

**Rainer Müller (1991) Vortrag: Kommunale Gesundheitspolitik und öffentliche Verantwortung – Kommunale Gesundheitspolitik in öffentlicher Verantwortlichkeit, Wissenschaftswerkstatt, Senator für Wissenschaft und Bildung, 18.08.1991**

1. Trends in der Gesundheitspolitik

Im öffentlichen Bewußtsein hat die Naturbeherrschung einen Punkt erreicht, wo sie die Naturbasis des Menschen selber trifft. Ihre Rückwirkungen auf Leben und körperliche Unversehrtheit der die Natur beherrschenden Akteure lassen sich immer schwerer verdrängen. Kein technisches, chemisches, stadtplanerisches bzw. warenproduzierendes Projekt, das nicht seinen gesundheitsverträglichen, gesundheitsförderlichen Charakter unter Beweis stellen will, also seine präventive Wirkung gegen industrielle Pathogenität behauptet.

Die allgemeine Chiffre für diesen Rekurs auf Natur lautet "Umweltschutz". Umwelt soll geschützt werden, um menschliche Gesundheit zu erhalten bzw. zu fördern.

Ziele der staatlichen Umweltpolitik sind laut Bilanz des Bundesumweltministers von 1987: "Schutz und Erhaltung

- von Leben und Gesundheit des Menschen als oberste Verpflichtung jeden staatlichen Handelns,
- von Tieren, Pflanzen, Ökosystemen als natürliche Existenzgrundlagen des Menschen, wie auch um ihrer selbst willen,
- von Luft, Wasser, Boden, Klima als den natürlichen Ressourcen für vielfältige Nutzungsansprüche des Menschen, von Sachgütern als kulturellen und wirtschaftlichen Werten des einzelnen und der Gemeinschaft."

Auf den immer noch zum Ausdruck kommenden "ressourcenökonomisch verengten Anthropozentrismus" (Summerer 1989, S. 14) möchte ich nicht weiter eingehen.

In Konkurrenz zu den Ärzten sind vielfältige Gesundheitsberufe auf den Plan getreten. Zugleich reklamieren immer mehr Dienstleister, Vereinssportler, Freizeitagenten, Lehrer, Stadtentwickler, Politiker, Ingenieure, Techniker und Betriebe, daß Gesundheit eine wichtige Orientierung in ihrem Handeln darstelle. Diese Entwicklung bezieht ihre Dynamik aus dem angesprochenen öffentlichen Rekurs auf Natur und Gesundheit.

Der Gesundheitsdiskurs bewegt sich zwischen Heilslehre und Wissenschaft. Als um Wissenschaftlichkeit bemühte Lehre vom richtigen Leben und. menschlichem Heil hat der Gesundheitsdiskurs. die Stelle besetzt, die vordem Theologie und Geschichts<sup>P</sup>hilosophie einnahm. Seit der Aufklärung hat Wissenschaft zwar ansonsten generell auf Heilslehre verzichtet und es jedem über-lassen, nach seiner Fasson selig zu werden. Nur die Diätetik hat - sich später auf Naturwissenschaft beziehend - weiterhin beansprucht, nicht nur eine Heilungslehre Kranker, sondern eine Heilslehre richtigen Lebens zu haben. Hier ist auch die noch anzusprechende Hygiene anzusiedeln. Heute ist Gesundheit, nachdem sie vorher nur eine praktische Nebenbedingung für höhere, nämlich religiöse und menscheitsgeschichtliche Heilziele war, selber letzter Begriff geworden, in dem sich menschliches Heil formulieren läßt. Konsequenterweise orientieren sich alle Pädar- und Andragogiken am Begriff der gesunden Entwicklung,

worin immer dieser auch bestehen mag.

Für die Medizin selbst läßt sich meiner Einschätzung nach ebenfalls ein Trend benennen, der von ziemlicher Bedeutung ist, nämlich der Wandel des klassischen Paradigmas der naturwissenschaftlichen klinischen Medizin zu einem Verständnis von Medizin, der nicht die Heilung von Krankheit und die Verlängerung des Lebens zentral wichtig ist. Im gewandelten Verständnis von den Aufgaben des Medizinsystems wird zunehmend die Förderung der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben betont.

Diese Entwicklung hat geführt zu

einer Ausweitung der Adressaten des Gesundheitssystems: Klientel des Gesundheitssystems sind nicht mehr nur Kranke, sondern sowohl Gesunde, die als Gefährdete Adressaten präventiver Bemühungen werden, als auch chronisch Eingeschränkte oder Behinderte, die nicht zu heilen, aber deren Teilhabechancen zu befördern sind (screening von risk population) weiterhin

- zu einer zeitlichen und thematischen Ausdehnung der Bemühungen auf den gesamten Lebenslauf, Lebensumstände und Verhaltensweisen: dem Gesundheitssystem geht es nicht mehr nur um den qua definitione vorübergehenden Status der Krankheit, sondern um den ganzen Lebenslauf, also dem prämorbidem, der Gegenstand präventiver, oder dem chronisch morbidem, der Gegenstand rehabilitativer Förderung ist. Die Reproduktionsmedizin weitet ihren Eingriffsanspruch bereits auf die noch nicht Geborenen und, noch weiter vorverlagert, auf die noch nicht Gezeugten aus.

Dieser Gestaltwandel von der Krankenversorgung zum Gesundheitssystem hat epidemiologisch faßbare Gründe (demographische Entwicklung, Unfallopfer, Geschädigte) und soziologisch begreifbare Folgen. Epidemiologisch faßbare Gründe liegen im Wandel des Krankheitsspektrums. Heilbare Krankheiten, auf die akut Medizin ausgerichtet war, nehmen relativ ab. Unheilbare chronische Krankheiten, bei denen es um Linderung und Sicherung der Teilhabe an den Rollen des gesellschaftlichen Lebens trotz Einschränkungen und Behinderung geht, nehmen zu.

Auf der Wissenschaftsseite hat dies zum Wandel von der fast ausschließlich medizin-technischen Krankheitsversorgungsforschung zu einer diese ergänzenden Bedeutungsforschung geführt. Zu erwähnen sind hier soziologische bzw. psychologische Akzeptanzforschung z.B. in der Transplantationsmedizin, psychologische bzw. sozialwissenschaftliche, jedoch weiter medizinentrierte Rehabilitationsforschung.

Am kommen ist die Evaluationsforschung, die sich mit der Technologiebewertung von z.B. Arzneimitteln oder mit Relevanz, Effektivität und Kosten von Maßnahmen und Versorgungsprogrammen beschäftigt.

