätze, der besonders festzulegenden Tätigkeitsmerkmale, der Arbeitszeitregelungen, der Regelungen für die Qualität der Arbeit, die Entlohnung und ggf. die erforderliche Betreuung hatten die Leiter der Betriebe zu übernehmen in enger Zusammenarbeit mit den Leitern des Betriebsgesundheitswesens und den Betriebsrehabilitationskommissionen.

Die geschützten Werkstätten wurden als Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens geführt. In diesen Einrichtungen sollte den Rehabilitanden, die nur unter der Betreuung von Mitarbeitern des Gesundheits- und Sozialwesens arbeiten konnten, das Recht auf Arbeit gesichert werden. Die geschützten Werkstätten hatten daneben die Aufgabe, den Rehabilitanden mit der

Zielsetzung einer Integration in das gesellschaftliche und berufliche Leben zu fördern.

Die Übersicht der Arbeitsplätze in den unterschiedlichen Einrichtungen der geschützten Arbeit verdeutlicht das in den einzelnen Bezirken unterschiedliche Strukturbild der Einrichtungen (Tab. 2).

#### 4. Soziale Rehabilitation

Die soziale Rehabilitation als Bestandteil der komplexen Rehabilitation umfaßte alle Maßnahmen, die neben der medizinischen, pädagogischen und beruflichen Rehabilitation die Ein- oder Wiedereingliederung der Geschädigten in die Gesellschaft fördern sollten. Zu den Aufgaben der sozialen Rehabilitation gehörten

- die Anerkennung und Einstufung der Geschädigten,
- die Erteilung von Beschädigtenausweisen entsprechend der „Anordnung über die Anerkennung als Beschädigte“ vom 10. Juni 1971 (die entsprechend folgender Stufen gestaffelt waren: Stufe I = Beschädigter, Stufe II = Schwerbeschädigter, Stufe III = Schwerstbeschädigter, Stufe IV = Schwerstbeschädigter, der eines ständigen Begleiters bedurfte),

- die Gewährung finanzieller Beihilfen, um rehabilitative Maßnahmen zu unterstützen, sowie Gewährung einmaliger Beihilfen für Arbeits- und Hilfsmittel,
- die Gewährung von Unfall-, Invaliden- oder Altersrenten nach der „Verordnung über die Gewährung und Berechnung von Renten der Sozialpflichtversicherung“. Personen, die wegen Invalidität keine Berufstätigkeit aufnehmen konnten, erhielten ab Vollendung des 18. Lebensjahres für die Dauer der Invalidität eine Invalidenrente in Höhe der Mindestrente. Sie wurde auch gezahlt, wenn eine berufliche Rehabilitation ständig oder vorübergehend nicht möglich war oder wenn die angebotene Möglichkeit einer beruflichen Rehabilitation genutzt wurde und der dabei erzielte Verdienst den monatlichen Mindestbruttolohn nicht überstieg (ebd. § 11),
- Sachleistungen der Sozialversicherung einschließlich der Bereitstellung von technischen Hilfen,
- die Unterstützung Schwerstgeschädigter bei der Bereitstellung geeigneter Wohnungen,
- die Schaffung von Wohnheimen für Geschädigte,
- Verhinderung und Beseitigung baulicher Barrieren für Geschädigte,
- Maßnahmen der rehabilitativen Ferien- bzw. Urlaubsgestaltung,
- Maßnahmen der Sicherstellung einer Tagesbetreuung für hilfsbedürftige Geschädigte.

In der neueren Rehabilitationsliteratur der DDR wurde nachdrücklich auf die Institution Familie für die „Formung einer Persönlichkeit“ hingewiesen. Dies gelte auch für geistig und körperlich Behinderte. Von der Art der Hilfe und der Förderung, die ein Behinderter in der Familie erfahre, werde auch die Art und Weise beeinflusst, in der die ihm verbliebenen und erhaltenen Fähigkeiten entfaltet und genutzt werden könnten<sup>5</sup>.

---

## II. Strukturen der Rehabilitation und ihre Rechtsgrundlagen

---

In der Verfassung der DDR hatte der Schutz der Gesundheit und der Arbeitskraft den Rang eines Grundrechts<sup>6</sup>. Die „einheitliche Durchsetzung von

<sup>5</sup> Vgl. Christa Seidel, Soziale Rehabilitation, in: K. Renker/U. Renker (Anm. 2), S. 218.

<sup>6</sup> Vgl. Verfassung der Deutschen Demokratischen Repu-

Maßnahmen zur Rehabilitation“ der physisch und psychisch Geschädigten wurde durch Ministerratsbeschuß dem Ministerium für Gesundheitswesen zugeordnet<sup>7</sup>. Das Ministerium für Gesundheitswesen hatte die Vorbereitung und Durchführung der Rehabilitationsmaßnahmen mit anderen zentralen Staatsorganen und gesellschaftlichen Organisationen zu koordinieren. Das Gesetz über die örtlichen Volksvertretungen regelte die Aufgaben und Pflichten des Bezirks- und des Kreistages und ihrer jeweiligen Organe.<sup>8</sup>

Der Bezirkstag und der Rat des Bezirks waren verantwortlich für die medizinische und soziale Betreuung der Bürger, und sie hatten dabei mit den gesellschaftlichen Organisationen zusammenzuarbeiten. Standen grundsätzliche Fragen zur Diskussion, wie z. B. Planungs- und Nutzungsfragen von medizinischen und sozialen Einrichtungen, konnte der Rat des Bezirkes über diese Fragen erst nach Abstimmung mit den zentralen Staatsorganen und den Räten der Kreise entscheiden (§ 37 Abs. 3).

Die Räte der Kreise hatten ihre Entscheidungen in Abstimmung mit den Räten der Gemeinden und Stadtkreise zu treffen sowie ein Zusammenwirken zwischen den medizinischen und sozialen Einrichtungen und den Betrieben und Genossenschaften zu gewährleisten (§ 55 Abs. 3).

Die schematische Darstellung der wichtigsten Organisationsstrukturen der Rehabilitation geschädigter Bürger auf der Staats-, Bezirks- und Kreisebene verdeutlicht die Verzahnung der verschiedenen Zuständigkeiten staatlicher, gesellschaftlicher und betrieblicher Aufgabenbereiche, die durch ein differenziertes System mitwirkender, beratender, fördernder und kontrollierender Kommissionsarbeit vernetzt wurden (s. Abbildung 1).

### 1. Administration

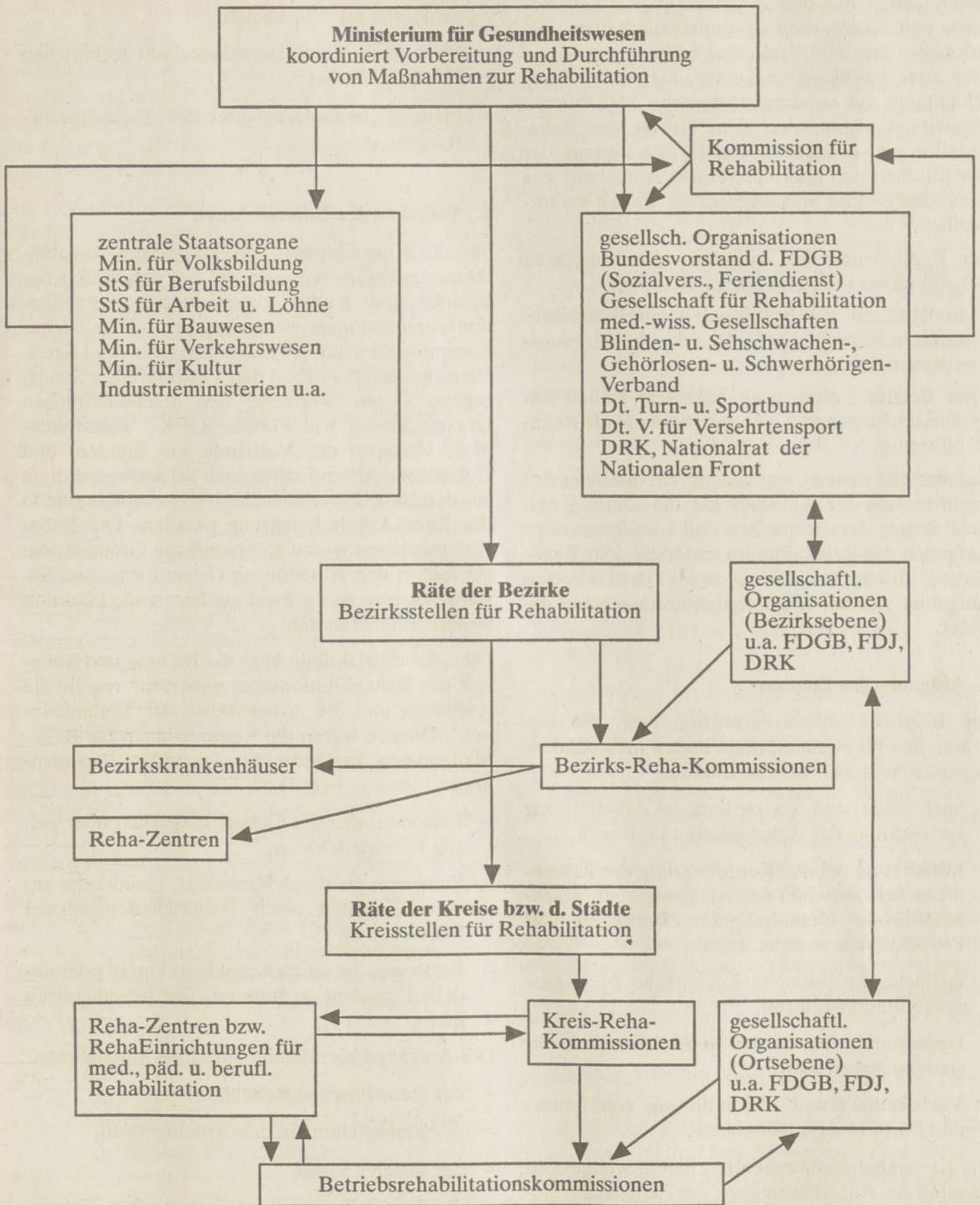
Die „Anordnung über die Aufgaben des Gesundheits- und Sozialwesens auf dem Gebiet der Rehabilitation geschädigter Bürger“ vom 9. Dezember 1986 (GBl. I, 1987, Nr. 2, S. 10) regelte die staatliche Leitung der Schwerbeschädigtenbetreuung und der Rehabilitation in den Bezirken und Kreisen. Die Räte der Bezirke und Kreise hatten die „Komplexität“ aller medizinischen, sozialen, pädagogischen, psychologischen, beruflichen und sonstigen notwendigen Maßnahmen für geschädigte

blik vom 5. April 1968 i. d. F. des Gesetzes zur Änderung und Ergänzung der Verfassung, GBl. I, Nr. 47, S. 432, hier: Art. 35.

<sup>7</sup> Vgl. Statut des Ministeriums für Gesundheitswesen vom 25. September 1975, GBl. I, Nr. 40 S. 673.

<sup>8</sup> Vgl. Gesetz über die örtlichen Volksvertretungen vom 4. Juli 1985, GBl. I, Nr. 18, S. 213.

**Abbildung 1: Schematische Darstellung der Organisationsstrukturen der Rehabilitation geschädigter Bürger im administrativen Bereich der Staats-, Bezirks- und Kreisebene und der diesen Ebenen zugeordneten Kommissionen\*)**



\*) Es werden nur die wesentlichen Verbindungslinien der Zueinanderordnung aufgezeigt.

Bürger zu gewährleisten. Die „spezifischen Aufgaben“ der Rehabilitation wurden den Abteilungen für Gesundheits- und Sozialwesen der Räte zugewiesen. Die Einrichtungen des Sonderschulwesens hatten „eng“ mit den Abteilungen für Gesundheits- und Sozialwesen zusammenzuarbeiten, insbesondere mit dem Ziel einer frühzeitigen Erfassung aller geschädigten Kinder, die infolge ihrer Schädigung auf sonderpädagogische Maßnahmen angewiesen waren. Auf dem Gebiet der Rehabilitation war der Bezirksarzt für die Leitung der „spezifischen und koordinierenden Aufgaben“ des Gesundheits- und Sozialwesens im Bezirk verantwortlich.

