10 Der in der DDR gebräuchliche Ausweis räumt der Schwangeren übrigens eine bevorzugte Abfertigung auf Behörden und Läden und einen Sitzplatz in öffentlichen Verkehrsmitteln ein.

11 Für und Wider den Mutterpaß. Ärztliche Praxis 24 (1972), S. 781.

12 „Der Mutterpaß, eine sehr wichtige Hilfe der Schwangerenberatung". Der Landarzt 38 (1962), S. 208–210.

13 A. Springborn: Zur Einführung des Mutterpasses. Deutsche Hebammenzeitschrift 20 (1968), S. 24.

14 Persönliche Mitteilung von Dr. Gleichauf, Frauenklinik der Universität Mainz.

Hellga Baltschun, Karin Bening, Annegret Merke, Gabriele Schneider, Edda Schröder

Sozialplanung im Bereich Vorsorgeuntersuchung und Frühförderung bei Säuglingen und Kleinkindern in Bremen

Der vorliegende Aufsatz stellt eine stark gekürzte Zusammenfassung der Untersuchungsergebnisse eines kollektiven Praxisanteils im Rahmen der Sozialpädagogenausbildung an der Universität Bremen dar, der aus dem Projekt „Soziale und psychische Lage der Behinderten in der BRD" (Leitung W. Jantzen) hervorgegangen ist. Den beteiligten Studentinnen ging es dabei um folgende Fragestellungen:

a) Erfassung des Zusammenhangs zwischen den Ergebnissen der Säuglings- und Kleinkinder-Vorsorgeuntersuchungen und den geplanten Maßnahmen zur Frühförderung behinderter Kinder sowie um die
b) Aufarbeitung eines Planungsprozesses mit seinen politischen Intentionen.

Die Untersuchung zu diesen Themenkomplexen soll im Folgenden exemplarisch dargestellt werden an.

- Vorsorgeuntersuchungen für Säuglinge und Kleinkinder in Bremen
- Briefaktion des Senators für Gesundheit und Umweltschutz
- Planung und Realisierung eines sogenannten sozialpädiatrischen Zentrums.

Der Schwerpunkt der Untersuchung lag auf persönlichen Gesprächen der Studentinnen mit Vertretern der einzelnen Institutionen in Bremen. Die vollständigen zur Auswertung benutzten Unterlagen sind bei den Verfassern des Berichtes gesammelt.

Vorsorgeuntersuchung (VU) für Säuglinge und Kleinkinder in Bremen

Außer dem Bericht des Battelle-Instituts über Ergebnisse der Früherken-

nungsmaßnahmen 1972 sind keine zusammenfassenden Auswertungen der Dokumentationsdaten über VU bei Kleinkindern bekannt. Im Vergleich zu den mageren Auswertungsdaten auf Bundesebene war es wesentlich schwieriger oder fast unmöglich, Auswertungsmaterial auf kommunaler Ebene – hier der Stadt Bremen – zu erhalten (trotz ausreichenden statistischen Materials ist die Frage nach den Auswertungsergebnissen der VU bei Säuglingen und Kleinkindern z. B. noch nicht in das Programm der Bundesstatistik aufgenommen und wird bei den statistischen Ämtern nicht bearbeitet). Die Abrechnungsfälle Bremer Ärzte über Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern wurden ermittelt, und eine Aufschlüsselung der Untersuchungsfälle nach Quartalen und nach den einzelnen Untersuchungsstufen U_1–U_7 von den Krankenkassen AOK, DAK und BEK für die Jahre 1973–1975 war verfügbar. Da aber keinerlei Gesamtstatistik in Bremen vorhanden ist, die einen Vergleich und eine einigermaßen haltbare Beurteilung dieses gesundheitspolitischen Sektors zuließe, konnte nicht geklärt werden, ob und wie sich die Beteiligungsquote an den VU in Bremen in den drei Jahren verändert hat (aus den Tabellen der Krankenkassen ist eine Reduzierung der absoluten Zahlen der Inanspruchnahme der VU zu entnehmen). Demzufolge war auch nicht zu klären, worin eine Abnahme der Beteiligungsquote begründet ist. Weiterhin bleibt offen, welcher Bevölkerungskreis in Bremen die VU in Anspruch nimmt.

Dagegen ergab sich bei gezielter Fragestellung nach der Einschätzung der VU in Bremen in den Gesprächen mit den Vertretern verschiedener Institutionen wie Senator für Gesundheit, Hauptgesundheitsamt, statistisches Landesamt, Krankenkassen, Kinderklinik, Vereine etc. ein markantes Bild.

