

Rainer Müller
Kommentar zum Bericht der Kommission „Bremen 2000“
und das Leitbild "Bremen – eine gesundheitsbewußte Stadt"

I. Gesundheit als Leitmotiv der Stadtentwicklung

Dieses Leitmotiv geht von folgenden Einsichten aus:

1. Mit Gesundheit sind zentrale Bedürfnisse und Bedarfe angesprochen.
2. Die Befriedigungen dieser Bedürfnisse und Bedarfe stoßen auf Probleme der Realisierung (Vernutzung der inneren und äußeren Natur, prekäre Lebenslagen und -verläufe, Defizite der institutionellen (Kranken-) Versorgung).
3. Gesundheit ist ein Querschnittsproblem aller Politikfelder
4. Gesundheitsverständnisse sind von kulturellen und sozialen Deutungen, von Erfahrungen des individuellen und öffentlichen Lebens geprägt.
5. Neben der Krankheitslogik des Medizinsystems ist eine alternative Gesundheitslogik und -kultur zu entfalten. Effizienz und Effektivität des Medizinsystems werden weit überschätzt.
6. Ein neuer Blick auf Gesundheit ist zu vermitteln und als Gegenstand öffentlicher und gesellschaftlicher Bewertungs- und Aushandlungsprozesse erkennbar zu machen.
7. Gesundheit des Individuums ist entscheidend von der Qualität der sozialen Lebenslage und der Organisation des Lebensverlaufs abhängig. Dies ist die grundlegende Erkenntnis des Public Health-Konzeptes. Empirische Befunde über soziale Ungleichheit vor Krankheit und Tod belegen diesen Zusammenhang. Der Lebenslauf wird als eine Institution verstanden, in dem Individuen untereinander die biologischen und sozialen Bedingungen ihres Lebens in der Zeit organisieren und optional mit den Angeboten der Institutionen wie Arbeitsmarkt, Bildungs- und Berufssystem umgehen.
8. Public Health-Forschung/Gesundheitswissenschaften betrachten sowohl die äußeren und inneren Risiken als auch die Ressourcen von Personen und Gruppen zur Bewältigung der Risiken bzw. Krisen.
9. Eine "Healthy Public Policy" erfordert einen neuen sozialen Kontrakt zwischen Bürgern und institutionellen bzw. politischen Akteuren.
10. Institutionen und Einrichtungen von Public Health, insbesondere die Sozialversicherungen haben sich in ihrer inhaltlichen Orientierung auf das Leitbild "Healthy Public Policy", d.h. auf Erkenntnisse der Gesundheitswissenschaften/Public Health-Forschung neu zu orientieren und dabei die Lebenslaufperspektive sowie die Möglichkeiten der Stärkung der Bewältigungskompetenzen von Individuen und Institutionen in den Blick zu nehmen. Statt

Pathogenese ist Salutogenese als Konzeption in Theorie und Praxis zu entfalten.

11. Gesundheitsbewußte Politik erfordert
 - a) einen fortlaufenden Überblick über relevante gesundheitsbezogene Indikatoren (Gesundheitsberichterstattung),
 - b) eine gesundheitsrelevante Forschung (Gesundheitswissenschaften/Public Health-Forschung),
 - c) einen öffentlichen Diskurs in Zirkeln, Foren und Kampagnen (Gesundheitsdiskurs).

II. Bezug des Leitbildes "Gesundheitsbewußte Stadt" zu "Bremen 2000"

Interessenausgleich in der Region – Empfehlung 1 (S. 11f)

Wenn es richtig ist, daß die Innovationsfähigkeit einer Region nicht nur der Technologiepolitik geschuldet ist, sondern entscheidend von den sozialen, politischen und kulturellen Strukturen, Prozessen und Wertvorstellungen abhängig ist, dann ist zu fragen, welche innovativen Ressourcen in den sozialen Beziehungen des Systems der sozialen Sicherung unzureichend genutzt schlummern. Welchen Beitrag leisten Kranken-, Unfall-, Renten- und Arbeitslosenversicherung und andere Institutionen der sozialen Sicherung für eine Kultur des Vertrauens bzw. der Verlässlichkeit (siehe "Perspektive für Bremen", S. 10f.)?

Um das Ziel "ausgeglichene Lebens- und Arbeitsbedingungen" schaffen zu können, ist eine fortlaufende Gesundheitsberichterstattung, die sowohl Risiken der Arbeits- und Lebenswelt, der Lebensweise als auch Bewältigungsressourcen thematisiert, aufzubauen (siehe Leitbild "Bremen - informierte Stadt" und "Kommunale Informationsinfrastruktur (KII)").

Die Routinedaten der Sozialversicherungen, insbesondere der Krankenversicherungen, sind für eine fortlaufende Berichterstattung zu nutzen. Diese Auswertungsstrategien sind mit vertiefenden Detailstudien über Risiken, Belastungen und Bewältigungskompetenzen sowie Bedürfnissen und Bedarfen zu ergänzen.