Zur Realisierung der Aufgaben der komplexen Rehabilitation waren im Bezirk zu bilden

- in Bezirken mit bezirksgeleiteten Rehabilitationseinrichtungen: ein Bezirksrehabilitationszentrum,
- in Bezirken ohne bezirksgeleitete Rehabilitationseinrichtungen: eine Bezirksstelle für Rehabilitation.

Auf der Kreisebene war analog der Stellung des Bezirksarztes der Kreisarzt für die Leitung und Realisierung der spezifischen und koordinierenden Aufgaben der Rehabilitation zuständig. Zur Realisierung dieser fachlich komplex strukturierten Aufgaben wurden Kreisrehabilitationszentren gebildet.

## 2. Aufgaben der Zentren

Die Bezirksrehabilitationszentren bzw. die Bezirksstellen für Rehabilitation hatten insbesondere folgende Aufgaben wahrzunehmen:

- analytische und konzeptionelle Arbeiten zur Entwicklung der Rehabilitation im Bezirk,
- Mitwirkung bei der Koordinierung der Zusammenarbeit zwischen den Staatsorganen, gesellschaftlichen Organisationen, Betrieben und Produktionsgenossenschaften,
- fachliche Anleitung und Kontrolle der Kreisrehabilitationszentren,
- Organisation der von den Kommissionen zu leistenden Arbeit sowie
- Vorbereitung und Durchführung von Leiter- und Fortbildungsmaßnahmen.

Die Kreisrehabilitationszentren hatten weitgehend – analog der Aufgabenstellung der Zentren auf Bezirksebene – diese Aufgaben auf der Kreisebene wahrzunehmen, darüber hinaus im Rahmen der Zusammenarbeit mit örtlichen Einrichtungen, Betrieben und gesellschaftlichen Organisationen insbesondere Maßnahmen der

- Früherfassung Geschädigter und Einleitung notwendiger Betreuungs- und Rehabilitationsmaßnahmen,
- Sicherung geeigneter Wohn- und Arbeitsmöglichkeiten für Geschädigte,
- Versorgung der Geschädigten mit technischen Hilfsmitteln und
- Planung behindertengerechter Freizeitgestaltungen.

## 3. Aufgaben der Kommissionen

Für die Koordinierung der komplexen Rehabilitationsmaßnahmen waren die bei den Räten der Bezirke und Kreise eingerichteten Rehabilitationskommissionen verantwortlich. Den Reha-Kommissionen auf der Staats-, Bezirks- und Kreisebene gehörten – neben den Vertretern der Staatsorgane – an: Vertreter der gesellschaftlichen Organisationen wie FDGB, DRK, Volkssolidarität, Vertreter der Verbände wie Blinden- und Gehörlosenverband, aber auch Schwerbeschädigte aus den Betrieben sowie Schwerbeschädigte, die in der Reha-Arbeit Erfahrung besaßen. Die Reha-Kommissionen waren ehrenamtliche Gremien, die gegenüber den Abteilungen Gesundheits- und Sozialwesen eine weitgehend nur beratende Funktion wahrzunehmen hatten.

Die „Arbeitsrichtlinie über die Bildung und Tätigkeit der Rehabilitationskommissionen“ regelte die Aufgaben und die Arbeitsweise der Kommissionen<sup>9</sup>. Danach waren die Kommissionen für Reha-Maßnahmen zuständig für folgenden Personenkreis:

- Personen, die seit Geburt körperlich oder geistig behindert waren,
- Personen, die durch Krankheit, Unfall oder andere Ursachen einen Dauerschaden erlitten hatten sowie
- Personen, die durch Krankheit, Unfall oder andere Ursachen an funktionellen Schädigungen litten.

Die Aufgaben betrafen im einzelnen Maßnahmen

- der medizinischen Rehabilitation,
- der Einbeziehung in den Arbeitsprozeß,
- der sozialen sowie
- der kulturellen und gesellschaftlichen Betreuung.

<sup>9</sup> Vgl. Arbeitsrichtlinie vom 5. April 1961 i. d. F. der Anweisung vom 19. Juni 1978, Verfügungen und Mitteilungen des Ministeriums für Gesundheitswesen, Nr. 6, S. 41.

Auf der Staatsebene waren für die Vorbereitung und Leitung der Kommissionssitzungen das Ministerium für Gesundheitswesen zuständig, auf der Bezirks- und Kreisebene die Abteilungen für Gesundheits- und Sozialwesen der jeweiligen Räte.

Eine Sonderstellung nahmen die Betriebsrehabilitationskommissionen ein: In der Anordnung über die Bildung und Tätigkeit von Rehabilitationskommissionen wurden die Zusammensetzung und die Aufgaben der Betriebsrehabilitationskommissionen eingehend geregelt<sup>10</sup>.

Der Kommission gehörten an – neben dem ökonomischen Leiter des Betriebs – der Leiter der Kaderabteilung, der Sicherheitsinspektor, der Vorsitzende des Rates für Sozialversicherung, der Betriebsarzt sowie zwei geschädigte Werktätige. Die Kommission hatte die Aufgaben,

- den Arbeitseinsatz von leistungsgeminderten Werktätigen „in jedem Einzelfall“ auf der Grundlage ärztlicher Stellungnahmen vorzubereiten,
- die Ämter für Arbeit bei der Lenkung der von der Kreisrehabilitationskommission bestätigten Rehabilitanden in den Arbeitsprozeß und ihren Einsatz auf geschützten Arbeitsplätzen zu unterstützen,
- die jährliche Analyse der Arbeitsbedingungen und der sozialen Situation der leistungsgeminderten Werktätigen vorzubereiten und
- Empfehlungen für eine gezielte Erweiterung der Rehabilitation im Betrieb auszuarbeiten.

Die Kommission hatte dabei als „kollektiv wirkendes beratendes Gremium des Betriebsleiters“ zu arbeiten. Die fachliche Anleitung der Betriebsrehabilitationskommissionen erfolgte durch die örtlich zuständige Kreisrehabilitationskommission.

Die schematische Darstellung der Organisation der komplexen Rehabilitation im Kreis verdeutlicht die Verzahnung der verschiedenen Zuständigkeiten und die Zueinanderordnung der verschiedenen Aufgabenfelder und Einrichtungen (s. Abbildung 2).

---

### III. Reforminitiativen der Regierung in der Wendephase

---

Am 13. November 1989 nahm die Regierung Modrow – nachdem am 7. November die Regierung der DDR geschlossen zurückgetreten war –

<sup>10</sup> Vgl. Anordnung vom 14. Juni 1978, GBl. I Nr. 18 S. 229.

die Arbeit in einer Phase heftigster parteiinterner Auseinandersetzungen auf: Auf der 10. Tagung des ZK der SED (9.11.) mußten einige kurz vorher gewählte Politbüro-Mitglieder von ihren Funktionen wieder entbunden werden. Vor dem Tagungsgebäude des ZK demonstrierte eine „aufsässige“ Parteibasis und verlangte einen Sonderparteitag; bereits abgereiste ZK-Mitglieder mußten zurückbeordert werden, um über die Einberufung eines Sonderparteitags zu beschließen, der für den 7./8. Dezember 1989 einberufen wurde.

Die krisenhafte Zuspitzung der Diskussion verdeutlicht ein Appell der SED-Kreisleitung der Humboldt-Universität mit der Forderung, „zum außerordentlichen Parteitag nur solche Delegierte zu wählen, die durch nachweisbare selbstkritische, aufrichtige Haltungen und Handlungen die Konsequenzen aus der Vergangenheit ziehen und mit Entschiedenheit für die Erneuerung des Sozialismus eintreten... Wählt Delegierte, die sich für die radikale Neuformierung unserer Partei von der Basis bis zum Generalsekretär verbürgen.“<sup>11</sup>

Die im folgenden dargestellten Initiativen des Ministerrats für die Eröffnung einer konzeptionellen Diskussion sind vor diesem Hintergrund der machtpolitischen Entwicklung zu sehen und zu werten.

#### 1. Reforminitiativen im Gesundheits- und Sozialwesen

Aufgrund eines Ministerratsbeschlusses vom 23. November 1989 hatte der Minister für Gesundheits- und Sozialwesen dem Ministerrat bis zum Februar 1990 eine „Konzeption über Maßnahmen zur Rehabilitation und Integration Behinderter“ vorzulegen. Die Vorbereitung sollte in Arbeitsgruppen mit den „für die Rehabilitation Verantwortlichen der Bezirke“ stattfinden. Die Arbeitsgruppe, die sich mit Fragen der Behindertenintegration befaßte, diskutierte in mehreren Sitzungen eingehend konzeptionelle Fragen einer Neuordnung der Zielvorstellungen. Die Ergebnisse wurden in einem Arbeitspapier zusammengefaßt und dem Ministerium zwecks Weiterleitung an den Vorsitzenden des Ministerrats vorgelegt.

Kritisch wurde vorgetragen, daß „bisher die Forderung nach Gestaltung einer Umwelt, die gleichermaßen den Bedürfnissen der Kinder, der Alten und der behinderten Menschen“ entspreche, „nicht erfüllt“ worden sei. Die „finanziellen, materiellen und personellen Aufwendungen für Betreuung, Rehabilitation und Pflege“ hätten in „den vergangenen Jahren in keiner Weise den Erfordernissen“ entsprochen. Kritisch wurde auch zu den

<sup>11</sup> Neues Deutschland vom 20. 11. 1989, S. 3.

**Abbildung 2: Schematische Darstellung der Organisation der komplexen Rehabilitation im Kreis**

**Rat des Kreises, Aufgaben:** Verantwortlichkeit im Zusammenwirken mit gesellschaftlichen Organisationen und gesellschaftlichen Kräften, – Entscheidungsbefugnis in Abstimmung mit den Räten der Städte und Gemeinden; Abteilung Gesundheits- und Sozialwesen (Kreisarzt); **Kreisrehabilitationsstelle**

**med. u. päd. Reha-Einrichtungen**

Kinderkrippen mit Sondergruppen für geschädigte Kleinkinder

Förderungseinrichtungen für schulbildungsunfähige förderungsfähige Kinder u. Jugendliche

Sonderschulen für Körperbehinderte, Hör-, Seh-, Sprachgeschädigte sowie schulbildungsunfähige Schwachsinnige

Gesundheitseinrichtungen mit  
– rehabilit. Behinderten  
– Dispensaire für geschädigte Kinder und Jugendliche

phys. schwerst- und psychisch schwergeschädigte Jugendliche u. Erwachsene

**berufl. Reha-Einrichtungen**

geschütztes Wohnheim

Geschützte Werkstatt des GSA

Geschützte Betriebsabteilung

geschützter Einzelarbeitsplatz

**Kreisrehabilitationskommission, Aufgaben:** beratende Funktionen; örtliche Staatsorgane konnten auch operative Aufgaben erteilen

**Kreisrehabilitationszentrum = Zusammenschluß der Reha-Einr. Aufgaben:**  
 – analytische, konzeptionelle  
 – koordinierende: örtliche Staatsorgane, gesellschaftl. Organisationen, Einrichtungen, Betriebe  
 – anleitende: Einrichtungen  
 – kooperierende: Verbände, Betriebs-Reha-Kommission  
 – organisierende: Reha-Kommission,  
 – fortbildende: Mitarbeiter  
 – unmittelbar beratende: gegenüber Geschädigten

Berufsausbild. in Reha-Zentren oder Abt. für berufliche Rehabilitation

Arbeitsplätze in Betrieben, Einrichtungen und Genossenschaften

physisch schwer geschädigte Jugendliche und Erwachsene

Berufsausbildung in Betrieben

Betriebsrehabilitationskommissionen

einzelnen Aufgabenbereichen der Rehabilitation Stellung genommen. So habe die „starre Zuordnung zu definierten Schädigungs- und Bildungskategorien in Verbindung mit einer unflexiblen Handhabung ohne Alternativen“ zu einer Benachteiligung von behinderten Kindern und Jugendlichen geführt und der „Forderung nach umfassender Bildung und Integration“ entgegengestanden. Das Gesetz über das einheitliche sozialistische Bildungssystem habe die „Separation der Sonderschulen von den allgemeinen Schulen, die Segregation der Behinderten und die Selektion der Kinder und Jugendlichen nach Leistung“ nicht beseitigt. Es seien „grundsätzlich neue Denkweisen und Entscheidungen erforderlich, um unter den sich verändernden gesellschaftlichen Bedingungen ethisch-moralische Prinzipien, soziale Sicherheit, Bildungs- und Arbeitsmöglichkeiten, geeigneten Wohnraum zu gewährleisten sowie die Voraussetzungen zu schaffen, damit die Würde behinderter Menschen gewahrt bleibt und sie mit einem hohen Grad an Selbstbestimmung gleichberechtigt in der Gesellschaft leben können“.