Die VU wurde in folgender Weise problematisiert:

- Es werden Befunde von Ärzten aufgenommen, aber eine Behandlung wird nicht notwendig eingeleitet.
- Die Qualität der Dokumentation sei durchaus mit Skepsis zu betrachten, da jeder untersuchende Arzt nach persönlichem Verfahren arbeite und eine Kontrollmöglichkeit nicht vorhanden sei.
- Aufgenommene Daten werden nicht ausgewertet, obwohl die Möglichkeit der Auswertung in autonomen Datenverarbeitungsanlagen der einzelnen Institute (Krankenkassen) gegeben wäre und unter Berücksichtigung der Kosten-Nutzen-Relation von Interesse für die Krankenkassen sein müßte.
- Es wurde bedauert, daß keine Fragestellungen in Zusammenarbeit mit den Ärzten überlegt werden.
- Die Inanspruchnahme der VU erfolge weithin durch einen gleichbleibenden Personenkreis, in dem „sozial schwache Familien" fehlen, die „versagen", wenn sie in „irgendeiner Weise gefordert werden". Auf die Frage, warum insbesondere die „sozial schwachen Familien" das Vorsorgeuntersuchungsprogramm nicht nutzen, wird von den Gesprächsteilnehmern eine Beurteilungsskala von „zu bequem" bis zu „nicht fähig" angewendet.
- Es wird bestätigt, daß in der Ausländer-Betreuung wahrscheinlich Aversionen vor allem wegen der Sprachschwierigkeiten bestehen („steckt Weltanschauung dahinter") und es wird festgestellt, daß es speziell im Bereich der VU möglich sein müßte, einen großen Teil der Schwierigkeiten mit Hilfe eines Dolmetschers zu überwinden, aber daß „kein Mensch darauf kommt, einen Dolmetscher einzustellen".

Auf die Frage nach Vorstellungen zur Effektivierung der VU wird vorwiegend die Meinung vertreten, daß im Bereich „Öffentlichkeitsarbeit/Aufklärung" zunächst genügend getan würde mit Plakaten, Broschüren etc. (Es fiel den Verfassern auf, daß keine Plakate in den Bremer Straßenbahnen zu finden waren, sondern eher in den Hallen der Krankenkassen, den Wartezimmern der Kinderärzte und im Grundbuchamt). Nur zögernd wurde bestätigt, daß mit einer solchen Öffentlichkeitsarbeit vor allem wieder der Personenkreis angesprochen wird, der generell die ärztliche Versorgung in Anspruch nimmt. Das bedeutet, daß auch hier die vorher genannten „sozial Schwachen" nicht erreicht werden. So erfolgt keine auf eine bestimmte Zielgruppe ausgerichtete Aufklärungsarbeit bzw. Werbeaktion für die bessere Nutzung von VU.

Spezielle Fördermaßnahmen bezüglich einer zu bestimmenden Zielgruppe werden dann auch als wenig sinnvoll und effektiv benannt. Begründung: Es bestehe schon jetzt ein reichhaltiges Angebot von Maßnahmen der Früherkennung, das nicht voll genutzt würde. Man solle die Freiheit, dieses Angebot in Anspruch nehmen zu können, nicht einschränken. Wenn kein Erfolg weiterer Maßnahmen abzusehen sei, wäre die Investition staatlicher Gelder an anderer Stelle nützlicher.

Grundsätzlich scheint bei allen an den Gesprächen beteiligten Vertretern der verschiedenen Institutionen Einigkeit darüber zu bestehen, daß das eigentliche Problem nicht das der Diagnose, sondern das der Früherfassung der von Behinderung bedrohten und der behinderten Kinder ist. In diesem Zusammenhang wird die Schwerfälligkeit des Verwaltungsapparates als sehr hinderlich bezeichnet und die fehlende Zusammenarbeit zwischen Administration und untersuchenden Ärzten bemängelt.

Im Verlauf der Gespräche über die Notwendigkeit der Veränderung des Konzeptes zur Früherfassung wird der Bezug zum Gesundheitssektor in anderen Ländern hergestellt, in denen den Familien ein materieller Anreiz zur kontinuierlichen Teilnahme an den VU geboten wird. In ähnlich abgestützten Maßnahmen wurde die beste Chance für eine Teilnahmeerhöhung gesehen.

Dagegen wurden auch Einwände wegen des repressiven Charakters solcher Maßnahmen erhoben, unter Verweis auf den liberalen Charakter der Demokratie in der BRD. Auch das Stichwort „Meldepflicht" rief Einwände hervor. Sie widerspreche dem Prinzip der Freiwilligkeit, das aufrechterhalten werden solle.

Auf die Frage, warum für eventuelle Planungsvorhaben im Bereich der Früherfassung und -betreuung Schätzwerte als Grundlage genommen werden und keine Bedarfsanalysen bzw. Bestandsaufnahmen im Lande Bremen, werden mehrere Begründungen genannt, z. B.:

- Ursachenforschung bezüglich der geringen Inanspruchnahme der VU sei nicht Aufgabe der Gesundheitsbehörde, sondern der jeweiligen Kostenträger (Krankenkassen).
- Forschungsaufträge an entsprechende Institutionen werden nicht erteilt, weil grundsätzlich die Frage nach einer Aufschlüsselung des teilnehmenden oder nicht teilnehmenden Personenkreises nirgends gestellt worden sei.
- Das Bundesgesundheitsministerium sei für Forschung zuständig.
- Eine weitere Begründung für fehlende Intensivierung der Maßnahmen sei in der allgemeinen wirtschaftlichen Notlage zu suchen.