In dieser Entwicklung von Bedeutungsforschung gewinnt auch die Frage nach der Bedeutung von Gesundheit für die gesellschaftliche Teilhabe und die Frage nach der Bedeutung von Arbeits- und Lebensbedingungen für die Gesundheit an höherer Aufmerksamkeit. Ich werde darauf gleich im Zusammenhang mit der Gesundheitsverträglichkeitsprüfung zu sprechen kommen.

Was bedeutet nun Gesundheit in der Stadt, Gesundheit für die Stadt oder die Stadt für Gesundheit?



## 2. Trends zur Thematik Stadt und Gesundheit

In den letzten Jahren wird im gesundheitspolitischen Reformdiskurs der Stadt, der Gemeinde, einen besonderen Stellenwert zugesprochen. So beschreibt beispielsweise die Enquetekommission des Deutschen Bundestages zur "Strukturreform der gesetzlichen

In Städten selbst werden die Gegenstände und Anforderungen einer kommunalen Gesundheitspolitik wieder schärfer gesehen. Denn zahlreiche Probleme mit Gesundheit kommen in der Stadt zur Wirkung und müssen dort faktisch geregelt bzw. gelöst werden. Der Stellenwert von Gesundheit zeigt sich in Stadt- und Verkehrsplanung, Drogenproblematik, Asylantenunterbringung, Müllpolitik, Emissionen von Haushalten und Betrieben, Humanisierung des Krankenhauses und vieles mehr.

Die Stadt ist der Ort, wo Konzeptionen der Wahrnehmung und Wertung sowie Bearbeitung von Gesundheitsproblemen entwickelt wurden und weiterhin entwickelt werden.

Meiner Einschätzung nach besteht ein gewachsener Handlungsbedarf nach einer explizit auf Gesundheit bezogenen städtischen Politik, da die Diskrepanz zwischen Problemlagen, welche mit Gesundheit zu tun haben und darauf gerichtete Umgangs<sup>9</sup>sroutinen eher größer als kleiner wird.

Herkömmliche historisch gewachsene Sichtweisen, technische Interventionsformen und organisatorische Bearbeitungsmuster erweisen sich als unzulänglich, faktische Mißstände im Zusammenhang mit z.B. Müll, Massenverkehr, Verelendung, inhumane Versorgungsinstitutionen zu beheben.

Städtische Gesundheitspolitik hat sich historisch betrachtet und typologisierend formuliert in der Auseinandersetzung mit Risiken entwickelt, welche mit Seuchen, Armut und physikalischen, chemischen Arbeits- bzw. Umweltbelastungen verknüpft waren.

Die entsubjektivierenden Konzepte der bakteriologischen, toxikologischen und technischen Hygiene sowie die polizeiförmig bürokratischen Regulationsmuster aus dem vorigen Jahrhundert wirken bis heute in der städtischen Gesundheitspolitik. Notwendig scheint mir, verstärkt die Subjekte, ihre Sichtweisen und Handlungskompetenzen einzubeziehen sowie ihre Autonomie und Rolle als Sozialbürger ernst zu nehmen. Es geht darum, in einer auf Gesundheitsförderung zielenden Politik und der sie stützenden Gesundheitswissenschaft Alltagskontexte und Wissenschaftskontexte so miteinander zu verbinden, daß Sinn und Wissensfragen nicht voneinander abgekoppelt sind.

Damit stellen sich folgende Fragen:

- Welchen Gesundheitsdiskurs will die Stadt als Ensemble ihrer Bürger, als Organisation von Willensbildungsprozessen, als Geflecht von institutionellen Zuständigkeiten und Verarbeitungsweisen sowie als städtische Bürokratie führen?
- Auf welche Vorstellungen von Gesundheit bzw. Natur rekurren die verschiedenen Bürger, Professionelle, Akteure, Experten, Politiker und

- Bürokraten?
- Wie sind ihre Gesundheitsvorstellungen durch wissenschaftliche Paradigmen bzw. Technikmodelle geprägt?
  - Welche Normalitätsvorstellungen über Vernutzung und Ausbeutung von Natur lassen sich finden?
  - Welche Vorstellungen über Umwelt- bzw. Gesundheitsverträglichkeit existieren?
  - Welchen Grad an Transparenz, Öffentlichkeit und kompetenter Beratung will die Stadt ihren verschiedenen Bürgern und Bürgergruppen zugestehen bzw. anbieten?
  - Über welche vermittelnden Strukturen sollen Brücken zwischen verschiedenen Institutionen; Bürokratien und Bürgern gebaut werden?
  - Welches Verständnis von Wissensproduktion und -nutzung, das sowohl Vertrauen des einzelnen in die Institutionen und Politik sowie zugleich Effektivität der Bearbeitung fördert, soll entwickelt werden? An die Wissenschaft richtet sich die Frage, ob sie an einer wissenschaftlichen Begründung des individuellen kollektiven Guts "Gesundheit" arbeiten will?

Bislang wurde nämlich Gesundheit, die zentrale Voraussetzung für Entfaltung und Produktivität des Menschen in einer Gesellschaft nur unzureichend zum Gegenstand der Wissenschaft gemacht. Gesundheit ist weder als kollektiver und öffentlicher Auftrag noch als individueller und subjektiver Lebensentwurf in ihrer Komplexität und als Ausdruck der körperlichen, seelischen, geistigen und sozialen Existenzweisen des Menschen einigermaßen befriedigend oder gar erschöpfend untersucht und dargestellt worden. Die darin wirkende politische und ideologische Dimension von Gesundheit muß ebenso wie die einzelnen und miteinander verwobenen Aspekte der Gefährdung, Schädigung, Sicherung und Förderung von Gesundheit als Forschungsgegenstand erkannt werden.

Dabei muß bedacht werden, daß das soziale Konstrukt "Gesundheit" und "öffentliche Gesundheit" (Public Health) im herrschenden System medizinischer Intervention allzu schnell auf das Risiko zu erkranken reduziert *wird*. Letztlich wird der Mensch selbst zum Risikofaktor, der die Katastrophen durch falsches Verhalten heraufbeschwört.

Der Begriff Gesundheit und auch die Vorstellungen über Krankheit haben keinen einfachen Sinn. Gesundheit wie Krankheit sind Ausdruck von Lebensleistungen oder Lebensdefiziten, sie sind Aktivitäten nach innen wie nach außen, haben den Austausch mit Welt und Umwelt als konstitutives Element in sich. Gesundheit und Krankheit sind in diesem Sinne Ausdruck subjektiver Gestaltungsfähigkeit und Lebenskompetenz, die wiederum zu ihrer Entfaltung und Entwicklung gesellschaftlicher und öffentlicher Bedingungen und Verkehrsformen, also einer "Public Health" bedürfen.