Zu den Strukturen wird jedoch nachdrücklich vorgebracht, daß die bestehenden Kreisrehabilitationszentren nicht aufgelöst werden sollten, weil sie sich in ihrer Arbeit auf die unmittelbare Betreuung und Unterstützung der behinderten Bürger und ihrer Familien im Wohngebiet konzentrierten und weil sie helfen könnten, die Maßnahmen verschiedener Leistungsträger zu koordinieren.

## **2. Reforminitiativen im Bildungsbereich**

Parallel zu den Initiativen des Gesundheits- und Sozialwesens berief der Minister für Bildung 14 zentrale Arbeitsgruppen zur Vorbereitung einer Bildungsreform, darunter die zentrale Arbeitsgruppe „Pädagogische Rehabilitation physisch-psychisch Geschädigter“. Um dem breiten Spektrum der gestellten Aufgabe zu entsprechen, bildete diese Arbeitsgruppe acht Sachgruppen mit den Schwerpunkten: Elternvertretung und Familienerziehung, Integration und Integrationsmodelle, Struktur des Bildungswesens für Geschädigte, Rehabilitationspädagogische Qualifizierung von Pädagogen Nichtgeschädigter, Berufliche Aus- und Weiterbildung Behinderter/Freizeitpädagogik, Technische Hilfsmittel/Unterrichtsmittel, Mehrfachgeschädigte, Allgemeinbildung Geschädigter.

Kritisch wurde u. a. vorgetragen, daß die Rehabilitationspädagogik durch eine „Überbetonung der Administrative“ und eine „zentralistische Ausrichtung der Inhaltsfragen“ sowie durch eine „Negierung einer Variantenvielfalt der inhaltlichen,

strukturellen und didaktisch-methodischen Arbeit“ bestimmt werde. Gefordert wurde, bei der Reform rehabilitationspädagogischer Ansätze die Leitlinien der allgemeinen Bildungsreform zu beachten: „eine Humanisierung und Demokratisierung der Bildung“, den „Grundsatz einer Gleichberechtigung“ sowie das „Grundrecht der freien Entfaltung der Individualität“.

---

## **IV. Umstellung des Rechts**

---

### **1. Gesellschaftlich-politische Bedingungs-lage**

Parallel zu der zunächst sehr engagiert und eigenständig geführten Reformdiskussion verlief die schrittweise Herstellung einheitlicher Lebensverhältnisse unter dem inzwischen nicht mehr beeinflussbaren Zeitdruck politischer, wirtschaftlicher und gesellschaftlicher Strukturveränderungen auf dem Gebiet der DDR. Auch für den Aufgabenbereich der Rehabilitation bedeutete dies Handlungsdruck: Es mußten unverzüglich leistungsfähige Verwaltungsstrukturen und leistungsfähige, bedarfsgerechte Rehabilitationseinrichtungen und -hilfen bereitgestellt werden. Die während der Wendezeit auf DDR-Seite initiierten Reformüberlegungen wurden damit relativiert und zunehmend überlagert – ab Juli 1990 durch neue Rechtsgrundlagen des Staatsvertrags und ab Oktober 1990 durch die Bestimmungen des Einigungsvertrags.

Für den Aufgabenbereich der Rehabilitation sind also politisch und rechtlich sehr unterschiedliche Reform- und Umstellungsprozesse zu unterscheiden, die zwar weitgehend parallel verliefen, jedoch mit grundverschiedenen Zielvorstellungen: Einerseits waren es die von DDR-Seite aufgrund der sich auflösenden Partei-, Staats-, Regierungs- und Verwaltungsstrukturen initiierten Reformdiskussionen, die insbesondere während der „Aufbruchphase“ von der Zielvorstellung geleitet wurden, im Interesse einer umfassenden Versorgung der Behinderten an den wesentlichen fachlichen Zielvorgaben der in der DDR geprägten Grundsätze festzuhalten, also das Eigenständige – soweit politisch erforderlich – zu reformieren, d. h., es den grundlegend veränderten politischen und marktwirtschaftlichen Perspektiven anzupassen. Andererseits waren es die von seiten der Bundesrepublik auf der Rechtsgrundlage des Einigungsvertrages zunehmend und auf mehreren Ebenen im Rahmen von Umstellungsaufgaben geleisteten Informations-, Beratungs- und Verwaltungstätigkeiten mit eindeutigen Zielvorgaben einer Transformation des Rechts und der Strukturen.

Im Rehabilitationsbereich verliefen beide Entwicklungen zwar weitgehend parallel, jedoch mit entgegengesetzter Tendenz:

– Die Arbeitsthemen und Arbeitsergebnisse der auf DDR-Seite geführten Reformdiskussion verloren mit der Umsetzung neuer Zielvorgaben im Rahmen der Transformation des Bundesrechts ihre Begründungen und damit auch das öffentliche Interesse.

– Die Umsetzung der aus der Bundesrepublik vorgebrachten neuen Zielvorgaben hatte aufgrund der zunehmend erkennbaren defizitären Versorgungslage bei den Einrichtungen und Diensten beschleunigt zu erfolgen, auch angesichts der zusätzlichen Belastungen durch eingeleitete Umstellungs- und Abwicklungsprozeduren.

## 2. Rechtsgrundlagen

Die Grundlagen für die Umstellung des Rechts wurden gelegt durch den Staatsvertrag über die Schaffung einer Währungs-, Wirtschafts- und Sozialunion sowie durch den Vertrag über die Herstellung der Einheit Deutschlands. Der erste Schritt zur Anpassung erfolgte im Juli 1990 durch den Staatsvertrag über die Schaffung einer Währungs-, Wirtschafts- und Sozialunion. Die auf der Grundlage dieses Staatsvertrags noch von der DDR erlassenen und am 1. Juli 1990 in Kraft getretenen Gesetze führten im Gebiet der DDR in wesentlichen Bereichen der Rehabilitation zur Einleitung von konzeptionellen und strukturellen Anpassungs- und Angleichungsprozessen:

– Das am 1. 7. 1990 von der DDR in Kraft gesetzte Arbeitsförderungsgesetz entsprach in seinen Regelungen der berufsfördernden Leistungen dem Rechtsstand und der Praxisentwicklung in der Bundesrepublik;

– das am 1. 7. 1990 von der DDR in Kraft gesetzte Schwerbehindertengesetz war in seinen wesentlichen Zielorientierungen deckungsgleich mit den Zielorientierungen des Schwerbehindertengesetzes der Bundesrepublik, es enthielt lediglich einige unwesentliche Abweichungen;

– das am 1. 7. 1990 von der DDR in Kraft gesetzte Sozialversicherungsgesetz sah ebenfalls die Gewährung von Leistungen der Rehabilitation durch die Unfall- und Rentenversicherung vor, wobei vorläufig die Leistungen durch die Krankenversicherung zu erbringen waren. Es handelte sich dabei um Leistungen der medizinischen Rehabilitation, während die berufsfördernden Leistungen 1990 durch die Arbeitsverwaltung zu erbringen waren.

Der zweite Schritt erfolgte im Oktober 1990 durch den Vertrag über die Herstellung der Einheit Deutschlands (Einigungsvertrag), der in den „beitretenden Ländern“ das Bundesrecht am 3. Okto-

ber 1990 in Kraft setzte, womit gleichzeitig das bisher geltende DDR-Recht weitgehend außer Kraft gesetzt wurde. Die Ausnahmen wurden auch für den Bereich der Rehabilitation Behinderter besonders geregelt (in Art. 30 und in Kap. VIII der Anl. 1 u. 2 des Einigungsvertrages). Durch „Übergangsvorschriften“ sollte eine „Übertragung des verästelten komplexen Regelwerks der sozialen Sicherung“ harmonisiert werden.

Für den Aufgabenbereich der Rehabilitation bedeutete dies nicht nur, daß Grundsatzbestimmungen des Sozialgesetzbuches (SGB) V (gesetzliche Krankenversicherung) und des SGB VI (gesetzliche Rentenversicherung) auch für die neuen Bundesländer – teilweise zeitversetzt – in Kraft traten, sondern auch, daß die nach §§ 5 u. 8 des Rehabilitationsangleichungsgesetzes geschlossenen „Gesamtvereinbarungen“ sowie die von den Reha-Trägern festgelegten Kostengrundsätze für die in den neuen Bundesländern tätigen Reha-Träger dem Grundsatz nach verbindlich wurden.

Parallel zu der Umstellung, Abwicklung und Neuschaffung der für die Umsetzung des Rechts erforderlichen Verwaltungsstrukturen im staatlichen und kommunalen Zuständigkeitsbereich erfolgte die Umstellung, Abwicklung und Neuschaffung von Rehabilitationseinrichtungen, so z. B. für die berufliche Eingliederung Behinderter.

## 3. Aufbau von neuen Einrichtungen – aufgezeigt am Beispiel der beruflichen Eingliederung Behinderter

Die Umstellung der neuen Bundesländer auf das Rehabilitations- und Behindertenrecht der Bundesrepublik erforderte neben einer Schaffung neuer administrativer Strukturen – wie dem Aufbau von Versorgungs- und Landesversorgungsämtern und der „Umbildung“ der Bezirksrehabilitationsstellen in Hauptfürsorgestellen bzw. Zweigstellen von Hauptfürsorgestellen – auch den Aufbau neuer Einrichtungen und die Umstrukturierung sowie die fachliche Ergänzung vorhandener Einrichtungen. So wurden in der Strukturplanung für die neuen Bundesländer vorgesehen

– für die Aufgabe der beruflichen Erstausbildung von Behinderten acht Berufsbildungswerke mit 1 800 Ausbildungsplätzen, und zwar mit den Standorten Greifswald, Potsdam, Stendal, Hettstedt, Gera und Dresden sowie einer Spezialeinrichtung für Blinde und Sehbehinderte in Chemnitz und eine Spezialeinrichtung für Hör- und Sprachgeschädigte in Leipzig. Diese Einrichtungen haben inzwischen ihre Arbeit aufgenommen;

– für die Aufgabe der beruflichen Umschulung behinderter Erwachsener sieben Berufsförderungs-

werke mit zunächst 2 500 Umschulungsplätzen, und zwar mit den Standorten Stralsund, Mühlenbeck, Staßfurt, Seelingstädt (Thüringen), Dresden und Leipzig sowie – als Spezialeinrichtung für Blinde und Sehbehinderte – Halle. Auch diese Einrichtungen haben inzwischen ihre Arbeit aufgenommen;

– für den Aufgabenbereich „Werkstatt für Behinderte“ gingen die Planungen in der ersten Umstellungsphase (Stand: 12. November 1991) von 30 000 Werkstattplätzen aus.