Wenn für die Stadt Bremen eine Einwohnerzahl von 500 000 zugrunde gelegt wird, müßten (nach Gesundheitssenator Brückner) 8% der lebendgeborenen 40 000 Bürger der Stadt als potentiell behindert angesehen werden. Geht man von Brückners Schätzung aus, könnten durch optimal durchgeführte Präventivmaßnahmen bei 6000 Menschen in Bremen Behinderungen vermieden werden (15% nach Nitsch 1976, S. 55). Im zweiten Entwurf des Landesbehindertenplans (LBPl) von 1976 werden dagegen für „einen gewissen Überblick über den quantitativen Aspekt der Problematik" Schätzwerte angegeben, die die Gesamtzahl der in Bremen bekannten Behinderten mit 6604 benennen. Diese Zahlen sollen lediglich einen Eindruck von absoluten Größen herstellen und haben keinen präzisen Aussagewert über die gegenwärtige Situation in Bremen. Sie können aber auffordern zu einer Stellungnahme gegenüber folgenden zusammenfassenden Feststellungen:

– Die Schwerfälligkeit des Verwaltungsapparates wirkt sich auf den Prozeß der Früherfassung nachteilig aus, andererseits wird die Schaffung einer einheitlichen institutionellen und organisatorischen Basis zur Durchführung von Maßnahmen zur Früherkennung nicht überlegt und augenscheinlich nicht für notwendig gehalten.

– Auch in Bremen hat sich gezeigt, daß das Angebot des Vorsorgeuntersuchungsprogramms die Loslösung von „primärer Prävention" oder verantwortlicher Gesundheitserziehung (Def. WHO) legitimiert: In keiner Institution wurde eine Intensivierung der Öffentlichkeitsarbeit über Massenmedien o. ä. für erforderlich gehalten; im Gegenteil, die Briefaktion des Gesundheitssenators (siehe unten) geht im allgemeinen Meinungsbild über das vorstellbare Maß an sozial- und gesundheitspolitischen Bemühungen und Maßnahmen hinaus.

– In Bremen ist keine Möglichkeit vorhanden, die Effizienz des VU-Programms bezüglich der Inanspruchnahmehäufigkeit zu beurteilen. Die Idee einer Rückkoppelung und damit einer eventuellen Auswertung der Ergebnisse der Untersuchungen wird als Vorschlag durch Einzelpersonen aber nicht institutionell vertreten.

– Die von U_1 nach U_7 stark abnehmende Beteiligungsquote (lt. Untersuchung des Battelle-Instituts, S. 10f.) taucht in den Gesprächen permanent auf, eine gleichzeitige schichtenspezifische Auslese wird vermutet und als Problem den betroffenen Familien angelastet.

– Wenn die befragten Vertreter der Bremer Institutionen einerseits sowohl die Mängel der allgemeinen VU zu bezeichnen wissen, andererseits die Meinung vertreten, daß der auf Freiwilligkeit beruhende gesetzliche Rahmen zur Früherfassung und die Durchführung der Vorsorgeuntersuchungen hinreichend seien, ist dieser Widersprüchlichkeit ein immenser Mangel an Problembewußtsein zu unterstellen.

– Als „Planungsempfehlung" wird im Entwurf des LBPl eine erneute Diskussion der „Meldepflicht" formal angestrebt, weil die bisher praktizierte „Hinweispflicht" (Fassung vom 1. 6. 76, S. 33) sich als unzureichend erwiesen hat. Im Meinungsbild der Vertreter der Administration steht die Meldepflicht aber in Kontroverse zum Prinzip der Freiheit und Freiwilligkeit der Demokratie in der BRD. Damit scheinen sich das Problem der Früherfassung zu erledigen und konstruktive Ansätze zu Einstellungsveränderungen gegenüber dem Problem oder organisatorische Veränderungsvorschläge überflüssig.

– Der dem Entwurf des LBPl implizite Anspruch einer „Vergesellschaftung des Behindertenproblems" wird aufgelöst, indem die regelmäßige Durchführung der VU allein den Eltern überlassen wird und erscheint wieder als individualisiertes Problem der betroffenen Familien und der gefährdeten oder betroffenen Kinder.
– Der Widerspruch zwischen einer Entwicklung/Erneuerung der VU-Richtlinien zur Verbesserung der medizinisch-diagnostischen Möglichkeiten (Fassung vom 26. 4. 76) und andererseits der Stagnation in der Auswertungsentwicklung der dokumentierten Daten wird auch in Bremen deutlich an sogenannter Planung von Habilitationsmaßnahmen, die nicht auf Ergebnissen der Früherkennungsmaßnahmen fußt.
– Abschließend kann mit Knoblich/Rohrmoser (1976, S. 159) im Vergleich adäquater Fachliteratur festgestellt werden: „Die Rückständigkeit auf dem Gebiet der Medizinalstatistik und Gesundheitsplanung ist (. . .) nur ein zusätzlicher Aspekt zur allgemeinen Stagnation der Reform des Gesundheitswesens im Vergleich mit anderen europäischen Ländern".