Gestützt auf die These von der Pluralisierung der Lebenswelten läßt sich, so gesehen, bei einem sozialen Grundrecht auf eine Gesundheit auch von Gesundheiten sprechen. Ulrich Mückenberger hat hierzu in seinem Vortrag "Das Recht auf eine Gesundheit oder: Schwierigkeiten mit der Verrechtlichung des subjektiven Wohlbefindens" in der Ringvorlesung "Gesundheitswissenschaften"

Ausführungen gemacht. In dieser Sicht erhält die Frage nach der Gestaltung von

Technik ebenfalls eine spezifische Perspektive, wenn Techniksysteme als Hintergrundstrukturen für gesellschaftliches Handeln Umgangsweisen mit Körper modulieren und vielfältige Leiblichkeitsmuster generieren (siehe z.B. Transplantations- und Reproduktionsmedizin oder Ernährungsstile bzw. Fortbewegungstechniken).

### 3. Gegenstände städtischer Gesundheitspolitik

Die Gegenstände städtischer Gesundheitspolitik lassen sich danach ordnen, ob sie eher als materielle oder soziale bzw. politische zu charakterisieren sind.

Aktuelle Herausforderungen sehe ich auf folgenden Ebenen:

1. materielle, quantifizierbare Problemlagen, die unter den Begriff der ökologischen Krise fallen.

Hierzu nur einige Stichworte:

- Chemisierung von Arbeits- und Lebenswelt und die damit verbundene Problematik subakuter und chronisch langfristiger Vergiftung von Lebewesen über die Medien Wasser, Boden, Luft und die Nahrungskette
- Müllproblematik, steigende Entsorgungsmenge von Waren und Gütern, deren Nutzungsdauer durch EDV-Technik immer kürzer wird, Verkürzung der Produktionszyklen motorisierter Massenverkehr mit den negativen Effekten bezogen auf Menschen:
  - a) Tote, Leicht- und Schwerverletzte, lebenslang Schwerbehinderte
  - b) pathologische Effekte der Emissionen von Lärm, Gasen und Stäuben sowohl innerhalb wie auch außerhalb des Autos
  - c) Zerstörung und Verwüstung von Bewegungs-, Kommunikations- bzw. Lebensraum (Erlebnisraum) im städtischen Raum

- Vernutzung von menschlichem Arbeits- und Leistungsvermögen

2. Soziale Problemlagen, die mit den prekären Lebenslagen von Menschen zusammen hängen, auch hier nur einige Stichworte:

- Armut von Einheimischen, von Ausländern, Flüchtlingen und Asylanten
- Zunahme von alten Menschen (Pflegebedürftigkeit)
- hoher Anteil von chronisch Kranken
  - a) mit physiologischem Substrat
  - b) sich krank fühlenden Menschen, Neurotisierung von Leiblichkeit

3. Politische Problemlagen, die mit den strukturellen, organisatorischen und inhaltlichen Defiziten der Institutionen des Gesundheitswesens verbunden sind. Als

Stichworte hier:

- Fehlen eines integrierten und differenzierten Gesundheitssicherungssystems
- Zersplitterung des Krankenversorgungssystems (Abschottung und Kluft zwischen ambulanter und stationärer Krankenversorgung, fehlende Funktionsbestimmung des Krankenhauses)
- Dominanz technisch-klinischer Medizin in Diagnostik und Therapie sowie auch Präventivmedizin
- Überforderung des Monopolisten individualisierter Kassenarzt (Medikalisierung sozialer Probleme z.B. Alter, psychosozialer Streß)
- Inhumanität des Krankenhauses Patienten wie Dienstleister
- unzureichende Wirkung des betrieblichen Gesundheitsschutzes (Arbeitsschutz)

Sowohl zu den drei Problemkomplexen als auch zu verschiedenen nicht vollständig genannten Subproblembereichen existieren Politisierung und Auseinandersetzung, die auf die Verantwortlichkeit von Kommunalpolitik zielen.

In nicht geringer kommunalpolitischer Verantwortung stehen von den genannten Problemkreisen insbesondere

- die Müllproblematik
- das Armutsproblem einschließlich der Fragen zu den Asylanten und Flüchtlingen
- die negativen Auswirkungen des motorisierten Massenverkehrs und der Gestaltungsbedarf von Krankenhäusern.

Zum letzteren Punkt ist anzumerken, daß in Bremen eine besonders große Verantwortung gegenüber der Institution Krankenhaus besteht, da im Vergleich mit anderen Großstädten ein überaus großer Prozentsatz der Planbetten in der mittel- bzw. unmittelbaren Trägerschaft der Stadt liegt; nämlich fast 50 % (2.182 von insgesamt 4.765 Betten siehe Landeskrankenhausplan des Landes Bremen 1991/1996, Stand 06.05.91). Die vier größten Krankenhäuser in der Stadt Bremen sind kommunale, selbständig wirtschaftende Krankenhäuser.

#### 4. Konzeptionierung städtischer Gesundheitspolitik

Historisch gesehen war die Stadt, wie gesagt, immer schon der Ort, an dem Gesundheit ausgehandelt wurde und Lebensgefährdungen bearbeitet werden mußten. Und zwar deshalb, weil hier auf engem Raum miteinander umgegangen werden mußte und die Vergesellschaftung stattfand. Die Grenzen und die Bezüge zwischen den Individuen und Interessen wurden in unmittelbarer Nachbarschaft erlebt und bedurften einer Regulierung. Eine gemeinschaftliche Verständigung war notwendig. Im Prozeß der Zusammenballung ging es immer schon um die Zumutungen, Risiken und Vorteile, die zwischen dem einzelnen und ihrem Nachbarn auftraten. Konkret



war die Stadt daher auch der Ort, an dem Gesundheit bzw. Krankheitsbekämpfung und -bewältigung konzeptualisiert und praktiziert wurde. Wichtig ist zu erkennen, daß historisch wie aktuell Gesundheitssicherung nicht mit Medizin gleichgesetzt werden kann. Selbst das Krankenversorgungssystem ist nicht mit dem Medizinsystem identisch.

Im groben Überblick kann man drei Phasen von städtischer Gesundheitspolitik unterscheiden, wobei diese nicht als Ablösungen, sondern als Übergänge zu verstehen sind; die nachfolgend genannten Typen von städtischer Gesundheitspolitik sollen eher als idealtypische Abstrahierungen verstanden werden.