Nach einer Stellungnahme der Bundesregierung wurden inzwischen in den neuen Bundesländern 167 Werkstätten mit einer Kapazität von 22 785 Plätzen (vorläufig) anerkannt, und zwar in folgender Aufteilung nach Ländern:

Land	Werkstätten für Behinderte	Plätze	
		vorhanden	belegt
Mecklenburg-Vorpommern	21	3 133	2 613
Berlin (Ost)-Brandenburg	31	4 871	3 703
Sachsen-Anhalt	33	4 408	3 638
Thüringen	30	4 610	3 479
Sachsen	52	5 763	4 617
Gesamt	167	22 785	18 050

Der Aufbau eines Netzes von Werkstätten für Behinderte nach dem Vorbild der Einrichtungen in den alten Bundesländern ist nach Auffassung der Bundesregierung noch nicht abgeschlossen. Die Zuständigkeit für den weiteren Aufbau der Werkstätten und angeschlossener Wohnstätten liegt bei den Ländern. Die Planungsziele sehen vor, daß diese Anpassung während der nächsten zehn Jahre erreicht werden soll<sup>12</sup>.

## V. Perspektiven

### 1. Problementwicklungen während der Umstellungsphase

In den neuen Bundesländern werden die im Rehabilitationsbereich erforderlichen – in vielen Fällen fachlich komplex zu strukturierenden – Hilfen während der z. Z. noch nicht abgeschlossenen Umstellungsphase insbesondere durch drei Faktoren bestimmt:

a) durch eine noch nicht dem außerordentlich hohen Bedarf entsprechende Leistungsfähigkeit der Sozialadministration sowohl im behördlichen als auch im freien Bereich;

b) durch die noch nicht in allen Sozialbereichen konzeptionell klientel- und gemeinwesenorientierte Planung subsidiär und plural zu strukturierender Einrichtungen und Dienste;

c) durch den zahlenmäßig gerade im Behindertenbereich außerordentlich hohen Beratungs-, Regelungs- und Betreuungsbedarf aufgrund der bei vielen Behinderten eingetretenen beruflichen Desorganisation in Verbindung mit hoher Arbeitslosigkeit, nicht behindertengerechter und in vielen Fällen völlig unzulänglicher Wohnraumverhältnisse mit steigenden Mieten und einer sich aus der Summe dieser Faktoren entwickelnden Desorganisation der gesamten sozialen Lebensumstände der Behinderten.

Das Zusammentreffen der verschiedenen Faktoren führt nach den vorliegenden Berichten der örtlichen Sozialdienste in vielen Fällen zu der Kette: Arbeitslosigkeit, gerade den Behinderten belastende unzulängliche Wohn- bzw. Unterbringungsverhältnisse, in Verbindung damit Ehe- bzw. Partnerschaftsprobleme, in der Familie Vernachlässigung der Elternrolle sowie Zunahme der Fälle eines Abgleitens in Verschuldung, Sucht und beginnende Verwahrlosung.

### 2. Ansätze für eine Problemregelung

Zur Harmonisierung der weiteren Entwicklung sollten insbesondere drei Zielvorgaben besonders beachtet werden:

a) Die Kommunikation mit den Behinderten selbst und mit ihren Angehörigen ist wesentlich zu verbessern: Nicht nur die Behinderten, sondern auch ihre Angehörigen sind über die Veränderungen im Rechts- und Leistungsbereich umfassend zu unterrichten (Information über Rechte, Pflichten und Rechtsmittel); dazu gehören auch Informationen und Erklärungen über die durch den Umstellungsprozeß sich ergebenden neuen Zuständigkeiten und Verfahrensabläufe und zwar in einer Form, die von den Behinderten und ihren Angehörigen in den neuen Bundesländern verstanden wird.

b) Die Planung und Organisation der Beratungsstellen und -dienste sollten nach den örtlichen Bedarfssituationen ausgerichtet werden: Die Erreichbarkeit der Beratungsstellen – räumlich und zeitlich – ist sicherzustellen, und es ist eine Intensivierung und Differenzierung der Beratungsdienste anzustreben, und zwar entsprechend der tatsächlichen Bedarfslage. Dabei sind eigenständige, subsidiäre Strukturen zu initiieren und zu fördern entsprechend der in den neuen Bundesländern vorgegebenen gesellschaftlichen Situation.

c) Während der Umstellungsphase sind durch Förderung von Modellmaßnahmen Möglichkeiten zu schaffen, neue Erkenntnisse für bedarfsgerechtere Planungen zu gewinnen.

<sup>12</sup> Vgl. BT-Drs. 12/5498 vom 27. 7. 1993.

# Sozialpädagogische Einrichtungen und Dienste der Jugendhilfe in den neuen Bundesländern

## Veränderte Strukturen, Zielsetzungen und Aufgaben am Beispiel Sachsen

---

### I. Von den alten zu den neuen Fundamenten

---

#### 1. Zeit des Übergangs

„Die Gestaltung des Übergangs“ ist eines der beherrschenden Themen der Politik in den neuen Ländern seit ihrer Errichtung vor drei Jahren. Dabei geht es

- um den Übergang von einem zentralistisch gesteuerten Einheitsstaat in ein föderativ gegliedertes, die kommunale Selbstverwaltung garantierendes Staatswesen;
- um den Übergang vom Einparteiensystem mit Meinungsmonopol und verordneten Denk- und Sprachmustern hin zu Meinungsfreiheit, Meinungsvielfalt, Parteienvielfalt, Pluralität;
- um den Übergang von einer zentral dirigierte sozialistischen Kommandowirtschaft in eine freie und soziale Marktwirtschaft.

Die Reihe der Beispiele von Übergangssituationen ließe sich fortsetzen. Besonders im Bereich der Sozialpolitik spielt dieses „Sich-im-Übergang-Befinden“ eine beherrschende Rolle, denn es gilt, den Übergang für die Menschen verträglich zu gestalten.

Auch die Jugendhilfepolitik befindet sich in einem tiefgreifenden Übergang. Die Situation läßt sich am Bild eines Haus veranschaulichen, dessen alte Fundamente nicht mehr tragen. Deshalb muß das Haus zunächst abgestützt und dann mit neuen, tragfähigen Fundamenten ausgestattet werden.

#### 2. Oberste Erziehungsziele und erste Erziehungsträger in der DDR und in der Bundesrepublik

Die qualitativen Unterschiede zwischen dem alten und dem neuen Fundament sollen anhand eines Vergleichs grundlegender jugendpolitischer Bestimmungen aus dem Jugendgesetz der DDR<sup>1</sup> mit jenen aus dem Achten Buch des Sozialgesetzbuchs

(SGB VIII)<sup>2</sup> erläutert werden: Nach dem Jugendgesetz der DDR war es bei der Gestaltung der entwickelten sozialistischen Gesellschaft die vorrangige Aufgabe, „alle jungen Menschen zu Staatsbürgern zu erziehen, die den Ideen des Sozialismus treu ergeben sind, als Patrioten und Internationalisten denken und handeln, den Sozialismus stärken und gegen alle Feinde zuverlässig schützen. Die Jugend selbst trägt hohe Verantwortung für ihre Entwicklung zu sozialistischen Persönlichkeiten“ (§ 1, 1).

Nach diesem Verständnis diente Jugendpolitik vorrangig dem Zweck, die entwickelte sozialistische Gesellschaft zu gestalten und in diesem Kontext alle jungen Menschen zu Staatsbürgern zu erziehen, die dem Sozialismus treu ergeben sind. Demnach ging es vorrangig um die Weiterentwicklung des Sozialismus, nicht aber um die Förderung des einzelnen jungen Menschen.

Die DDR hatte nicht nur als oberstes Erziehungsziel die „sozialistische Persönlichkeit“ vorgegeben, sondern zugleich die Staatsmacht zum obersten Erziehungsträger bestimmt. Die Entwicklung der „sozialistischen Persönlichkeit“ war „Bestandteil der Staatspolitik... und der gesamten Tätigkeit der Staatsmacht“ (§ 2, 1). Der zweite Erziehungsträger war die Arbeiterklasse, für die es „Ehre und Pflicht“ war, „die heranwachsende Generation sozialistisch zu erziehen“ (§ 2, 2). Die Eltern wurden erst an dritter Stelle genannt. Sie trugen „gegenüber der Gesellschaft große Verantwortung für die sozialistische Erziehung ihrer Kinder, für ihre geistige, moralische, körperliche Entwicklung, für ihre Vorbereitung auf die Arbeit und das Leben im Sozialismus...“ (§ 2, 3). Dieser Sicht entsprach, daß die elterliche Erziehungspflicht und die sozialistische Grundrichtung der Erziehung vom staatlichen Auftrag abhängig waren. Das Elternrecht als Grundrecht hatte in diesem Verständnis keinen Platz<sup>3</sup>.

2 Vgl. Sozialgesetzbuch (SGB). Achstes Buch (VIII): Kinder- und Jugendhilfe. Gesetz zur Neuordnung des Kinder- und Jugendhilferechts (Kinder- und Jugendhilfegesetz - KJHG) vom 26. Juni 1990 (BGBl. I S. 1163).

3 Mit dem Problem des Übergangs vom Jugendhilferecht der DDR hin zu einer modernen Jugendhilfearbeit

1 Vgl. Gesetzblatt der Deutschen Demokratischen Republik, Teil I, Nr. 5, Berlin (Ost), 31. Januar 1974.

SGB VIII formuliert demgegenüber: „Jeder junge Mensch hat ein Recht auf Förderung seiner Entwicklung und auf Erziehung zu einer eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit“ (§ 1, 1). Im Mittelpunkt des SGB VIII steht damit der einzelne junge Mensch. Er hat das Recht auf umfassende Förderung und Entwicklung. Eine bestimmte Grundrichtung der Erziehung wird nicht vorgegeben, da dies weder Sache des Gesetzgebers noch des Staates ist. Vielmehr besteht die Aufgabe des Staates darin, ein der Menschenwürde und der Demokratie entsprechendes Menschenbild vorzuzeichnen. Innerhalb dieses Rahmens bestimmen der einzelne junge Mensch bzw. die Erziehungsberechtigten als seine Treuhänder die ihrer wertemäßigen oder weltanschaulichen Überzeugung entsprechende Grundrichtung der Erziehung und gestalten sie demgemäß aus.

Nach Artikel 6, 2 GG sind Pflege und Erziehung der Kinder das natürliche Recht der Eltern und die zuvörderst ihnen obliegende Pflicht. Jugendhilfe soll unter Beachtung dieses Grundsatzes subsidiär dazu beitragen, daß junge Menschen in ihrer Entwicklung und Erziehung gefördert werden und daß Eltern und andere Erziehungsberechtigte bei dieser Aufgabe die notwendige unterstützende Hilfe erhalten (§ 1, 3 SGB VIII). Für die Jugendhilfe in den neuen Bundesländern stellt diese grundlegend andere Sichtweise gerade in der Zeit des Übergangs ein beachtliches Problem dar. Die neuen und die neu auszurichtenden sozialpädagogischen Einrichtungen und Dienste müssen die damit verbundenen Schwierigkeiten in besonderer Weise beachten.

---

## II. Situation der Einrichtungen und Dienste für Kinder und Jugendliche zum Zeitpunkt der Wende im Herbst 1989

---

### 1. Struktur des Sozial- und Gesundheitswesens in der DDR

Das Sozial- und Gesundheitswesen der DDR befand sich ganz überwiegend in der Hand des Staates. Soziale Angebote waren größtenteils zentral gesteuert und wurden zentral aus der Staatskasse

---

in den neuen Bundesländern auf der Basis des SGB VIII hat sich u. a. Agathe Israel, Chefärztin der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Familientherapie des Fachkrankenhauses für Neurologie und Psychiatrie Berlin-Lichtenberg, in einem interessanten Vortrag „Kinder- und Jugendhilfe in den neuen Bundesländern – Voraussetzungen, Erfordernisse, Perspektiven“ auseinandergesetzt. Unveröffentlichtes Manuskript, o. J.

finanziert. Das galt grundsätzlich auch für die meisten Einrichtungen und Dienste in nichtstaatlicher Trägerschaft. Die DDR mit ihrer sozialistischen Staatsideologie gestand freien – also vom Staat in ihrer Aufgabenstellung und Zielsetzung unabhängigen – Kräften nur einen äußerst bescheidenen Spielraum zu. Es gehörte zum (überheblichen) Selbstverständnis der DDR, daß der Staat alles selbst perfekt zu regeln und zu organisieren habe.