Briefaktion des Gesundheitssenators

In Bremen existiert seit Oktober 1976 eine Briefaktion des Senators für Gesundheit und Umweltschutz, in dem alle Eltern in Bremen mit Kindern von 0–4 Jahren regelmäßig zu den Terminen der jeweils fälligen VU angeschrieben werden, mit der Aufforderung, an diesen Untersuchungen teilzunehmen. Die Briefaktion des Senators, die gemessen an vorstellbaren Möglichkeiten der Nutzung von Massenmedien nur ein winziger Beitrag der Mobilisierung der „Öffentlichkeit" zur Teilnahme an den VU darstellt, muß immerhin als sozialpolitischer Beitrag gesehen werden, der kurz eingeschätzt werden soll.

Der reaktive Charakter sozialpolitischer Maßnahmen (Privatinitiativen greifen ein Problem auf – die staatliche Seite reagiert . . .) stellt sich in der Briefaktion wie folgt dar: Ausgangspunkt bildet die Initiative eines Bremer Arztes der Kinderklinik, der ausgehend von der mangelhaften Erfassung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder, die Vorstellung entwickelte, in Bremen eine Art „Risikozentrale" einzurichten, die in erster Linie als eine Erfassungsmöglichkeit über eine zentrale Kartei verstanden werden sollte. Die Grundlage hierfür sollten die in der Kinderklinik bereits erfaßten Risiko- und Tumor-Kinder darstellen, die nach einem stationären Aufenthalt weiter ambulant in der Kinderklinik behandelt wurden. Der Bremer Kinderarzt ermittelte zunächst anhand der Untersuchungsdoppel bei der kassenärztlichen Vereinigung über mehrere Quartale entsprechende Daten der Inanspruchnahme der VU, und zwar wurde hierbei erstmals nach dem Wohnort der untersuchten Kinder selektiert (Bremen/Niedersachsen). Dieser Arzt entwickelte auch die Idee einer Briefaktion, durch die alle betroffenen Eltern erreicht werden sollten und bei der gleichzeitig der Aspekt der Rückkoppelung über die an den Untersuchungen beteiligten Ärzte zur zentralen Kartei in der Klinik (Risikozentrale) eine wesentliche Rolle spielte. Der Initiator der Aktion wandte sich mit der Bitte um Unterstützung des genannten Vorhabens an die Gesundheitsbehörde, und zwar hoffte er, die Aktion quasi unter „Schirmherrschaft" des Senators für Gesundheit stellen zu können,

indem der an die Eltern gerichtete Brief mit der Aufforderung zur Teilnahme an den VU den Briefkopf der Senatsbehörde erhalten sollte. Zu diesem Zeitpunkt war die Frage der Kostendeckung der Aktion bereits durch Absprache geregelt (Finanzierung aus Lottogeldern). Der verantwortliche Mitarbeiter der Gesundheitsbehörde nahm sich aber in der Weise des speziellen Anliegens des Kinderarztes an, daß die geplante Aktion nun offiziell zu einer gesundheitspolitischen Maßnahme des Gesundheitssenators umfunktioniert wurde.
– Damit waren die bereits freigestellten Lotto-Gelder nicht mehr für diesen Zweck zu verwenden; denn der Senat entscheidet lediglich über ihre Vergabe, kann sie aber nicht für eigene Maßnahmen verwenden.
– Damit war nicht mehr garantiert, eine Erfolgskontrolle der Aktion (Erhöhung der Teilnahmequote) über eine zentrale Stelle durchführen zu können.
– Damit entfiel die Intention, einen Vergleich zwischen den Kosten für die „Werbeaktion" und den finanziellen Einsparungen aufgrund einer effektiveren Früherkennung, -erfassung und -behandlung erstellen zu können.
– Damit entfiel die Möglichkeit, auf wissenschaftlicher, exakte Daten verwertender Grundlage mit relativ präzisen Prognosemöglichkeiten, eine Planung durchzuführen mit adäquaten Vorschlägen für diagnostische, therapeutische Einrichtungen und Möglichkeiten der nachgehenden Betreuung für die so erfaßten Kinder.

Die Einrichtung einer sogenannten Risikozentrale mit dem wesentlichen Merkmal der Rückkoppelungsmöglichkeit zu den untersuchenden Ärzten und der optimalen Möglichkeit, einen breiten Kreis von behandlungsbedürftigen Kindern zu erfassen und kontinuierlich zu behandeln, war damit verpaßt.

Wohin haben sich also die ursprünglichen Aktivitäten des Kinderarztes mit Unterstützung des Senats entwickelt?

Die Gesundheitsbehörde, die nach Übernahme der Briefaktion in ihren Aufgabenbereich für die weitere Bearbeitung verantwortlich war, nutzte sie anscheinend ausschließlich, um das „reformfreundliche" Image des Gesundheitssenators in der Öffentlichkeit herauszustellen.