Durchgängig läßt sich für die städtische Politik zur Gesundheitssicherung seit der Frühindustrialisierung feststellen, daß auf Bedrohung, Gefährdung<sup>9</sup> bzw. Risiken hin reagiert wurde und weniger eine vorausschauende prophylaktische, gesundheitsgerechte Gestaltung von Arbeits- und Lebenswelt in der Stadt praktiziert wurde.

Die nachfolgende Systematik schematisiert selbstverständlich. So kann für keine Phase eine rein städtisch autonome Gesundheitspolitik unterstellt werden. Vielmehr muß ein schleichender Prozeß der Entpolitisierung der Gesundheit in der Gemeindepolitik konstatiert werden. "Ausdifferenzierung und Strukturwandel des Deutschen Gesundheitssystems" (Mayntz, Rosewitz 1988) führten zu einer Verselbständigung von zahlreichen Teilbereichen des Gesundheitssystems und zu einer Verlagerung lokaler Regulationskompetenz auf zentralstaatliche Ebenen bzw. wurde professioneller Vermarktung und korporatistischen Aushandlungsprozessen überlassen. So haben Gesundheitssicherungsmaßnahmen in der Stadt wie ambulante und stationäre Versorgung<sup>9</sup> von Kranken, Schutz von Arbeit und Umwelt, Wasserent- und Wasserversorgung sowie Lebensmittel- und Ortshygiene keinen gemeinsamen, ideellen und organisatorischen Fluchtpunkt. Es fehlt auch in der Stadt an einer Gesamtverantwortung im Gesundheitswesen. Man kann auch von einer "organisierten Unverantwortlichkeit" (Beck oder auch andere) sprechen.

Als Gegenstand kommunaler Gesundheitspolitik blieb als Folge dieser Ausdifferenzierung und Verselbständigung<sup>9</sup> alles das übrig, was sich als sperrig und wenig lukrativ gegenüber den Kalkülen und Professionalisierungsinteressen von Kassenmedizin erwies: Drogenabhängige, Psychotiker, Prostituierte, Gefangene, Behinderte, Pflegebedürftige, Alte, Emigranten und Asylanten. Unmittelbar ist die Stadt zuständig für Seuchenhygiene, Hygiene der Wasserver- und Wasserentsorgung sowie für die Müllbeseitigung, für Wohnungshygiene und für die Hygiene öffentlicher Einrichtungen sowie für die Lebensmittelüberwachung. Die derzeitige verfaßte kommunale Gesundheitspolitik hat es also immer noch mit dem Teufelskreis von Armut, sozialer Marginalisierung und Krankheit, also mit Randgruppen zu tun. Auf ihr lastet die Entsorgung von Müll und Unrat sowie die Sorge für öffentliche Sauberkeit.

War das Thema "öffentliche Gesundheit" aus dem öffentlichen städtischen Raum und Diskurs verschwunden, so läßt sich seit einigen Jahren wieder eine verstärkte Anforderung an eine kommunale bzw. regionale Gesundheitspolitik beobachten. Allerdings trifft die Forderung auf schwerwiegende strukturelle, konzeptionelle und kognitive Barrieren.

Nachfolgend geht es mehr darum, ein wenig Licht auf die konzeptionellen Barrieren

zu werfen. Ich habe mich gefragt, welche gesundheitspolitischen Konzepte waren und sind derzeit wirkmächtig und verhindern eine Gesamtperspektive auf kommunale Gesundheitsprobleme. Es ist auch zu fragen, wo solche Konzepte anschlussfähig sind für eine innovative gemeindenahe Gesundheitspolitik (primary health care, healthy public policy).

Wie bereits angesprochen, lassen sich beim Rückblick in die Geschichte als Phasen von Gesundheitspolitik folgende Typen nach dem Kriterium des Risikobezugs herausdestillieren:

1. Gesundheitspolitik bezogen auf Risikotyp "Seuche"
2. Gesundheitspolitik bezogen auf Risikotyp "Armut"
3. Gesundheitspolitik bezogen auf Risikotyp "Arbeits- und Umweltbelastung" (physikalisch-chemischer Art)

### Gesundheitspolitik bezogen auf Risikotyp "Seuche"

Bei der Choleraepidemie 1831 bestand in den Städten unmittelbarer Handlungsdruck. Dort mußte die Ansteckungsgefahr bekämpft und das Wirtschaftsleben aufrechterhalten bzw. gefördert werden.

Dem gesundheitspolitischen Handlungsbedarf in den Städten kamen nun zwei Entwicklungen entgegen:

1. die neue naturwissenschaftlich-technische Hygiene mit der Bakteriologie und
2. die bürgerliche, städtische Reformbewegung einschließlich der medizinisch-ärztlichen um 1848,

In dieser Konstellation. von gesundheitlicher Problemlage, öffentlicher Aufmerksamkeit, politischen Gestaltungswillen und Bereitstellung wissenschaftlicher Analyse und technischer , Gestaltungsmöglichkeit entwickelte sich ein neues Modell öffentlich-städtischer Gesundheitspolitik.

Innerhalb der städtischen Selbstverwaltung betrieben Kommunalpolitiker in Kooperation mit den beiden Berufsständen angewandter Naturwissenschaft, nämlich den Ingenieuren und Ärzten, die Assanierung der Städte. Diese Phase der kommunalen Gesundheitspolitik in Deutschland operierte in einer für die bürgerliche Kultur typischen sozialen Gestalt, nämlich als überregionaler und interdisziplinärer Verein. 1869 wurde der "Nieder-rheinische Verein" und 1873 der "Deutsche Verein für öffentliche Gesundheitspflege" gegründet.

Das Medium zur Assanierung der Städte, also der Reinigung, war das Wasser. Als Symbol für diese Hygienisierung der Stadt steht der Wasserturm. Ein technisches System mit Wasserwerken, Pumpstationen, Rohrleitungsnetzen und Schmutzkanälen wurde gebaut. Der Unrat der Stadt, der Menschen, wird aus der Stadt fortgespült in die Flüsse, von dort ins Meer und versinkt dann in den "unendlichen Tiefen des Ozeans", so die mythologische Vorstellung zur damaligen Zeit.

Die technisch experimentelle Hygiene lieferte seit den 50er Jahren Begründungen dafür, wieviel Schmutz und Unrat und mit Chemikalien belastete Abwässer und

Ablüftungen die Natur in Gestalt von Flüssen, Wäldern und Menschen ertragen könne. Man setzte auf die Selbstheilungskräfte der *Natur* - auch ein mythologisches Bild. Mit der Geburt des Grenzwertkonzeptes wurde eben auch ein bestimmtes Maß an Verschmutzung legitimiert.