### 2. Situation freier Träger in der DDR

Wohlvollende Duldung oder finanzielle Förderung konnten im SED-Staat jedenfalls solche Träger nicht erwarten, die auf einer gewissen Selbstständigkeit im Denken und Tun beharrten. Konfessionelle Träger hatten es schwer. Die Verbände der freien Wohlfahrtspflege konnten in der DDR vor der Wende nicht tätig werden. Diakonie und Caritas haben in einem beachtenswerten Rahmen ihren Dienst getan – aber nicht als freie Wohlfahrtsverbände, sondern lediglich als für Sozialarbeit zuständige Stellen der Kirchen. Die kirchlichen Einrichtungen, die im Erziehungs-, Sozial- oder Gesundheitsdienst tätig waren, wurden vorbildlich geführt und von der Bevölkerung bevorzugt angenommen<sup>4</sup>.

### 3. Kinderkrippen, Kindergärten und Schulhorte in der DDR

Um die sozialistische Erziehung der Kinder zu gewährleisten, legte die DDR-Führung großen Wert darauf, daß die Kinder vom frühestmöglichen Zeitpunkt an eine institutionalisierte ganztägige Erziehung erhielten. Diese Zielsetzung deckte sich mit einer anderen Grundidee der Politik der DDR, nämlich der, die Frauen und Mütter vollständig in den wirtschaftlichen Produktionsprozeß mit einzu beziehen. Auch mit mehreren Kindern sollten sie dort eingebunden bleiben. Schon aus praktischen Gründen mußte von daher die Erziehung der Kinder von klein auf in großem Umfang Institutionen übertragen werden. Für diese Aufgabe kamen staatliche und betriebliche Kindereinrichtungen in Frage, weil diese am ehesten die Gewähr für eine sozialistische Erziehung boten.

Die DDR sorgte für ein flächendeckendes Angebot an Kinderkrippen, Kindergärten und Schulhorten. Im Gebiet des heutigen Sachsen waren 1989 72 Prozent aller Kinder im Alter von einem und zwei Jahren in einer Kinderkrippe und 95 Prozent aller Kinder im Alter von drei Jahren bis zum Eintritt in die Schule in einem Kindergarten unter-

---

<sup>4</sup> Vgl. Hellmut Puschmann, Caritas im Bereich der DDR, in: caritas, 91 (1990), S. 160–168.

gebracht<sup>5</sup>. In den kirchlichen Kindereinrichtungen (Caritas und Diakonie) gab es 1988 insgesamt 500 Krippenplätze und über 20 000 Kindergarten- und Hortplätze<sup>6</sup>. Diese Einrichtungen leisteten einen höchst wirksamen Dienst sowohl unmittelbar an den ihnen anvertrauten Kindern als auch mittelbar an vielen Menschen in Kirche und Gesellschaft. Sie hielten das Bewußtsein wach, daß es auch andere Wertorientierungen in der Erziehung als die sozialistische geben kann. Die kirchlichen Kindereinrichtungen wurden lediglich aus übergeordneten politischen, aber keineswegs aus pädagogischen Gründen toleriert. Sie erhielten auch keine staatliche Förderung.

#### 4. Heimerziehung in der DDR

Heimerziehung in der DDR diente wie alle offiziellen Erziehungsmaßnahmen dazu, durch konsequente sozialistische Erziehung die „sozialistische Persönlichkeit“ heranzubilden<sup>7</sup>. Aus diesem Zusammenhang heraus ergab sich, daß Heimerziehung für diejenigen jungen Menschen in Frage kommen konnte – und nicht selten auch angeordnet wurde –, die sich einer sozialistischen Erziehung in Elternhaus und Schule widersetzen. Heimerziehung war in der DDR demnach nicht ausschließlich Ultima ratio für entwicklungs- und verhaltensgestörte junge Menschen auf dem Weg zu einer im Rahmen des Möglichen gesunden Persönlichkeitsentwicklung. Sie wurde vielmehr auch dazu mißbraucht, Kinder und Jugendliche massiv politisch-ideologisch zu indoktrinieren. In diesem Zusammenhang sind auch die Jugendwerkhöfe zu nennen, die besonders schwierige junge Menschen aufnahmen, bei denen „normale“ Heimerziehung nicht erfolgreich war<sup>8</sup>.

Jährlich wurden etwa 1 200 Kinder und Jugendliche in Heime der Jugendhilfe eingewiesen<sup>9</sup>. Im Jahre 1990 waren 23 000 Kinder und Jugendliche in diesen Einrichtungen untergebracht, davon 17 000 wegen Vernachlässigung. Die Einweisungspraxis in Heime sowie die Heimstruktur in der DDR wur-

den in einem Ministeriumsbericht aus dem Jahre 1990 als „stur, die Entwicklung beeinträchtigend“ bezeichnet. Geschwister wurden getrennt untergebracht, und die Elternnähe wurde nicht berücksichtigt. „Heime wurden unter vorrangig ökonomischer Sicht geführt, waren deshalb zu groß und beruhten zum Teil nur auf Anpassungs- und Disziplinerziehung.“ Etwa 70 Prozent der Kinder in Heimen stammten aus unvollständigen Familien; diese Kinder waren entweder unehelich geboren oder Scheidungswaisen.

#### 5. Sonstige Angebote für die Jugend

Alle Kinder- und Jugendfreizeitangebote – mit Ausnahme der Angebote der Kirchen – waren letztlich durch den zentralistisch geführten Staat gesteuert. Im Freizeitbereich gab es keine Angebotsvielfalt, sondern für die sechs- bis zehnjährigen Kinder die „Jungen Pioniere“, für die zehn- bis vierzehnjährigen Kinder die „Thälmann-Pioniere“ und für die über vierzehnjährigen jungen Menschen die „FDJ“. Innerhalb dieser Massenorganisationen gab es Freizeitangebote, die sich sowohl auf den schulischen als auch auf den außerschulischen Bereich bezogen. Fast jedes Kind und fast jeder Jugendliche durchlief auf diese Weise neben Schule und Berufsausbildung „ein paralleles Erziehungssystem“<sup>10</sup>. Die verschiedenen Freizeitangebote, wie „Feriengestaltung“ und „sozialistische Wehrerziehung“, gehörten ebenfalls dazu. Die organisatorische Erfassung der jungen Menschen in diesen Bereichen war zudem ein „Instrument politischer Kontrolle“<sup>11</sup>.

---

### III. Umbau der Jugendhilfe in Ostdeutschland nach der deutschen Vereinigung

---

#### 1. Orientierungsvakuum in der Zeit des gesellschaftlichen Umbruchs

Junge Menschen sind in ganz besonderer Weise von den enormen gesellschaftlichen Umbrüchen betroffen, die unser Land derzeit prägen. Jugendhilfe hat sich der wichtigen Aufgabe zu stellen, das weit verbreitete Orientierungsvakuum zu überwinden und positive Lebensperspektiven für junge Menschen zu entwickeln. Damit trägt Jugendhilfe

5 Puschmann nennt Arten und Anzahl der Einrichtungen und Dienste der Caritas und der Diakonie in der DDR aus dem Jahre 1988. Danach gab es u. a. 149 katholische Kindergärten und -horte mit 7 507 Plätzen und 276 evangelische Kindergärten und -horte mit 12 784 Plätzen. Zwei Kinderkrippen mit 42 Plätzen waren in katholischer und 17 Krippen mit 461 Plätzen in evangelischer Trägerschaft; vgl. ebd., S. 166.

6 Vgl. Statistisches Jahrbuch 1990 Sachsen, S. 39–49.

7 Aufschlußreich zum Thema Heimerziehung in der DDR: Hans-Ullrich Krause, Fremdunterbringung in der ehemaligen DDR, in: Jugendhilfe, 30 (1992), S. 24–27.

8 Vgl. Stichwort Jugendwerkhöfe, in: Bundesministerium für innerdeutsche Beziehungen (Hrsg.), DDR-Handbuch, Band 1, Köln 1985<sup>3</sup>, S. 693–694.

9 Vgl. A. Israel (Anm. 3). Die folgenden Ausführungen zur Heimerziehung sowie die Zitate sind dort entnommen.

10 Werner Weidenfeld/Hartmut Zimmermann (Hrsg.), Deutschland-Handbuch. Eine doppelte Bilanz 1949–1989. Schriftenreihe Band 275, Bundeszentrale für politische Bildung, Bonn 1989, S. 385.

11 Ebd.

auch entscheidend zur Erneuerung der Gesellschaft insgesamt bei. Kinder, Jugendliche, Eltern und Erzieher werden heute mit einer Vielfalt von Ideen, Wertvorstellungen, Erziehungszielen und -modellen konfrontiert. Damit eröffnen sich einerseits neue Lebensperspektiven; andererseits wächst die Gefahr, sich in der Fülle der Angebote zu verlieren, sich auf falsche und verführerische Angebote einzulassen und nach Enttäuschungen zu resignieren oder gar in Extremismus oder Radikalismus Zuflucht zu suchen. Notwendig ist es deshalb, Kinder, Jugendliche, Eltern und Erzieher zu befähigen, aus der Fülle der Angebote auszuwählen, sich in eigener Verantwortung für Werte und Ziele zu entscheiden und sich für diese zu engagieren.

Besonders junge Menschen empfinden, daß sich ihre Lebenssituation in kürzester Zeit völlig verändert hat. Ihnen ist vieles in ihrem Leben fremd geworden, die alten Werte sind nicht mehr gültig und neue noch nicht gefunden. Dieses Orientierungsvakuum ist nicht nur bei jungen Menschen feststellbar. Auch Erwachsene suchen nach verbindlichen Mustern. Eltern und Erzieher stellen die Frage nach den richtigen Erziehungswerten. In dieser Situation hat Jugendhilfe eine unersetzliche Bedeutung.

## 2. Veränderungen der Jugendhilfestrukturen durch Einführung des Sozialgesetzbuchs (SGB) VIII

Mit der deutschen Vereinigung am 3. Oktober 1990 trat das Kinder- und Jugendhilfegesetz (SGB VIII) im Beitrittsgebiet in Kraft<sup>12</sup> – bereits drei Monate früher als in der alten Bundesrepublik. Damit lag nun ein gesetzlicher Rahmen für den Aufbau einer modernen Jugendhilfe vor. Diese ist getragen von den Prinzipien Personalität, Solidarität, Subsidiarität und Selbstverwaltung. Auf dieser Grundlage konnten die gerade im Aufbau befindlichen neuen Bundesländer ihre Strukturen errichten, um die künftigen Aufgaben und Dienste im Bereich der Jugendhilfe sachgerecht im Interesse der Betroffenen erfüllen zu können<sup>13</sup>:

- Der Aufbau eines pluralen Leistungsangebots mußte begonnen werden. Dazu war es erforderlich, potentielle freie Träger anzusprechen und zur Übernahme von Verantwortung in der Jugendhilfe zu motivieren.

12 Für das Beitrittsgebiet galten jedoch einige Übergangsregelungen.

13 Vgl. Carsten Rummel, Zu den spezifischen Bedürfnissen für den Aufbau eines Jugendhilfesystems in den neuen Bundesländern, in: Jugendhilfe, 29 (1991), S. 2–13.

- Eine eigenständige öffentliche Jugendhilfe mußte errichtet werden.
- Es galt, den Prozeß einer partnerschaftlichen Zusammenarbeit zwischen der öffentlichen und der freien Jugendhilfe in Gang zu setzen und zu begleiten.
- Das Subsidiaritätsprinzip mußte in seiner Bedeutung für die Jugendhilfe schrittweise erlernt und angewendet werden.
- Der weite Bereich der Erziehungsverantwortung der Eltern mußte verstärkt in den Blick genommen werden. Eltern mußten und müssen erst damit vertraut gemacht werden, daß das Elternrecht ein Grundrecht ist und daß sie dementsprechend die Grundrichtung der Erziehung ihrer Kinder bestimmen. Eltern mußten und müssen ferner darüber informiert werden, daß sie Anspruch auf Unterstützung in allen Fragen der Erziehung durch die Jugendhilfe haben, sofern sie dies wünschen. Dem entspricht, daß die Eltern zwischen Einrichtungen und Diensten verschiedener Träger wählen können, sofern ein plurales Angebot vorhanden ist.
- Ferner war es notwendig, Landesausführungsgesetze zum SGB VIII zu erlassen.