An dem Beispiel der „Briefaktion des Senators für Gesundheit und Umweltschutz" wird besonders offensichtlich, daß Früherkennung und Frühförderung in Bremen kein geschlossenes System bilden; denn worauf sollte sich eine genaue Bedarfsermittlung für Frühförderungseinrichtungen beziehen, wenn es keinerlei Material über die genaue Zahl der Beteiligung an VU und somit an diagnostizierten Störungen und Behinderungen, geschweige denn an notwendiger Einleitung von qualifizierter Behandlung gibt. Somit kann der Effekt der „Briefaktion" nur derart sein, das Image des Gesundheitssenators mit 12 000,– DM (das kostet die Aktion jährlich) aufzupolieren unter dem Mäntelchen einer angeblich wirkungsvollen gesundheitspolitischen Maßnahme. Daß die Briefaktion des Senators den gewünschten Erfolg gebracht hat (Aufpolieren des Images) zeigt die positive Reaktion der regionalen und überregionalen Presse, die voll des Lobes ist über unseren um unser aller Kinder Wohl bedachten Gesundheitssenator.

Das Zentrum für behinderte Kinder in Bremen

Der Anstoß für den Bau eines Diagnose- und Therapiezentrums in Bremen

wurde – ebenso wie die Briefaktion – durch Privatinitiative von Kinderärzten der Prof.-Hess-Kinderklinik gegeben. Seit 1971 existierte ein Arbeitskreis, später „Initiativgruppe Kinderzentrum" genannt, der sich aus zwei Ärzten der Kinderklinik, zwei frei praktizierenden Ärzten sowie zwei Vertretern des Gesundheitsamtes zusammensetzte und Planungsunterlagen in Kenntnis und Anlehnung an bestehende Modelleinrichtungen (Hellbrügge/München, Pechstein/Mainz, Nitsch/Hannover) erarbeitete. Zielvorstellung war die Gründung eines überregionalen, multidisziplinären Kinderzentrums. Dieser Planungsvorschlag wurde von behördlicher Seite in folgender Reihenfolge der Öffentlichkeit vorgelegt:

– 1973: Erstmalige Veröffentlichung eines Berichtes der Arbeitsgruppe als Planungsvorschlag im Bericht des Senats über das Sonderschulwesen unter dem Titel „Entwicklungsplan eines Diagnose- und Therapiezentrums für Risikokinder" (Drucksache Nr. 8/844)
– 1974 erscheint derselbe Vorschlag im 1. Entwurf des Landesbehindertenplans in Bremen.
– 1976 erscheint im 2. Entwurf des LBPl Bremen zusätzlich zum alten Planungsvorschlag die Forderung (in Anlehnung an die „Empfehlungen der Bildungskommission" von 1973), neben dem medizinisch-therapeutischen auch ein therapeutisch-pädagogisches Programm aufzunehmen (zwei Stellen für Sozialpädagogen).

Die Begründung für die Planung und Einrichtung eines Kinderzentrums in Bremen stellt sich, nach der Übernahme in den Aufgabenbereich der Behörde, in chronologischer Folge vielseitig dar:

– Zunächst wurde die Notwendigkeit der Errichtung eines Zentrums seitens der behördlichen Planungsinstanz aus den Erfahrungswerten anderer Bundesländer abgeleitet. In diesem Zusammenhang wurde angesprochen, daß schließlich andere Bundesländer auch solche Einrichtungen hätten, warum nicht auch Bremen.
– Erst Ende 1976 (Sachstandsbericht vom 8. 12. 76) wurde von der Planungsinstanz die Notwendigkeit der Einrichtung mit Erfahrungen der Früherkennungsuntersuchungen U_1–U_7 und der Überforderung des einzelnen Arztes bei der Erkennung und weiteren Behandlung von Behinderung begründet.
(Bemerkung: Zu diesem Zeitpunkt waren gerade die ersten sehr intensiven Gespräche der Autorinnen zu dieser Untersuchung in der betreffenden Behörde abgeschlossen!)
– Mitte 1977 wurde eine weitere Begründung durch Gesundheitssenator Brückner eingebracht, der mit der Kosten-Nutzen-Relation argumentierte. Demnach soll eine lebenslange Unterbringung eines Behinderten ebensoviel kosten, wie der Bau des Kinderzentrums (Interview Radio Bremen mit Gesundheitssenator Brückner am 30. 6. 77).

Zum gesamten Planungsverlauf ist zu bemerken:

– Die Planung wurde von der Behörde ohne eine Bestandsaufnahme bzw. Bedarfsanalyse als bestehendes Konzept von dem ärztlichen Arbeitskreis übernommen und als reine Finanz- und Organisationsplanung durchgeführt.
– Es existierte keine wissenschaftliche Begleitung, die eine qualifizierte, interdisziplinäre Planung ausweisen würde.