Eine solche Orientierung setzt ein neues kreatives Kooperationsverständnis der Einrichtungen der Sozialpolitik untereinander und mit Betrieben, Bürgern und staatlichen sowie nichtstaatlichen Organisationen voraus (siehe Option 25, S. 53, Option 27, S. 55). Als Untersuchungseinheit ist Bremen und Bremerhaven mit seinen Umlandgemeinden im Rahmen der Neuen Hanse Interregio zu betrachten (Option 3, S. 26).

Ein systematischer Erfahrungsaustausch und gemeinsame Aktivitäten auf den Sektoren Berichtswesen, Forschung, Bildung und Praxis mit der Sichtweise einer "Health Public Policy" ist notwendig; entsprechende Organisationsmuster sind einzurichten.

Industriepolitik/mittelständige Wirtschaft – Empfehlung 3, 5 (S. 12, 13, Option 4, 5, S. 28, 29)

Die Leistungsfähigkeit der Industrie und der mittelständischen Wirtschaft basiert nicht zuletzt auf dem Leistungsvermögen und der Leistungsbereitschaft der Erwerbsbevölkerung der Region (Humanpotential). Leistungsfähigkeit und -bereitschaft wiederum werden von den Möglichkeiten, Motivationsaspekte wie Qualifizierung, Verantwortung, Autonomie, Mitentscheidung, Kooperation, Arbeitszufriedenheit, Einkommen u.a. realisieren zu können, bestimmt. Die Streßforschung belegt einen engen Zusammenhang zwischen Be- bzw. Mißachtung dieser Arbeitsaspekte und Gesundheit bzw. Erkrankung. Die Gesundheitsschädlichkeit von physikalischen, chemischen, biologischen und arbeitsorganisatorischen (z.B. Nacharbeit) Risiken ist seit langem bekannt.

Lebens- und Arbeitsqualität ist Standortqualität.

Ein gesundheitsgerechter, lebenslauforientierter Umgang mit dem "Humanpotential" ist als integraler Bestand einer Industrie- und Wirtschaftspolitik anzusehen.

Ein Leitbild wie "in Würde alt werden im Betrieb" ist angesichts des demographischen Wandels zu entwickeln.

Die Produktion und Externalisierung von "Gesundheitsverschleiß" (arbeitsbedingte Erkrankung, Frühinvalidität, vorzeitiger Tod) muß durch ein arbeitsweltbezogenes Gesundheitsberichtswesen öffentlich gemacht und durch eine Healthy Public-Industrie- und Wirtschaftspolitik verhindert werden. Die Auswertung der Routinedaten der Krankenversicherungen ist mit gesonderten epidemiologischen Studien über Berufsverläufe und Gesundheits- bzw. Erkrankungskarrieren zu ergänzen.

Eine integrierte Beratung und Betreuung von Betrieben und Belegschaften in Arbeits-/Gesundheitsschutz (EU-Richtlinien), Qualitätssicherung (DIN ISO 9000ff) und Umweltschutz (EU-Öko-Audit) ist zu entwickeln.

Konzertierte Aktionen in den Sozialversicherungen auf dem Sektor Gesundheitsförderung, Prävention, Rehabilitation (SGB V § 1, § 20; SGB VI § 31, Berufskrankheitenverordnung § 3 u.a.) sind zu organisieren und zu qualifizieren (siehe auch Option 27, 28, S. 55f). Besondere Konzeptionen und Strategien sind für Kleinst-, Klein- und Mittelbetriebe je nach Branche, Handwerk und Dienstleistung zu entwickeln.

Weiterbildung und Professionalisierung auf der Gebiet der konsumentenorientierten Dienstleistung – Empfehlung 8 (S. 14, Option 26, S. 54)

Bei diesen Bemühungen sind arbeits- und gesundheitswissenschaftliche Erkenntnisse, Methoden und Konzepte zu integrieren. Neue Kooperationsformen und Trägerstrukturen zwischen den Dienstleistungs-, Forschungs- und Bildungseinrichtungen sind zu etablieren (siehe Option 27, S. 55).

Forschung und Ausbildung – Empfehlung 14 (S. 15f)

Die Abhängigkeit der (über-) regionalen Bedeutung von Gesundheitswissenschaft, Lebenslauf- und Sozialpolitikforschung, von wissenschaftlicher Infrastruktur einerseits

und von der Kooperation mit den regionalen Akteuren (Betriebe, Sozialversicherungen, öffentliche Einrichtungen u.a.) ist in Rechnung zu stellen. Der Feld- und Datenzugang sind häufig nicht gegeben. Implementations-, Evaluations- und Qualitätsforschung sind notwendig.

Soziale Dienstleistungsangebote, neue Kooperationsformen – Empfehlung 16, 17 (S. 16f, Option 25, 27, S. 53, 55)

Eine fortlaufende Berichterstattung über Bedürfnisse, Bedarfe, Qualität und Defizite von sozialen Dienstleistungen ist zu etablieren (Versorgungs-, Evaluations-, Qualitätsforschung) (siehe auch Kommunale Informationsinfrastruktur KII).

In der Praxis sind im Sinne eines Rehabilitationsgesamtplanes simultan und sukzessiv medizinische, rehabilitative, soziale und andere Dienstleistungen zu integrieren und die Zugänglichkeit (räumliche und soziale Distanz) zu garantieren.