Was in der alten Bundesrepublik in einer langen Tradition seit dem Reichsjugendwohlfahrtsgesetz von 1922 schrittweise gewachsen ist und 1990 zum Kinder- und Jugendhilfegesetz geführt hat, mußte in den neuen Bundesländern fast über Nacht angeeignet werden. Daß es bei diesen grundlegenden strukturellen Veränderungen viele Unsicherheiten gegeben hat und daß es sie teilweise immer noch gibt, ist ein typisches Merkmal einer einschneidenden und tiefgreifenden Umbauphase<sup>14</sup>.

## 3. Aufbauhilfen durch freie Verbände und durch den Bund

Die neuen Länder hätten unmöglich die notwendigen Jugendhilfestrukturen und vielfältigen sozialpädagogischen Einrichtungen und Dienste ohne die engagierte Hilfe zahlreicher bundeszentraler Verbände aufbauen können. Gerade die vielen freien Verbände, Gruppen und Initiativen haben wirksam dazu beigetragen – und tun es immer noch –, daß eine lebendige Jugendhilfe in den neuen Bundesländern aufgebaut werden kann. Ein besonderes Verdienst kommt dabei den Spitzenverbänden der freien Wohlfahrtspflege zu. Caritas und Diakonie hatten insofern einen Startvorteil,

14 Vgl. Joachim Merchel, Pluralität und Subsidiarität als Bestimmungselemente der sozialen Infrastruktur. Zur Bedeutung freier Träger für die Jugendhilfe, in: Jugendhilfe, 31 (1993), S. 98–108.

als sie auf gewachsenen kirchlichen Strukturen in der DDR aufbauen konnten<sup>15</sup>.

Die Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege haben sich – wie in den alten Bundesländern – auch in jedem neuen Bundesland zur Liga der freien Wohlfahrtspflege zusammengeschlossen. Neben diesen Verbänden haben zahlreiche Jugendorganisationen sich in den neuen Bundesländern niedergelassen, um die Arbeit der Jugendhilfe mitzugestalten. Bei diesem Aufbauprozess hat das Bundesministerium für Frauen und Jugend durch ein gezieltes Förderprogramm wirksame Hilfe geleistet und leistet sie immer noch<sup>16</sup>. Das Programm dient dem Zweck, freie Träger und Initiativen zu motivieren und zu unterstützen, ihre selbstgewählten Aufgaben im weiten Feld der Jugendhilfe zu beginnen bzw. unter nun rechtsstaatlichen Bedingungen verbessert weiterzuführen. Viele dieser neuen Gruppen und Initiativen hätten ohne entsprechende Förderhilfen kaum eine Chance, sich mit ihrem Angebot in den neuen Bundesländern zu etablieren. Die Fördermittel des Bundes dienen deshalb unmittelbar der Sicherstellung einer Angebotsvielfalt in der Jugendhilfe<sup>17</sup>.

---

## IV. Sozialpädagogische Einrichtungen und Dienste in Sachsen

---

Im Freistaat Sachsen ist die Zuständigkeit für den Kinder- und Jugendhilfebereich nach SGB VIII auf zwei oberste Landesjugendbehörden aufgeteilt. Für den Bereich Jugendarbeit (§ 11) und Jugendverbandsarbeit (§ 12) ist das Sächsische Staatsministerium für Kultus (SMK) verantwortlich, in allen übrigen Angelegenheiten das Sächsische Staatsministerium für Soziales, Gesundheit und Familie (SMS). Die vordringlichen Aufgaben beim Neubeginn der Kinder- und Jugendhilfe im Freistaat Sachsen waren und sind die folgenden:

15 Hinsichtlich der Entwicklung der caritativen Jugendhilfe in den neuen Ländern siehe Winfried Lütke-meier, Caritasverbände in Ostdeutschland. Behutsame Weiterentwicklung der Kinder- und Jugendhilfe, in: Jugendhilfe, 30 (1992), S. 302–308.

16 Gemeint ist das AFT-Programm, das Jugendpolitische Programm des Bundes zum Auf- und Ausbau von Trägern der freien Jugendhilfe in den neuen Bundesländern. Vgl. Was ist der Inhalt des AFT-Programms?, in: Jugendhilfe, 30 (1992), S. 231–232.

17 Zum Aufbau der Jugendhilfe in Ostdeutschland siehe auch: Jetzt Perspektiven und Strukturen für die Jugendhilfe in Ostdeutschland sichern – Sonderplan Neue Länder! – Stellungnahme der Arbeitsgemeinschaft Jugendhilfe (AGJ) zur dezentralen Förderung des Bundes im Bereich der Jugendhilfe. Verabschiedet vom Vorstand der AGJ am 15. Juni 1992 in Berlin, in: Jugendhilfe, 30 (1992), S. 290–293.

- Aufbau demokratischer Jugendhilfestrukturen mit kommunalen Jugendämtern und mit öffentlichen und freien Trägern der Jugendhilfe;
- Gewinnung, Ausbildung und Fortbildung geeigneter Mitarbeiter für Behörden und Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe;
- finanzielle Sicherung der notwendigen Einrichtungen und Dienste durch neue gesetzliche Grundlagen sowie durch staatliche und kommunale Förderung;
- inhaltliche Umgestaltung der Kinder- und Jugendhilfe in allen Bereichen entsprechend den Maßstäben und Grundwerten einer demokratisch verfaßten Gesellschaft und entsprechend der besonderen Situation des gesellschaftlichen Umbruchs im Freistaat Sachsen.

### 1. Jugendarbeit, Jugendsozialarbeit, erzieherischer Kinder- und Jugendschutz

SGB VIII bietet in den Bereichen Jugendarbeit, Jugendsozialarbeit und erzieherischer Kinder- und Jugendschutz vielfältige Möglichkeiten der Hilfeleistung an. Diese sind in den letzten drei Jahren seit der Wiedererrichtung des Freistaates Sachsen durch freie und öffentliche Träger in unterschiedlicher Weise auf- und ausgebaut worden. Vieles ist im Rahmen dieses Erneuerungsprozesses bereits geschehen; der Umbau ist aber noch nicht ganz abgeschlossen.

*Jugendarbeit* im Freistaat Sachsen wird als offene Jugendarbeit und als Jugendverbandsarbeit gefördert. Hierzu gehören vielfältige Angebote der Jugendbildung, Jugendbegegnungen und Jugendaustausch.

Der erste *Landesjugendplan* des Freistaates Sachsen ist im November 1992 vom Kabinett verabschiedet worden. Er nennt die jugendpolitischen Ziele der Staatsregierung und beschreibt Jugendarbeit und Jugendpolitik als wichtigen Ausschnitt der Kultur des Freistaates. Der Landesjugendplan geht vom Subsidiaritätsprinzip als einem Handlungsprinzip aus, das den einzelnen und die kleinen Lebenskreise stärkt. Er fördert die Eigeninitiative von Gruppen, Vereinen und Verbänden von und mit jungen Menschen und unterstützt vielfältige Leistungen und Maßnahmen, die dem Wohl der Kinder, Jugendlichen und Familien dienen.

*Jugendsozialarbeit* ist in Sachsen auf Jugendberufshilfe und auf gemeinwesenorientierte mobile Kinder- und Jugendsozialarbeit konzentriert. Maßnahmen der Jugendberufshilfe umfassen Jugendberatungs-, Ausbildungs- und Beschäftigungsangebote zum Ausgleich sozialer Benachteiligungen oder zur Überwindung individueller Beeinträchti-

gungen. Die inzwischen zwanzig Jugendberatungsstellen im Freistaat haben die Aufgabe, vielfältige Aktivitäten von verschiedenen Institutionen vor Ort zu koordinieren. Ihr Ziel ist es, die jungen Menschen in ihren Berufschancen zu fördern und ihnen dadurch Orientierungs- und Lebenshilfen zu vermitteln. Gemeinwesenorientierte mobile Kinder- und Jugendsozialarbeit hat die Aufgabe, durch gezielte regionale Projekte jene Kinder und Jugendlichen zu erreichen, zu denen die institutionelle Jugendhilfe kaum Zugang findet, für die aber eine offene sozialpädagogische Begleitung wichtig ist.

Die Sächsische Staatsregierung mißt dem erzieherischen *Kinder- und Jugendschutz* besondere Bedeutung bei. Aus diesem Grunde sind in Sachsen zwei interministerielle Arbeitsgruppen eingerichtet worden, um genauere Informationen über bestimmte Arten von Gefährdung zu erschließen und wirkungsvollere Möglichkeiten einsetzen zu können, ihnen entgegenzuwirken. Eine Arbeitsgruppe befaßt sich mit der Gefährdung durch Alkohol und Drogen, eine andere mit der Manipulation durch Sekten und Okkultismus-Bewegungen. Einen weiteren Schwerpunkt bildet die Arbeit gegen Gefährdungen durch Video- und Fernsehkonsum. Ein anderer Schwerpunkt zielt auf eine verantwortungsbewußte Aufklärung im Bereich der Sexualberatung, die die AIDS-Gefahr mit einbezieht. Das Sächsische Staatsministerium für Soziales, Gesundheit und Familie hat zum Jahr 1993 einen Schüler-Kalender zum Thema AIDS herausgegeben, um mit Hilfe dieses Mediums über die Infektionskrankheit AIDS zu informieren.

Kinder- und Jugendschutz hat sich in Sachsen inzwischen zu einem eigenständigen sozialpädagogischen Aufgabenfeld entwickelt. Aber der Kinder- und Jugendschutz kann nicht allein durch die Träger der Jugendhilfe wirksam werden, sondern bedarf „einer konzertierten Aktion von Staat, Gesellschaft, Verbänden, Kirchen, Gewerkschaften, Städten und Gemeinden... Erst wenn der einzelne Bürger den Schutzgedanken akzeptiert und fördert, kann er eine relevante Größe erreichen.“<sup>18</sup> Diesem Ziel dienen die Bemühungen der Sächsischen Staatsregierung.

## 2. Förderung von Kindern in Tageseinrichtungen und Tagespflege

Seit Errichtung der neuen Bundesländer im Herbst 1990 geht es im Bereich der *Tageseinrichtungen* für Kinder sowohl um eine strukturelle Neuordnung als auch um einen bedarfsgerechten Umbau des

Förderangebotes<sup>19</sup>. Zunächst wurden alle ehemals staatlichen Kindereinrichtungen in kommunale Trägerschaft überführt. Entsprechend den Vorgaben aus SGB VIII sind die Kommunen gehalten,

- ein bedarfsgerechtes Angebot sicherzustellen,
- Träger der freien Jugendhilfe zur Übernahme von Einrichtungen zu motivieren,
- die von den Eltern vorgegebene Grundrichtung der Erziehung zu beachten und
- dem Wunsch- und Wahlrecht der Eltern hinsichtlich des Angebotes so weit wie möglich zu entsprechen.

Tageseinrichtungen für Kinder sind heute sozialpädagogisch orientiert und erfüllen einen familienergänzenden und familienunterstützenden Bildungs-, Erziehungs- und Betreuungsauftrag. Ein bedarfsgerechtes Angebot sicherzustellen ist heute Pflichtaufgabe der öffentlichen Jugendhilfe auf kommunaler Ebene. Die notwendigen landesrechtlichen Regelungen in Sachsen sind für Krippe und Kindergarten bereits seit 1991 durch das Sächsische Gesetz über Tageseinrichtungen für Kinder gegeben. Vor dem Hintergrund des traditionell sehr hohen Versorgungsgrades im Kindergartenbereich hat Sachsen als erstes Bundesland einen Rechtsanspruch auf einen Kindergartenplatz gesetzlich festgeschrieben. Für den Krippen- und Hortbereich gilt die Vorhaltepflcht der kommunalen Jugendhilfe.