– Es gab keine Partizipation der Betroffenen oder ihrer Verbände am Planungsprozeß (z. B. ,,Lebenshilfe für geistig Behinderte e. V.").
– Es existierte keine öffentliche Vorstellung bzw. Diskussion alternativer Planungsvorschläge.
– Im Zuge der allgemeinen wirtschaftlichen Rezession wurde der Bau des Kinderzentrums im Sinne einer Rationalisierungsmaßnahme genehmigt; d. h. Ärzte, Psychologen und anderes Fachpersonal sollen in der Aufbauphase gleichzeitig in der Kinderklinik arbeiten und deren Infrastruktur optimal nutzen.
– Die Diffusität des Planungsverlaufs wird besonders deutlich sichtbar an der mit jeweils schwankenden Zielvorstellungen verbundenen Namensgebung für das inzwischen realisierte Objekt: Es reicht von ,,Sozialpädiatrisches Zentrum" über ,,Diagnose- und Therapiezentrum", ,,Bremer Zentrum für das behinderte Kind", ,,Haus für Risiko-Babys" und ,,Kinderzentrum" bis zum (nun endgültigen?) ,,Sozialpädiatrischen Zentrum".

Die Einrichtung sollte Anfang 1978 die Arbeit aufnehmen: Unter den genannten Bedingungen einer Rationalisierungsmaßnahme, d. h. als reines Diagnose-Zentrum und nicht andeutungsweise anderen sozialpädiatrischen Zentren in der BRD vom Konzept und der medizinisch- und pädagogisch-therapeutischen Arbeit vergleichbar. Das bedeutet in diesem Zusammenhang nicht, daß die Mitarbeiter des Zentrums seine Einrichtung und Arbeit nicht als bemerkenswerten Fortschritt auf dem Gebiet der Früherkennung von Behinderung in Bremen beurteilen würden.

Theoretische Grundlagen für ,,Sozialplanung" in Bremen

Zum Zeitpunkt der Untersuchung (1976) war den Vertretern der verschiedenen behördlichen Ressorts kein theoretisches Planungskonzept für ihren Aufgabenbereich bekannt. Seit 1973 gibt es dagegen die ,,Materialien der Planungsleitstelle zur Konzeption eines Planungssystems für die Freie Hansestadt Bremen", verfaßt von H.-B. Theilen, G. Markus und W. Bremermann, deren Grundzüge wohl auf Verläufe der Objektplanung zu übernehmen sind. Die ,,Materialien" gelten zwar als überholt, bis jetzt liegt aber keine adäquate Überarbeitung vor.

Nach dem genannten Konzept wird ‚Planungsrelevanz' unter drei Gesichtspunkten gesehen:
1. Aufwand, 2. Rechtlicher Handlungsspielraum und 3. Politische Aktualität (vgl. Theilen u. a. . . ., S. 45).

Diesen Kriterien zufolge orientiert sich die Bedeutung und Dringlichkeit eines Planungsobjektes (VU, Briefaktion und Kinderzentrum) nicht am gesellschaftlichen Bedarf. Erwartungsgemäß wurden somit 1973 in Bremen auch die VU für Säuglinge und Kleinkinder als ,,nicht planungsrelevant" eingestuft, d. h. zu einem Zeitpunkt, zu dem die VU zwei Jahre durchgeführt waren und noch keinerlei Ergebnisse und Auswertungen vorlagen.

Der ,,Planungsprozeß" selbst hat zu sichern, daß ,,1. die politische Führung gesichert und ausgebaut wird und 2. die Verwaltungstätigkeit effizient geschieht". Er hat also in erster Linie nicht die Koordination von Maßnahmen zu sichern, die zur Verbesserung der Lebensbedingungen benachteiligter Gruppen erforderlich sind (hier: behinderte Kinder).

In den Planungsprozeß gehören (a. a. O., S. 48) die Zielvorgabe, die Lageanalyse und -prognose und die Erstellung von Handlungsprogrammen. Dieser Verlauf ist nicht nur durch die vorangegangenen exemplarischen Darstellungen ad absurdum geführt, sondern ebenso durch den Senator für Soziales, Jugend und Sport in seiner 2. Fassung des LBPl vom 1. 6. 76, in dem es heißt: „Darstellungen der Probleme und Planungsvorschläge bleiben in erheblichem Umfange auf wissenschaftlich nicht gesicherte ‚Erfahrungen' und empirisch nicht nachgeprüfte ‚Schätzungen' angewiesen" (a. a. O., S. 20). Zudem wird eine Lageanalyse folgendermaßen definiert: „. . . so ist zu untersuchen, wohin sich ein bestehender Zustand, der zu politischem Handeln Anlaß gibt, entwickeln wird, ohne daß es zu einer Änderung der bisherigen staatlichen Politik kommt" (Theilen u. a., S. 51). Und weiter ist es für eine notwendige Bestandsaufnahme und Bedarfsanalyse ratsam, „die Analyse so vorzunehmen, daß sie die Daten für die aufzustellende Prognose liefert, was wiederum voraussetzt, daß das Prognosekonzept als erstes erarbeitet wird" (a. a. O., S. 51).