Die experimentelle Hygiene bot sich als rationale naturwissenschaftlich argumentierende Basis an, um Forderungen und Appelle an Industrie und Wirtschaft, an Politik sowie die proletarische Industriebevölkerung nach hygienisch gestalteten Arbeits-, Verkehrs- und Lebensbedingungen sowie sauberen und gesitteten Lebensweisen zu richten,

Pettenkofer, Professor für Hygiene in München, ein zentraler Akteur im Deutschen Verein für öffentliche Gesundheitspflege, proklamierte in seiner Schrift von 1873 "Über den Wert der Gesundheit für eine Stadt" eine "Wirtschaftslehre der Gesundheit". (Labisch, Tennstedt 1985, 13.1, S. 26)

Das Seuchenparadigma wurde für die kommunale Gesundheitspolitik bis heute bestimmend. Die Abwehrmaßnahmen richteten sich nicht nur gegen die "Fäulnis der Umwelt" in den Medien Wasser, Boden, Luft und Nahrungsmitteln, sondern eben auch gegen vermutete Träger von ansteckenden Krankheiten wie Bettler, Lepröse, Arme, "Fremde". Ausgrenzung, Isolation, Quarantäne und Hospitalisierung sowie Lebensmittel- und Wasserüberwachung und technische Assanierung waren die reaktiven Strategien.

Die Antiseuchenstrategien wurden ideologisch programmatisch mehr oder weniger explizit immer mit bevölkerungspolitischen Argumenten begründet: Seuchen gefährdeten die Größe der Population und damit die Basis der Wirtschaft wie auch der Mittelklassenmacht. Hinzu kam die Angst vor eigener Erkrankung. Das städtische Bürgertum sah sich durch Seuchen wegen der hohen Ansteckungsgefahr in seiner eigenen leiblichen Existenz bedroht. Die Bedrohung der bürgerlichen Macht, Ordnung und individuellen Existenz verbindet das Seuchenparadigma mit dem Armuts-Gefährdungstyp.

#### Gesundheitspolitik bezogen auf das Risiko „Armut“

„Naturwüchsig entstandene“ und „künstlich produzierte Armut“ (K. Marx) werden Mitte des vorigen Jahrhunderts zum Angelpunkt gesellschaftlicher Auseinandersetzungen staatlicher sowie städtischer Sozial- bzw. Gesundheitspolitik. Kommunale Armutspolitik verblieb über einen längeren Zeitraum zugleich Sozialfürsorge und medizinisch-ärztliche Versorgung von Kranken, Müttern, Säuglingen und Kindern. Diese sozialmedizinische Gesundheitspolitik war auf die soziale Lage von Kollektiven ausgerichtet. Eine solche populationsbezogene Sozialmedizin ist im öffentlichen kommunalen Gesundheitsdienst nur noch rudimentär vorhanden. Ärzte werden vor allem in der Weimarer Zeit Leiter entsprechender kommunaler Behörden.

"Die Unreinlichkeit, welche mit der Armut nur zu häufig verbunden zu sein pflegt, ruft nicht allein äußere Krankheiten der Haut wie Krätze, Ungezieferkrankheiten usw. oder Krankheiten der Adern, wie Fußgeschwüre, Blutungen, ferner Krankheiten der Sinnesorgane, besonders der Augen hervor, sondern erst recht innere Krankheiten, wie akute Seuchen oder Infektionskrankheiten (Typhus, Cholera, Pocken usw.) und chronische Leiden, wie Scrophulose, Tuberculose, Lupus, Syphilis usw. Die

Unmäßigkeit erstreckt sich bei der Armut, abgesehen von den Leiden der Kinder durch übermäßigen Genuß der Kartoffel und des Brotes, besonders auf Alkoholmißbrauch. Die Unordnung ist eine unvermeidliche Folge der mit der Armut so schwer zu vereinigenden richtigen Erziehung. Aus der schlechten Erziehung, aus der Unordnung ergibt sich die Faulheit, der Müßiggang, die Vagabondage." So Ludwig Wilhelm Liersch in seinem Buch "Über Armenkrankenpflege im allgemeinen und im Regierungsbezirk Frankfurt a.O. im besonderen" von 1984 (zitiert nach Tennstedt 1983, S. 456). Im Proletariat bzw. Lumpenproletariat wird nicht nur der Herd von immer 'wieder aufbrodelnden massenhaften Infektionskrankheiten, sondern auch von Unsittlichkeit, Kriminalität, Arbeitsverweigerung und politischer Unruhe gesehen. Kommunale Ordnungspolitik wird eben auch zur Hygienisierung des Proletariats. Labisch spricht vom "Homo hygienius" als Leitbild dieser Strategie.

Der Hygienisierung des Industrie- bzw. Subproletariats ging es nicht nur um die bakteriologisch-technische Reinigung, sondern als gesellschaftspolitisches Konzept um die Integration des Proletariats in die bürgerliche Gesellschaft und deren Verkehrsformen. Tennstedt hat dies mit dem Begriff der "Veredelung des Arbeiters durch Gesundheitsverhalten" (Tennstedt: Vom Proleten zum Industriearbeiter, Köln 1983; S. 448ff) beschrieben- Fr schreibt: "In einem säkularen Prozeß der Zivilisation geht es um die Durchsetzung mit Gesundheitserhaltung<sup>9</sup> bzw. Krankheitsprophylaxe begründeter kultureller Verhaltensnormative, die dem zuvor sittlich-moralisch-standesgemäß begründeten Verhaltenskodex des Bürgertums entsprechen. Die sozialhygienischen Forderungen 'nach außen' (an den Staat, Gemeinden usw.) werden begleitet durch hygienische Forderungen 'nach innen' (an den Arbeiter), die zur kulturellen 'Veredelung des Arbeiters' in dessen eigenem Gesundheitsinteresse beitragen sollen!" (Tennstedt, S. 457)

Die institutionellen Träger dieser Veredelungspolitik sind Armen-, Stadt-, Fabrik- und später Kassenärzte. Die Sozialgesetzgebung in den 80er Jahren des vorigen Jahrhunderts führte zu einer Aufspaltung von Sozial- und Gesundheitspolitik und zu einer Individualisierung in der medizinischen und sozialfürsorgerischen Bearbeitung.