Die konzeptionelle Umgestaltung des Förderangebotes zielt darauf ab, eine plurale Trägerstruktur zu erreichen, auf der von den Eltern bestimmten Grundrichtung der Erziehung aufzubauen, familienbegleitende Hilfen einzubeziehen, die Erziehungsberechtigten zur aktiven Zusammenarbeit mit der Tageseinrichtung zu ermutigen und situationsorientiertes Arbeiten<sup>20</sup> in der altersgemischten Kindergruppe zu verwirklichen. Der Aufbau einer wirklich pluralen Trägerstruktur in den Tageseinrichtungen für Kinder bereitet in Sachsen noch einige Schwierigkeiten. Mehr Pluralität ist hier fast ausschließlich dadurch zu erreichen, daß die kommunale Jugendhilfe geeignete Träger findet, die zur Übernahme vorhandener kommunaler Ein-

19 Vgl. Bund-Länder-Kommission für Bildungsplanung und Forschungsförderung, Entwicklungen und vordringliche Maßnahme in den Tageseinrichtungen für Kinder/Elementarbereich in den neuen Ländern. Materialien zur Bildungsplanung und zur Forschungsförderung, Heft 30, Bonn 1993.

20 Grundlegend zum situationsorientierten Arbeiten: Jürgen Zimmer, Der Situationsansatz als Bezugsrahmen der Kindergartenreform, in: Enzyklopädie Erziehungswissenschaft, Bd. 6, Stuttgart 1985, S. 21-38.

18 Wolfgang Gernert, Jugendschutz als sozialpädagogische Aufgabe, in: Jugendhilfe, 29 (1991), S. 312.

richtungen bereit sind. Daß es in diesem Bereich große Umstellungsprobleme gegeben hat und teilweise bis heute gibt, liegt nahe. So war es nur schrittweise möglich, die Jugendämter und Kinder- einrichtungen mit Fachpersonal so zu besetzen, daß entsprechend den Vorgaben aus SGB VIII auch tatsächlich im Sinne moderner Jugendhilfe gearbeitet werden kann. Für das Fachpersonal in den Tageseinrichtungen wurden und werden immer noch von verschiedenen Trägern 100- bzw. 200-Stunden-Nachqualifizierungskurse angeboten.

*Tagespflege* kann in bestimmten Fällen als Alternative zur Tageseinrichtung, insbesondere in den frühen Lebensjahren, angesehen werden. Pädagogisch wird sich in Zukunft zu erweisen haben, ob durch die Tagespflege im Vergleich zur Krippen- erziehung eine größere Familiennähe gewährleistet werden kann. Insbesondere im ländlichen Raum scheint sich die Tagespflege sich als zusätzliches Betreuungsangebot einen Platz zu sichern. Die berechtigte Frage nach der fachlichen und menschlichen Qualifikation der Tagespflegepersonen muß durch eine solide Ausbildung bzw. Vorbereitung als Hinführung auf diesen Dienst in absehbarer Zukunft verantwortlich gelöst werden.

### 3. Hilfe zur Erziehung

In den neuen Bundesländern gehören die Hilfen zur Erziehung bis auf die Heimerziehung erst ab 1. Januar 1995 zu den kommunalen Aufgaben<sup>21</sup>. Bis dahin können Mittel der Arbeitsverwaltung dazu genutzt werden, mit Hilfe von Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen (ABM) diese in der DDR nicht bekannten Dienste aufzubauen<sup>22</sup>.

#### a) Erziehungsberatung

Die Erziehungsberatung konnte inzwischen so weit aufgebaut werden, daß im Freistaat Sachsen heute 59 Erziehungsberatungsstellen, davon 29 in freier Trägerschaft, tätig sind. Darin eingeschlossen sind jene Beratungsstellen, die neben anderen Aufgaben auch Erziehungsberatung durchführen. Rein rechnerisch ist damit – bei einem Versorgungsschlüssel von 1:100 000 – ein flächendeckendes Netz zur Erziehungsberatung aufgebaut. Die Erziehungsberatungsstellen sind meist mit zwei Mit-

arbeitern besetzt, die bis heute teilweise über ABM finanziert werden. Wünschenswert wäre, wenn eine Erziehungsberatungsstelle mit einem Psychologen, einem Sozialpädagogen und einer Verwaltungskraft besetzt werden könnte. Vor allem wegen mancher Finanzierungsprobleme kann dies aber bislang noch nicht in allen Stellen verwirklicht werden. Inzwischen hat sich eine Landes- arbeitsgemeinschaft Erziehungsberatung gebildet, die dem fachlichen und inhaltlichen Austausch dient und Perspektiven für die Zukunft der Erziehungsberatung entwickelt.

#### b) Sozialpädagogische Familienhilfe

Die sozialpädagogische Familienhilfe (SPFH) ist nicht nur in Ostdeutschland, sondern auch in den alten Bundesländern eine relativ junge Form der erzieherischen Hilfeleistung. Sie soll durch intensive Betreuung und Begleitung Familien in ihren Erziehungsaufgaben sowie bei der Bewältigung von Alltagsproblemen, Konflikten und Krisen Hilfe zur Selbsthilfe geben. Sie ist auf längere Dauer angelegt und geht von der Mitarbeit der Familienmitglieder aus. Sozialpädagogische Familienhilfe dient vor allem dazu, durch die kontinuierliche Begleitung einer sozialpädagogischen Fachkraft Kinder möglichst in ihrer gefährdeten Familie zu belassen und ihnen zu helfen, die Krise zu überwinden<sup>23</sup>. Im Freistaat ist die sozialpädagogische Familienhilfe inzwischen in fast allen kreisfreien Städten und Landkreisen aufgebaut. Etwa 85 Prozent dieser Dienste sind in der Verantwortung freier Träger. Ungefähr 200 Helfer betreuen heute 1 500 Kinder und Jugendliche. Sozialpädagogische Familienhilfe wird bislang zumeist über ABM oder § 249h des Arbeitsförderungsgesetzes (AFG) finanziert.

#### c) Erziehung in einer Tagesgruppe

Hilfe zur Erziehung in einer Tagesgruppe soll die Entwicklung des jungen Menschen durch soziales Lernen in der Gruppe, durch Begleitung der schulischen Förderung und durch Elternarbeit unterstützen. Mit dieser Hilfe soll versucht werden, den Verbleib des Kindes in seiner Familie zu sichern. Diese Betreuungsform ist in Sachsen bislang wenig verbreitet. Besonders in sozialen Brennpunkten scheint sich aber ein Bedarf an Tagesgruppen ab-

21 Abweichend von Artikel 10, 2 SGB VIII ist in den neuen Bundesländern bis zum 31. 12. 1994 Artikel 1 § 27, 2 SGB VIII mit folgender Maßgabe anzuwenden: „Wenn und soweit die in §§ 28 bis 33 und 35 genannten Hilfearten nicht bedarfsgerecht zur Verfügung stehen, sollen sie vorrangig Kindern und Jugendlichen geleistet werden, denen sonst Hilfe zur Erziehung nach § 34 gewährt werden müßte.“

22 Vgl. Joachim Rößler, Zur Gestaltung der Hilfen zur Erziehung nach KJHG in den neuen Bundesländern, in: Jugendhilfe, 29 (1991), S. 198–205.

23 Zur aktuellen Diskussion siehe auch Gerhard Samuel Jaeger, Sozialpädagogische Familienhilfe, Modelle – Perspektiven, in: Jugendhilfe, 30 (1992), S. 364–367; zur Entwicklung der SPFH: Pressemitteilung des Statistischen Bundesamtes, Nr. 382/93 vom 14. 10. 1991. In dieser Mitteilung wird darauf hingewiesen, daß Sozialpädagogische Familienhilfe offiziell erst seit 1991 angeboten wird und daß im Laufe dieses ersten Jahres bereits 9 100 Familien bundesweit diese Hilfeform in Anspruch genommen haben.

zuzeichnen. Derzeit wird der Aufbau von zwanzig Tagesgruppen im Freistaat geplant. Trotz einiger Aufbauschwierigkeiten erscheint diese teilstationäre Hilfeform aber doch aufgrund ihrer kompensatorischen Funktion geeignet, stationäre Fremdunterbringungen teilweise zu vermeiden, so daß junge Menschen in ihrer Familie belassen werden können.

d) *Heimerziehung, sonstige betreute Wohnformen und intensive sozialpädagogische Einzelbetreuung*

Die Heimerziehung erfährt in Sachsen eine beachtliche Umstrukturierung. Zur Zeit gibt es 164 Kinder- und Jugendheime mit insgesamt 4 700 Plätzen. Davon befinden sich 83 in kommunaler, 54 in freier und neun in Landsträgerschaft. Seit der Wende ist die Anzahl der Heime um 16 und die Anzahl der Heimplätze um etwa 1 000 zurückgegangen. Wie alle Erziehungshilfen dient Heimerziehung nach SGB VIII dazu, dem einzelnen jungen Menschen zu einer eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit zu verhelfen.

Um dieses Ziel zu verwirklichen, müssen die Heime vielfältige gezielte Förderangebote bereitstellen. Diese können aber in der herkömmlichen Form der Heimerziehung nur bedingt angeboten werden. Deshalb müssen zunehmend Hilfsangebote bereitgestellt werden, die die Verschiedenheit jugendlicher Auffälligkeiten berücksichtigen.

Die Möglichkeit, in Außenwohngruppen, in kleineren Gruppen innerhalb des Heimbereiches und in Wohngemeinschaften im sozialen Umfeld zu leben, wird in jüngerer Zeit verstärkt angeboten<sup>24</sup>. Besonders für ältere Jugendliche kann dieses betreute Wohnen eine geeignete Maßnahme sein, außerhalb des Heimbereichs größere Eigenverantwortung entwickeln zu lernen.

Die eingehende sozialpädagogische Einzelbetreuung gilt jungen Menschen, die zu ihrer sozialen Integration und zum Aufbau einer eigenverantwortlichen Lebensführung einer besonders intensiven Begleitung bedürfen. Diese Hilfeform ist in Sachsen noch wenig entdeckt und wird bislang kaum angeboten<sup>25</sup>.

24 Vgl. Erich Kiehn, Sozialpädagogisch betreutes Jugendwohnen, in: Jugendhilfe, 29 (1991), S. 50–59.

25 Zur Diskussion siehe Ulrich Gintzel, Sozialpädagogische Einzelbetreuung – Möglichkeiten und Chancen einer Betreuungsform, in: Jugendhilfe, 31 (1991), S. 8–18.

---

## V. Sozialpädagogische Ausbildungsgänge

---

Pädagogische Ausbildungsberufe waren in der DDR separat für die Kindereinrichtungen Krippe, Kindergarten, Hort und Heim sowie in differenzierter Weise für den Schulbereich vorgesehen. Begriff und Inhalt eines sozialpädagogischen Aufgabenspektrums gab es nicht. Von daher konnte es auch keine entsprechenden Ausbildungsgänge geben. Allerdings wurden Fürsorger für Tätigkeiten im Gefährdetenbereich ausgebildet.

Zur Neuordnung der Jugendhilfe in den neuen Bundesländern ist eine den Erfordernissen aus SGB VIII angemessene Professionalisierung des Fachpersonals unerlässlich. Zur Nachqualifizierung des vorhandenen Personals wurden und werden verschiedene gezielte Fortbildungsangebote unterbreitet. Mit dem Ziel einer dauerhaften Gewährleistung des notwendigen Fachpersonals haben die neuen Bundesländer aber inzwischen Ausbildungsgänge auf Fachschulebene, auf Fachhochschulebene und auf der Ebene der wissenschaftlichen Hochschulen eingerichtet.