Nach ähnlich verwirrend definierten weiteren planungstheoretischen Kriterien, denen wohl eher Elemente der politischen Stagnation als innovatorische Ansätze entnommen werden können, ist es nicht zu verwundern, daß Planungsverläufe in dem breiten Spektrum der Möglichkeiten von Früherkennung und Frühförderung von behinderten Kindern, in Bremen als unqualifiziert, als wissenschaftlich und politisch nicht fundierte, fast rückläufige Prozesse beurteilt werden müssen, die selbst den Planungsvorstellungen des eigenen Behördenapparates (Planungsleitstelle) nicht entsprechen.

Planung im Bereich sozialpolitischer Maßnahmen ist in Bremen nicht bedürfnisorientiert, und die Interessen der Planungsbetroffenen gehen nicht in die Zielformulierungen ein. Planung ist in Bremen demnach kein Prozeß, „in dem die systematische Darstellung des politisch Gewollten der Diskussion, Überprüfung und Korrektur durch die Betroffenen unterliegt" (Prüß/Tschoepe, 1974, S. 59). Mit Prüß/Tschoepe ist ein Planungsverlauf in Bremen eher als Anpassungs- denn als Entwicklungsplanung zu bezeichnen: „‚Anpassungsplanung' kann sich in der Zielwahl relativ verläßlich nur auf bereits vorgegebene politisch-programmatische Aussagen stützen und wird diese häufig allenfalls als schmückendes Einleitungszitat für den Planungsbericht verwenden. In der Koppelung mit Finanzierungsmöglichkeiten übergeordneter Stellen liegt zudem ein hohes Maß an Zufälligkeit oder Opportunismus begründet . . ." (a. a. O., S. 25).

Zusammenfassende Kernpunkte

1. Wissenschaftliche Erkenntnisse im Bereich der Psychologie, der Medizin und der Pädagogik haben schon vor den gesetzlich eingeführten VU am Beispiel der sozialpädiatrischen Zentren in anderen Bundesländern die Möglichkeiten der Erkennung und Behandlung von Schäden, Störungen und Behinderungen aufzeigen können. Die gesellschaftliche Relevanz des Problems mangelnder Früherkennungs-, -erfassungs- und -förderungsmaßnahmen wird aber nicht von staatlicher Seite (in Bremen z. B. Senator für Gesundheit, Gesundheitsamt, Senator für Soziales) erkannt, sondern von Privatpersonen (z. B. Ärzte der Kinderklinik, Verein Lebenshilfe e. V.), die direkt mit diesem Problem konfrontiert

sind. Indem erst Privatinitiativen das Problem aufgreifen – und das ist verbunden mit selbständiger Erarbeitung und Konkretisierung –, wird seine kommunale gesellschaftliche Relevanz aufgezeigt, was durchaus nicht mit „Planungsrelevanz" gleichzusetzen ist.

2. Privatinitiativen haben Zuträgerfunktion in sozialplanerischen Prozessen. – Die Zuträgerfunktion der „Initiativgruppe Kinderzentrum" (Bremen) wird offensichtlich durch die wortwörtliche Übernahme ihrer schriftlich fixierten Vorstellungen über die Einrichtung eines Diagnose- und Therapiezentrums in Senatsberichten (Drucksache 8/844) und in den Entwurf eines Landesbehindertenplans ohne Modifizierung, ohne Zusätze und Kommentare.

3. Die öffentlichen Institutionen können das inzwischen aktuell gewordene gesellschaftliche Problem nicht länger ignorieren und verwerten das vorliegende Material für sozial- und gesundheitspolitische Aktionen unter der Prämisse, daß „die politische Führung gesichert und ausgebaut wird" (Theilen u. a., S. 49). In extremer Weise geschehen mit der „Briefaktion des Senators für Gesundheit und Umweltschutz".

4. Erst nach parlamentarischer Bestätigung (sprich: Bewilligung finanzieller Mittel) wird das Vorhaben den Planungsaufgaben der öffentlichen Verwaltung übertragen. Als fester Bestandteil des Programms der Verwaltung entspricht die durchgeführte „Planung" nicht dem innerhalb der Administration erarbeiteten theoretischen Konzept. Widersprüchliche Tendenzen lassen sich u. a. aufzeigen an den Beispielen:

– In einzelnen senatorischen Ressorts sind Arbeitsergebnisse anderer Abteilungen unbekannt, deren Kenntnis womöglich einen qualifizierteren, zügigeren Ablauf des Planungsvorhabens erlauben würde, womit offensichtlich ist, daß Koordination und Kooperation als Grundvoraussetzung für Planung (vgl. Prüß/Tschoepe, Ortmann, Theilen u. a.) in Bremen nicht vorhanden sind.

– Sozialpolitische Aktivitäten (hier: Einrichtung eines Kinderzentrums) werden nachträglich begründet mit nicht vorhandenen wissenschaftlichen Grundlagen (hier: Ausgewertete Ergebnisse der Vorsorgeuntersuchungen). Eine nachträgliche Begründung liefert ebenfalls die Vorstellung des Kinderzentrums als Teil eines gesundheitspolitischen Gesamtkonzeptes, um die hohe Säuglingssterblichkeit in Bremen zu mindern (vgl. Gesundheitssenator Brückner/Interview RB und WK vom 28. 6. 77).