Das Risiko Armut verbleibt bei den Gemeinden, die Krankheit des vom Proleten zum Industriearbeiter gewandelten Armen kommt in die Zuständigkeit der Krankenkassen und gerät zunehmend Definitions- und Verfügungsmacht der Kassenärzte klinischen Medizin.

Arbeiterkrankheit, so noch der allgemeine Oberbegriff um die Jahrhundertwende für die Leiden und Erkrankungen wie Tuberkulose, Staublunge, Rheuma, Fehl- und Unterernährung der Unterschichten, werden zu naturwissenschaftlich definierten Körperdefekten, die einer technischen Reparatur im Einzelfall bedürfen-

Ein soziogenetisches Verständnis von Erkrankung wird durch Lehren zur genetischen Konstitution und endogenen Dysregulation ersetzt. Die Sozialhygiene wird später zur Rassenhygiene.

Schädigung der Gesundheit von außen durch physikalische bzw. chemische Arbeits- und Umweltbelastungen wird genau besehen nur als Unfall definitorisch gefaßt.

Gesundheitspolitik bezogen auf den Risikotyp "Arbeits- und Umweltbelastungen"

Konnten die Schädigungen an Leib und Seele, wie sie durch Staub, Rauch und Gase sowie durch schwere und lang dauernde körperliche Leistungsanforderung bei der Lohnarbeit produziert wurden, über lange Zeit in der industriellen Entwicklung noch dem allgemeinen Armutsproblem zugeschlagen und allgemein als Arbeiterkrankheit abgetan werden, so tritt mit wachsender Technisierung und Chemisierung der Produktion der Unfall ins Blickfeld der Öffentlichkeit. Spektakuläre Explosionen von Dampfkesseln und Chemieanlagen öffnen den Blick auf die Unzahl der täglichen Körperverletzungen, Vergiftungen und Todesfälle bei der Lohnarbeit. Zugleich stellen diese katastrophalen Unfallereignisse ebenso eine direkte Bedrohung der bürgerlichen Schicht dar. Die Unfallkatastrophen erhielten einen hohen symbolischen Wert für die Risiken der industriellen Produktion und die Grenzen der Naturbeherrschung. Es wurde offenkundig, daß von den Risiken der industriellen Produktion nicht nur die Lohnarbeiter und ihre Angehörigen, sondern auch das Bürgertum unmittelbar betroffen war. Massenunfälle waren nicht selten der auslösende Moment für öffentliche Rebellion und Streiks der Arbeiter. Unfälle gefährdeten also in vielfältiger Weise die öffentliche Ordnung und bedurften einer Regulation. Das Unfallparadigma wird zum grundlegenden Modell der Risiko- und Gefährdungsvorstellungen der Industriegesellschaft schlechthin. Letztlich werden die Arbeits- und Umweltbelastungen physikalisch und toxikologisch definiert dem Unfallparadigma unterworfen (Hilles, "Künstliche" und "natürliche" Risiken in der Geschichte der Arbeitsmedizin, 1990, S. 103).

Schädigung der Natur bzw. der Gesundheit werden als industriell produzierte nur dann rechtlich anerkannt, wenn sie Folgen von „Plötzlichen und von außen kommenden Ereignissen“ sind, Krankheiten gelten erst seit 1925 als berufsbedingt, wenn sie wie Unfälle durch physikalisch bzw. chemisch definierte Belastungsfaktoren wie Lärm oder Blei verursacht waren.

Schleichende, über einen längeren Zeitraum einwirkende Noxen, bei denen die Zusammenhänge zwischen Ursache und Wirkung schwer zu erkennen und zu beweisen waren bzw. sind, wurden und werden entweder der Konstitution, dem Altern, dem allgemeinen Verschleiß oder dem Fehlverhalten des Individuums zugeschlagen und generell als "natürliche" Folgen eines "natürlichen" Produktionsprozesses gedeutet.

In der noch heute gültigen Gewerbeordnung von 1869 wird mit dem Begriff der "Natur des Betriebes" ein gewisses Ausmaß an Natur- bzw. Gesundheitsgefährdung und -schädigung legitimiert, Schadensregulierung nicht präventiver Arbeits- und Technikgestaltung waren die Konsequenzen.

Das Unfallparadigma mit seinem Kausalitätsverständnis, eine Ursache mit bestimmbarer Wirkung im zeitlich engen Zusammenhang, wird zur Basis auch des Wahrnehmens und Bewertens von Vergiftungen von Mensch und Natur. Es wird auf die Selbstheilungskraft der Natur gesetzt, Grenzwerte für einzelne Stoffe bzw. Gemische werden festgelegt. Technische Kapselung von Mensch und Maschinen, gleichmäßige und großflächige Verbreitung des Gifts durch hohe Schornsteine, Selektion von besonders empfindlichen oder als schutzwürdig angesehene Personen sowie Monitoring von Vergiftungsparametern sind die technischen organisatorischen Regulationsformen, die die Normalität der industriellen Pathogenität nicht in Frage stellen. So bleiben auch im Umweltschutz die Nutzungs- und Verwertungsinteressen vorrangig Natur wird als Ressource verstanden, sie soll allerdings ökonomisch genutzt

werden.

Vom Unfallbegriff her kann eigentlich nur eine ex post Schutzpolitik, kaum eine ex ante prophylaktische Gestaltungspolitik konzipiert werden.

Sicherheit wird in dem doppelten Sinne der produzierenden und kompensierenden Risikogesellschaft zu einer zentralen Wertidee. Welches Ausmaß an Sicherheit allerdings und über welche Verfahren man Sicherheit herstellen und garantieren wollte, dies wurde in die Obhut der Techniker und Fabrikherren verwiesen. Die Kompensation von verunfallten Arbeitern wird in die Hoheit der Unfallversicherungsträger, d.h. zu 100 % den Unternehmern mit dem Unfallversicherungsgesetz von 1884 zugeschlagen und den Künsten einer aus der Kriegschirurgie sich entwickelnden Unfallmedizin überlassen, Die Kontrolle über die Sicherheit der technischen Anlagen wird in Selbstregulation der Fabrikherren und Techniker durch den Dampfkesselüberwachungsverein, dem Vorläufer des heutigen TÜVs geregelt. Der Staat -zieht sich auf eine nur allgemeine Regulationskompetenz zurück und prüft bei der Neuzulassung von technischen Anlagen. Staatliche Gewerbeaufsicht, personell und rechtlich unterausgestattet, sich auf Konzessionierung und gelegentliche, eher seltene Kontrollen.