Während in der DDR für den Bereich der Kindereinrichtungen nach Einrichtungsarten separierte Ausbildungen angeboten worden waren – nämlich als Krippenerzieher/in, Kindergärtner/in, Hortner/in und Heimerzieher/in –, gibt es heute an den *Fachschulen für Sozialpädagogik* eine Breitenausbildung zur *staatlich anerkannten Erzieherin* bzw. zum *staatlich anerkannten Erzieher*. Mit diesem Berufsabschluß sind die Absolventen befähigt, als pädagogische Fachkräfte in allen Tageseinrichtungen für Kinder und im Heimbereich zu arbeiten.

In Sachsen gibt es heute acht Fachschulen für Sozialpädagogik, von denen sich eine in evangelischer Trägerschaft befindet. 1993 haben etwa 1 200 Fachschüler/innen die zweijährige, überwiegend schulbezogene Ausbildungsphase beendet und das einjährige Berufspraktikum begonnen. In den nächsten zwei Jahren werden pro Jahr etwa 400 Personen ausgebildet. Dieser drastische Rückgang an Bewerbern für den Erzieherberuf ist darauf zurückzuführen, daß in absehbarer Zeit wegen des Rückgangs der Kinderzahlen in den Kindertageseinrichtungen und im Heimbereich kaum zusätzlicher Bedarf an pädagogischen Fachkräften zu erwarten ist.

Mit der Gründung von *Fachhochschulen* in den neuen Bundesländern sind auch *Fachbereiche für Sozialwesen* mit der Möglichkeit des Studiums der Sozialarbeit/Sozialpädagogik errichtet worden. In

Sachsen bieten heute drei Fachhochschulen, zwei in staatlicher und eine in evangelischer Trägerschaft, das Studium zum Diplom-Sozialpädagogen/zur Diplom-Sozialpädagogin (FH) an.

Sozialpädagogisch orientierte *erziehungswissenschaftliche Hochschulstudiengänge* gibt es an den Technischen Universitäten in Dresden und Chemnitz und an der Universität in Leipzig. Während Leipzig ein erziehungswissenschaftliches Magister-Studium anbietet, gibt es in Chemnitz und Dres-

den die Möglichkeit zu einem entsprechenden Diplomstudium.

Die verschiedenen sozialpädagogisch orientierten Ausbildungen in Fachschulen, Fachhochschulen und Universitäten dienen dazu, für ein differenziertes Leistungsangebot in der Jugendhilfe die wünschenswerte Professionalisierung zu gewährleisten und die erforderlichen Fachkräfte langfristig zur Verfügung stellen zu können.

## **Detlef Landua/Roland Habich: Problemgruppen der Sozialpolitik im vereinten Deutschland**

Aus Politik und Zeitgeschichte, B 3/94, S. 3–14

In diesem Beitrag werden anhand der Umfragedaten der Wohlfahrtssurveys 1988 bis 1993 Basisinformationen über das Niveau und über die Entwicklung objektiver und subjektiver Problemlagen in Deutschland seit der Wiedervereinigung präsentiert. Dabei steht auch die Frage im Vordergrund, ob im ostdeutschen Transformationsprozeß breite Bevölkerungsgruppen in ihren Lebensbedingungen beeinträchtigt waren beziehungsweise sind oder ob sozial Benachteiligte noch weiter marginalisiert wurden.

Es zeigt sich, daß die Größenordnung der Problemlagen in einzelnen Lebensbereichen sowie zwischen Ost- und Westdeutschland zum Teil beträchtlich variiert. Als gravierend erweisen sich jedoch vor allem die Unterschiede der Betroffenheit bei einzelnen Bevölkerungsgruppen. Unter anderem wird dabei auf die soziale Lage von Alleinerziehenden, Arbeitslosen und älteren Menschen sowie auf deren Entwicklung bis 1993 eingegangen. Wie die Menschen in Ost und West die Leistungen der Sozialpolitik bewerten und wie sich diese Bewertungen im Rahmen der deutschen Einheit verändert haben, ist ein weiterer Gegenstand der Untersuchung. Die Gefahr einer wachsenden sozialen Marginalisierung größerer Bevölkerungsteile durch die zunehmende Kumulation einzelner Problemlagen zeichnet sich in West- und Ostdeutschland bis heute nicht ab. Für die meisten Problemgruppen ist bis 1993 ein Rückgang an Problemkumulationen zu erkennen. Dennoch wird die subjektive Wohlfahrt der Betroffenen durch die Benachteiligung in einzelnen Lebensbereichen erheblich eingeschränkt.

## **Regine Hildebrandt: Die Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens in der DDR und in den neuen Bundesländern**

Aus Politik und Zeitgeschichte, B 3/94, S. 15–25

Die Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens der DDR litten unter chronischer Unterfinanzierung; nur sechs Prozent des Staatshaushalts wurden für sie verwendet. Die Folgen waren eine in weiten Teilen heruntergekommene Bausubstanz sowie schlechte medizinische Ausstattungen. Wenn die Einrichtungen dennoch ein hohes Ansehen in der Bevölkerung hatten, war dies allein auf das Engagement und die hohe Qualifikation ihrer Mitarbeiter zurückzuführen. Die Gesundheits- und Sozialpolitik in den neuen Ländern hatte daher ein widersprüchliches Erbe anzutreten: Einerseits war ein hoher investiver Nachholbedarf zu befriedigen; andererseits galt es, unter Berücksichtigung der gegebenen Verhältnisse die Einrichtungen an das Sozialleistungssystem der Bundesrepublik Deutschland anzupassen. Die dabei auftauchenden Probleme werden anhand von vier Versorgungsbereichen dargestellt:

- Die *Altenheime* bedurften einer dringenden baulichen Sanierung. Auch mußten die Arbeitsbedingungen der Pflegeberufe verbessert werden, um Abwanderungen von Arbeitskräften zu verhindern.
- Die *Kindertagesstätten* stehen vor einem doppelten Problem: Zum einen litten auch sie unter baulichen Mängeln. Zum zweiten müssen die Kapazitäten an eine veränderte Inanspruchnahme angepaßt werden. Die äußerst starken Geburtenrückgänge in den vergangenen zwei Jahren sowie die hohe Arbeitslosigkeit haben zu Überkapazitäten geführt.
- Die von den *Polikliniken* getragene ambulante medizinische Versorgung wurde in ein System niedergelassener Kassenärzte umgewandelt, wobei vor allem in Brandenburg der Versuch unternommen wurde, einzelne Polikliniken in Gesundheitszentren umzubauen und in die kassenärztliche Versorgung zu integrieren. Dies geschah mit der Überlegung, daß kooperative Arbeitsformen in der medizinischen Versorgung angesichts des sich verstärkenden wirtschaftlichen Drucks wie auch hinsichtlich einer reibungsloseren Betreuung von Patienten eine größere Bedeutung in der Zukunft haben werden. Insofern können die zu Gesundheitszentren umgebauten Polikliniken ein Modell für die Zukunft in der ambulanten medizinischen Versorgung sein.
- Bei den *Krankenhäusern* gab es in der Umbauphase weniger organisatorische als finanzielle Probleme. Die Struktur der stationären Versorgung in der DDR ähnelte in weiten Teilen dem System in der Bundesrepublik Deutschland – sieht man von den unterschiedlichen Eigentumsformen ab. Hauptproblem ist hier die Sanierung eines überalterten Gebäudebestandes sowie die Anpassung der Ausstattung an das westdeutsche Niveau. Hierzu wird für die kommenden zehn Jahre ein umfangreiches Investitionsprogramm aufgelegt, das gemeinsam vom Bund, den neuen Ländern und den Krankenkassen finanziert wird.

## **Rudolf Kraus: Strukturen und Einrichtungen der Rehabilitation in der DDR und in den neuen Bundesländern**

Aus Politik und Zeitgeschichte, B 3/94, S. 26–37

Soweit in den neuen Bundesländern der den Maßnahmen der Rehabilitation dienende Auf- und Ausbau der Förderungs-, Beratungs- und Unterbringungseinrichtungen und -dienste westliche Standards erreicht, hat sich die Lebenssituation und Lebensperspektive der diese Einrichtungen in Anspruch nehmenden Behinderten gegenüber früher wesentlich verbessert. Dies trifft insbesondere zu für die neugeschaffenen Berufsbildungs- und Berufsförderungswerke, die konzeptionell neugeordneten Werkstätten für Behinderte, die neu eingerichteten Sozialstationen, die rehabilitationspädagogischen Einrichtungen und integrativen Maßnahmen im Kulturbereich sowie für Fälle einer bedarfs- und fachbezogenen Umwidmung und Weiterentwicklung übernommener Einrichtungen im regionalen und örtlichen Bereich.

Diese grundlegenden und bedarfsorientierten Verbesserungen können allerdings nur von einem relativ kleinen Teil der Behinderten in Anspruch genommen werden. Wegen der wohl längerfristigen wirtschaftlichen Anpassungsprozeduren ist es in den neuen Bundesländern erforderlich, in allen Bildungs- und Sozialbereichen und für alle Altersgruppen die fach- und altersspezifischen begleitenden und helfenden Dienste bedarfsgerecht und gemeinwesenbezogen auf- und auszubauen. In den Aufgabenbereichen der Rehabilitation und der Behindertenarbeit sind diese Maßnahmen wegen der Differenziertheit der Bedarfslage und der den Behinderten meist fehlenden individuellen Kompensationsmöglichkeiten nachdrücklich zu fordern und zu fördern.

## **Albin Nees: Sozialpädagogische Einrichtungen und Dienste der Jugendhilfe in den neuen Bundesländern. Veränderte Strukturen, Zielsetzungen und Aufgaben am Beispiel Sachsen**

Aus Politik und Zeitgeschichte, B 3/94, S. 38–46

Die politisch-ideologischen und ökonomischen Fundamente des Staatssozialismus der DDR waren nach vier Jahrzehnten verbraucht. Im Zuge der Öffnung des Eisernen Vorhangs konnte die DDR als eigenständiger Staat nicht länger existieren. Ein Großteil der Menschen, insbesondere junge, gut ausgebildete Menschen, kehrten dem DDR-Sozialismus den Rücken.

Seit der politischen Wende erleben die Bürger in Ostdeutschland einen tiefgreifenden gesellschaftlichen und politischen Wandel. Sie erfahren, daß die alten Fundamente nicht tragfähig gewesen sind und deshalb durch neue ersetzt werden müssen. Von dieser Umbruchphase sind Kinder und Jugendliche in besonderer Weise erfaßt. Sie nehmen wahr, wie alte Werte und eine alte Ordnung zusammenbrechen und neue Orientierungsmuster nur langsam erkennbar werden.

In dieser Situation wird mit dem Achten Buch des Sozialgesetzbuches (SGB VIII), in dem die gesetzlichen Regelungen zur Kinder- und Jugendhilfe zusammengefaßt sind, auch ein verbindlicher Rahmen zur Gestaltung der Kinder- und Jugendhilfe in Ostdeutschland grundgelegt. Danach ist es Aufgabe der Bundesländer, nach den Prinzipien Personalität, Solidarität, Subsidiarität und Selbstverwaltung eine freie und eine öffentliche Jugendhilfe aufzubauen. Die Jugendhilfe nach SGB VIII dient dazu, junge Menschen in ihrer individuellen und sozialen Entwicklung zu fördern, Eltern und andere Erziehungsberechtigte bei der Erziehung zu beraten und zu unterstützen, junge Menschen vor Gefahr für ihr Wohl zu schützen und positive Lebensbedingungen aufzubauen. Jugendhilfe hat grundsätzlich einen subsidiären Charakter und soll die Erziehung in der Familie ergänzen und unterstützen.

In Sachsen konnte in den ersten drei Jahren nach Wiedererrichtung des Freistaates ein differenziertes Netz sozialpädagogischer Einrichtungen und Dienste aufgebaut werden. Dabei war zu unterscheiden zwischen bereits vorhandenen Einrichtungen, die eine inhaltliche und organisatorische Umorientierung erforderten, und solchen Diensten, die völlig neu aufgebaut werden mußten. Außerdem war auch eine personelle Erneuerung erforderlich, die bis heute noch nicht ganz abgeschlossen ist. Daß es in dieser Phase des Umbruchs und Umbaus Unsicherheiten gab und teilweise immer noch gibt, konnte nicht ausbleiben.