– „Als vierte Phase (des Planungsprozesses, d. Verf.) schließt sich der Vollzug von geplanten Maßnahmen mit einer Erfolgskontrolle an, die dann wieder an den Anfang eines neuen Planungszyklus führt" (Theilen u. a., S. 48). Die sozialpolitische Maßnahme „Briefaktion" beispielsweise wurde nicht von staatlicher Seite geplant, sondern als unvollkommener Restbestand eines gut durchdachten privaten Konzeptes von der Behörde vereinnahmt. Und entgegen der Planungskonzeption existiert keine Erfolgskontrolle, die „. . . wieder an den Anfang eines neuen Planungszyklus" (a. a. O.) gestellt werden kann. Demnach ist die Wirksamkeit von sozialpolitischen Maßnahmen gemessen am gesellschaftlichen Bedarf irrelevant aber verwertbar für das sozialpolitische Image der Regierungspartei und für die Sicherung und den Ausbau der politischen Führung.

5. Der Staat bzw. die Administration reagieren auf die gesellschaftlichen Tatbestände und Mißstände erst dann mit sozialpolitischen Maßnahmen, wenn diese Tatbestände und Mißstände (hier: Vorsorge – Früherfassung – Frühförderung)

durch Privatinitiative an den Staat herangetragen wurde, somit die gesellschaftliche Relevanz deutlich wird und partielle politische Entscheidungen aus Legitimationsgründen („Sozialstaat") unumgänglich werden.

Literaturverzeichnis

Bericht des Senats über die Lage des Sonderschulwesens; Bremische Bürgerschaft, Landtag, 8. Wahlperiode Drucksache 8/844 vom 18. 12. 1973.

Brückner, H.; in: Interview Radio Bremen, Tonbandprotokoll vom 30. 6. 77.

Deutscher Bildungsrat; Zur pädagogischen Förderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder und Jugendlicher, Empfehlungen der Bildungskommission des Deutschen Bildungsrates, Bonn 1973.

Hilfen für Behinderte in Bremen – Behindertenplan, Entwurf-Fassung vom 1. 10. 1974.

Hilfen für Behinderte in Bremen – Behindertenplan, Entwurf-Fassung vom 1. 6. 1976.

Knoblich, I., u. H. Rohrmoser; Planungsdaten als Voraussetzung für Gesundheitspolitik, in: AS 8, Jahrbuch für kritische Medizin, Bd. 1, Berlin 1976, S. 151.

Nitsch, K.; Pädiatrie für Pädagogen und verwandte Berufe, Berlin 1976.

Ortmann, F. (Hrsg.); Sozialplanung – für wen?, Darmstadt 1976

Prüß, K.-P., u. A. Tschoepe; Planung und Sozialplanung, Weinheim 1974

Theilen, H. B., G. Markus u. W. Bremermann; Materialien der Planungsleitstelle zur Konzeption eines Planungssystems für die Freie Hansestadt Bremen, Senatskanzlei – Planungsleitstelle –, Juni 1973, S. 39–55.

Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der BRD; Krankheitsfrüherkennung Säuglinge und Kleinkinder, Dtsch. Ärzteverlag, Köln 1975.

ARGUMENT – STUDIENHEFTE SH

Mit dieser neuen Reihe im Taschenbuchformat wollen wir die Weiterentwicklung eines Diskussionszusammenhanges fördern. Grundlegende Beiträge aus vergriffenen Argument-Heften und Argument-Sonderbänden, an denen sich bereits ganze „Generationen" von Studenten und Schülern geschult haben, sollen in dieser Form für Arbeitskreise, Seminare und Schulungsgruppen greifbar gehalten werden.

SH 4 *W. H. Haug*
Kampagnen-Analysen (I)
Der sexuell-politische Skandal als Instrument anti-demokratischer Kampagnen (aus: Schülerladen Rote Freiheit 1971). Die Kampagne um das Zentralinstitut für Soziale Medizin vor dem Hintergrund eines neuen McCarhyismus (aus: Argument 71/1972).
89 Seiten 5,— DM

SH 11 *Erich Wulff*
Der Arzt und das Geld
Der Arzt und das Geld. Der Einfluß von Bezahlungssystemen auf die Arzt-Patient-Beziehung (aus: Argument 69/1971).
16 Seiten 2.50 DM

SH 12 *Volkmar Sigusch*
Medizinische Experimente am Menschen
(aus: AS 17/1977)
31 Seiten 2.50 DM

Mindestbestellung: zwei Hefte der Frühjahrsproduktion (SH 1-12). *Versandkosten:* 1,50 DM. Bei Bestellungen für mehr als 20,– DM berechnen wir keine Versandkosten. *Bestellung:* Bitte den errechneten Betrag auf das Postscheckkonto des Argument-Verlags, Postscheckkonto Berlin-West 5745-108 überweisen mit dem Vermerk: „Bestellung SH" und unter Angabe der gewünschten Nummern. *Bitte nicht vergessen:* Name und Adresse in Druckbuchstaben!