Die öffentliche Gesundheit mußte gegenüber den Interessen der Produzenten an den Rand geraten und zurücktreten. Dies geschah nicht nur bildlich, sondern faktisch in den Gemeinden. Die gewerblichen und industriellen Produktionsstätten mit ihren gesundheitsverschleißenden Arbeitsbedingungen sowie mit ihren Gefährdungen gegenüber der natürlichen Umwelt wurden im Zuge der Raumplanung an den Rand der Städte verlagert und damit aus der kommunalen Wahrnehmung ausgeblendet. Nur noch die stinkenden, dampfenden, rauchigen, staubigen, lärmenden und vibrierenden Emissionen störten die Nachbarschaft. Kommunale Hygiene schloß die gewerbliche Hygiene innerhalb der Fabrikmauern nicht ein. Innerhalb der Fabrik galten Prinzipien der bürgerlichen Öffentlichkeit nicht. Die Stätte der Risikoproduktion wurde den kontrollierenden Blicken der städtischen Öffentlichkeit entzogen. Diese Ausgrenzung lebt bis heute in der Aufspaltung von Arbeitsschutz und Umweltschutz fort. Kommunale Gesundheitspolitik macht bis heute vor den Betriebstoren halt.

Die Restriktionen städtischer Gesundheitspolitik lassen sich also, zusammenfassend gesagt, als organisatorische und inhaltliche fassen.

Als organisatorische Restriktionen seien pauschalierend genannt:

- hochgradige Fragmentierung des politisch-administrativen Systems
- Vielzahl von Handlungseinheiten
- Aufteilung der Kompetenz und Zuständigkeiten (Ressortegoismen)
- Kommunikations- und Koordinationsprobleme
- Defizite an wechselseitigen Informationen
- Fehlen einer organisatorischen Koordination
- Mangel an Abstimmung und strategischer Planung
- Fehlen einer die Gesundheitsthematik vermittelnden intermediären Instanz

Die inhaltlichen Restriktionen liegen insbesondere darin begründet, daß von der Schädigung her das Risikomanagement entwickelt wird.

Dies erstaunt insofern als in der Biologie, der Medizin und in den Sozialwissenschaften durchaus Vorstellungen und Konzepte erarbeitet wurden, die eine Transformierung der Umwelt- und Gesundheitspolitik weg von dem Seuchen-, Armuts- und Belastungs- bzw. Unfallparadigma ermöglicht.

Stellvertretend für die verschiedenen Ansätze sei nur an Jakob und Thure von Uexküll erinnert. Jakob von Uexküll. (1854 - 1944) hat als Biologe 1936 wohl als erster systematisch den Umweltbegriff entwickelt und das Wechselverhältnis des Subjekts zu seiner Umwelt (Funktionskreis) herausgestellt sowie eine Theorie des Organismus daraufhin formuliert, Auf dieser Theorie aufbauend hat sein Sohn Thure als Arzt und Psychosomatiker zusammen mit Wolfgang Wesiak eine Theorie der Humanmedizin konzipiert. In Auseinandersetzung mit dem Maschinenmodell: entwerfen sie ein Konzept, das systemtheoretische und zeichentheoretische Aussagen verknüpft. Ihnen geht es darum, das Subjekt in eine bzw. Gesundheitslehre zu integrieren.

In den Sozialwissenschaften haben vor allem streßtheoretische Ansätze eine Relevanz für theoretische Begründungen von Krankheit und Gesundheit gewonnen. Dem Streßbegriff kommt hierbei eine Scharnierfunktion zu, um zwischen sozial- und naturwissenschaftlichen Theoremen eine Brücke zu schlagen, so z.B. in der Immunologie.

Doch haben die nur kurz angedeuteten Ansätze bislang bei allem Aufblühen der "Bedeutungsforschung" kaum Eingang in die Gesundheitspolitik gefunden.

Übersehen werden darf außerdem nicht, daß bei allem Fortschritt in der Biologie, eine das Subjekt einbeziehende Theorie vom Lebendigen zu entwerfen, mit dem Boom der Genetik bzw. der Molekularbiologie eher die Tendenz besteht, gentechnische Deutungsmuster und Praktiken im Umgang mit Gesundheitsrisiken und Krankheit zu implementieren. Der Medizin- bzw. Umwelttechnologie eröffnet sich hier ein großer Markt.

Für die Umwelt- bzw. Gesundheitspolitik gilt genau gesehen weiterhin, auch wenn sie sich als präventiv bzw. vorsorgend ausgeben, daß für die durch soziotechnische Systeme produzierten Risiken, Schädigungen und Problemlagen weiterhin technische Problemlösungen gesucht und gefunden werden. über Rückkopplungsmechanismen kommt es zu einer weiteren Vergrößerung und Vernetzung technischer Systeme, die wiederum neue Probleme generieren. Beispielhaft läßt sich dies in der Gefahrstoffpolitik und der Müllpolitik studieren, wo lediglich Risikomanagement versucht wird zu betreiben.

## 5. Umwelt- bzw. Gesundheitsverträglichkeitsprüfung

Welche Ansatzpunkte lassen sich benennen, um trotz der angesprochenen inhaltlichen und organisatorischen Restriktionen eine innovative gesamtverantwortete städtische Gesundheitspolitik zu entfalten? Wie können die eingangs genannten positiven Trends eines gewachsenen öffentlichen Bewußtseins zur Naturgefährdung und zur Notwendigkeit von Gesundheitsförderung in den verschiedenen Sektoren städtischer Politik für eine "healthy public policy" genutzt werden?

Ansatzpunkte sehe ich dort; wo rechtliche Anforderungen die Prüfung der "Verträglichkeit" von Maßnahmen und Vorhaben gegenüber Umwelt bzw. Gesundheit

fordern und wo Verfahren in die Wege geleitet wurden; um zu einer Bilanzierung städtischer Gesundheitspolitik zu kommen.

Gesetzliche Anforderungen ergeben sich neben den schon älteren Bestimmungen wie den Baugesetzen oder den Gesetzen zu Wasser, Boden, Luft aus dem Gesetz über die Umweltverträglichkeitsprüfung vom 12.02.1990.

Zweck des Gesetzes ist es sicherzustellen, daß bei geplanten Vorhaben, wie z.B. die Errichtung von betrieblichen Anlagen, vom Bau von Straßen und Bahntrassen bzw. Flughäfen oder von Müllentsorgungsanlagen zur wirksamen Umweltvorsorge nach einheitlichen Grundsätzen

„1. die Auswirkungen auf die Umwelt frühzeitig und umfassend ermittelt, beschrieben und bewertet werden,

2. das Ergebnis der Umweltverträglichkeitsprüfung so Früh wie möglich bei allen behördlichen Entscheidungen über die Zulässigkeit berücksichtigt wird,“

„Die Umweltverträglichkeitsprüfung umfaßt die Ermittlung, Beschreibung und Bewertung der Auswirkungen eines Vorhabens auf

1. Menschen, Tiere und Pflanzen, Boden, Wasser, Luft, Klima und Landschaft, einschließlich der jeweiligen Wechselwirkungen

2. Kultur- und sonstige Sachgüter.

Sie wird unter Einbeziehung der Öffentlichkeit durchgeführt.“ (§ 2)

Dieses Gesetz veranlaßt nun die kommunalen Gesundheitsbehörden zu fordern, daß im Rahmen der Umweltverträglichkeitsprüfung eine spezielle Gesundheitsverträglichkeitsprüfung eingeführt wird.

Im Gegensatz zur Position des Bundesumweltministers hält ein Kreis von leitenden Medizinalbeamten bestehende umweltbezogene Zulassungsvoraussetzungen der Fachgesetze, die auf den Schutz des Menschen und seiner Gesundheit abstellen., wie z.B. TA Luft (Technische Anleitung Luft) nicht für hinreichend. Sie böten in qualitativer und quantitativer Hinsicht keine ausreichenden Grundlagen für die gesundheitliche Beurteilung von Vorhaben.

Es wird eine formale und inhaltliche Einbindung der Gesundheitsämter in das UVP-Verfahren gefordert. Erste Überlegungen jüngster Zeit zur Entwicklung von Prüfkriterien und von Zielen bzw. Bewertungsmaßstäben lassen eine gewisse Hilflosigkeit erkennen. Das Fehlen eines operationalisierbaren Gesundheitsbegriffs wird beklagt und gleich auf Konzepte der Toxikologie rekuriert, Es werden Vorsorgestandards gefordert,

- die auf den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisstand basieren,

- die Belange der empfindlichsten Bevölkerungsgruppen (Risikogruppen) berücksichtigen, die zeitliche Akkumulation von Umweltchemikalien berücksichtigen.



Inwieweit additive oder synergistische Effekte in solche Bewertungsmaßstäbe einfließen können, bleibe fraglich, schreiben die Autoren.

Sehr bemerkenswert ist die Feststellung, daß die Gesundheitsverträglichkeitsprüfung zunächst im Rahmen der Umweltverträglichkeitsprüfung entwickelt, werden solle, als wichtige zukünftige Ziele seien jedoch Konzeptionierungen von weiteren Gesundheitsverträglichkeitsprüfungen ist nicht abwegig, da bereits hierzu eine Rechtsvorschrift vorliegt, nämlich die Maschinenrichtlinie des Rates der europäischen Gemeinschaften vom 14. Juni 1989. Im Artikel 2 heißt es: „Die Mitgliedsstaaten treffen alle erforderlichen Maßnahmen, damit die Maschinen im Sinne dieser Richtlinie nur in Verkehr gebracht und in Betrieb genommen werden dürfen, wenn sie die Sicherheit und die Gesundheit von Personen und ggfs. von Haustieren oder Installierung und Wartung und bestimmungsgemäßem gefährden.“ Im Artikel 3 steht: "Die Maschinen im Sinne Richtlinie müssen die in Anhang 1 aufgeführten grundlegenden Sicherheits- und Gesundheitsanforderungen erfüllen-" Im Anhang steht unter "grundlegende Sicherheits- und Gesundheitsanforderungen bei Konzipierung und Bau von Maschinen" u.a.: „Bei bestimmungsgemäßer Verwendung müssen Belästigung; Ermüdung und psychische Belastung (Streß) des Bedienungspersonals unter Berücksichtigung der ergonomischen Prinzipien auf das mögliche Mindestmaß reduziert werden."

Die Umwelt- bzw. Gesundheitsverträglichkeitsprüfungen und die "Grundlegenden Sicherheits- und Gesundheitsanforderungen bei Konzipierung und Bau von Maschinen" stellen nicht nur die Unternehmen und Behörden, sondern ebenfalls die Gesundheits- und Arbeitswissenschaftler vor große Herausforderungen.

Für eine auf Integration bedachte städtische "healthy public policy" bietet die wachsende Verpflichtung nach Umwelt- bzw. Gesundheitsverträglichkeitsprüfungen die Chance, Medien bzw. Instanzen zu schaffen, die eine vermittelnde Brückenfunktion zwischen den heterogenen Interessen und Akteuren, zwischen Behörden und Bürgern bzw. zwischen formellen und informellen Bereichen einnehmen können.

Solche intermediären Instanzen sollten informationelle Instrumente entwickeln. Unter informationellen Instrumenten werden Informations- und Öffentlichkeitsarbeit Indikative und informative Pläne und Programme sowie symbolische Belohnungen und prozedurale Regelungen verstanden (Mayntz 1950).

Hierzu werden in Bremen ebenfalls bereits Anläufe unternommen. Erwähnen möchte ich Ansätze zu einer Gesundheitsberichterstattung, die allerdings noch entwicklungsbedürftig ist. Ein fortgeschriebenes Gesundheitsberichtswesen sollte so strukturiert sein, daß es die notwendigen Informationen liefern *kann*, um Trans<sup>p</sup>arenz und Öffentlichkeit herstellen zu können.. Es sollte für verschiedene Teilbereiche Spezialberichte umfassen, die es erlauben, eine Gesundheitsverträglichkeitsprüfung angehen. zu können.

## 6. Pilotstudie zur Gesundheitsverträglichkeitsprüfung von Müllpolitik und Krankenhaus

In einer kleinen Studie möchte ich gerne die Innovationsfähigkeit bremischer Gesundheitspolitik überprüfen wollen.

In einem ersten Teil möchte ich herausfinden, welche Ansätze und Vorstellungen zur Gesundheitsverträglichkeitsprüfung im Rahmen der Umweltverträglichkeitsprüfung in

Bremen bereits vorhanden sind. Hier bietet sich die städtische Müll- bzw. Abfallpolitik an. Anlaß dazu bietet ja der frische "Abfallwirtschaftsplan".

Im zweiten Teil würde ich gern ein erstes Konzept einer Gesundheitsverträglichkeitsprüfung erarbeiten wollen: 'm Humanisierungsdefizite und Gestaltungsbedarfe in Krankenhäusern erkunden zu können.

In beiden Teilbereichen geht es um eine Bilanzierung des Literaturstandes und um die Befragung von Akteuren in diesen Feldern.