Neue Kooperationsformen und differenzierte Trägerstrukturen zwischen den Einrichtungen der Krankenversicherung, der Rentenversicherung, der Unfallversicherungsträger und anderen öffentlichen bzw. privaten Einrichtungen, Verbänden und der Selbsthilfe sind zu etablieren (Public Privat Partnership). Allerdings verlangt dies eine Neuorientierung der Akteure in den genannten Institutionen. Über berufsbegleitende Bildungsmaßnahmen sind gesundheits- und arbeitswissenschaftliche Konzepte, Methoden und Sichtweisen in interdisziplinären bzw. interprofessionellen Settings zu vermitteln. Entsprechende Modellvorhaben sind zu fördern. Die Selbstverwaltungen in den Sozialversicherungen sind hier stärker zu fordern. Ein modernes Verständnis von Produktivität öffentlicher Dienstleistungen und ein modernes Verständnis von sozialem Management sind zu reflektieren und einzubeziehen. Bei den Strategien von Qualitätssicherung sozialer Dienstleistungen sind sowohl die Seite des Dienstleisters als auch des "Konsumenten" zu beachten (Humanisierung bzw. Gesundheitsförderung für beide Partner).

Arbeitslosigkeit – Empfehlung 18 (S. 17, Option 22, S. 51)

Eine Berichterstattung über den Zusammenhang von Erwerbsarbeit -Krankheit - Arbeitslosigkeit bzw. Arbeitslosigkeit und Krankheit ist einzurichten. Eine gesundheitswissenschaftliche Forschung hat sich auf Lebenslauf und Langzeitperspektiven bei Sozialkarrieren zu orientieren. Berufs-, tätigkeits- und schichtenspezifische Risiko- und Erkrankungskarrieren sind mit Routinedaten der Renten- und Krankenversicherungen sehr gut darstellbar. Sie sind durch sozialepidemiologische Vertiefungsstudien zu ergänzen. Ein öffentlicher Diskurs dieser Ergebnisse ist herzustellen.

Integrierte Interventionsformen der Arbeits- und Technikgestaltung sowie der Berufsverlaufsplanung sind zu konzipieren und zu etablieren. Dies verlangt neue Kooperationsformen der Akteure im System der sozialen Sicherung (siehe Option 27, 28, S. 55f).

Stellenwert von Prävention, Reaktivierung, Rehabilitation – Empfehlung 18 (S. 17, Option 28, S. 55f)

Die individuelle Ausprägung im Kontinuum zwischen den Polen gesund - krank ist von interaktiven Prozessen des Individuums mit seiner Umwelt abhängig.

Das Public Health-Konzept betont die gleichrangige Bedeutung der Verantwortung des Individuums wie der Öffentlichkeit, des Staates, der Institutionen, des Betriebes (Public Health in Private Company). Der Einzelne braucht die Möglichkeit bzw. die Chance bzw. die Optionalität für gesundheitsgerechtes Verhalten. Ein "blaming the victim" ist zu unterlassen. Welches Verständnis von Gesundheitspolitik liegt der Empfehlung zugrunde? Dominiert das medizinentrierte Verständnis von Krankenversorgungspolitik oder ein Verständnis von "Healthy Public Policy" in allen Gestaltungsfeldern der Gesellschaft?

Eine Forderung nach mehr Prävention hat sich bewußt zu machen, daß im Medizin-/Krankenversicherungssystem nicht selten Präventionsmaßnahmen schädigend, kostentreibend, unethisch (falsch positive/falsch negative Diagnostikbefunde, Diagnostikkaskaden) sind. Effizienz und Effektivität der Praxis der medizinischen Prävention/Früherkennung von Krankheiten ist kaum oder gar nicht evaluiert.

Zwar ist die Forderung nach Umwelthygiene und analytischer Umweltepidemiologie notwendig, allerdings liegen die Defizite eher bei der Umsetzung von vorhandenem Wissen in gesundheitsgerechte Gestaltung von Arbeits- und Lebenswelten. Die regionale, schichten- und institutionsspezifischen Disparitäten im Zugang zur beruflichen und medizinischen Rehabilitation sind offenzulegen (Berichtswesen). Integrierte Strategien von Rehabilitation (siehe oben) sind notwendig.

Alten- bzw. altengerechte Angebote sind nicht nur außerhalb, sondern auch innerhalb der Erwerbsarbeit anzubieten (Option 29, S. 56). Die Schaffung solcher altersgerechter bzw. altersinvarianter Arbeitsplätze sind durch Sozialversicherungsaktivitäten zu stützen.

Der Arbeitsschutz ist um Gesundheitsförderung, Gestaltung von Arbeit und Technik sowie um Qualitätssicherung (ISO 9000 ff), um Umweltbilanzierung (EU-ÖKO-Audit) zu erweitern. Interdisziplinäre, branchen- und tätigkeitsspezifische Dienstleistungsangebote mit trägerübergreifenden Organisationsmustern sind dringend aufzubauen. Insbesondere ist hier auf die Problematik der Kleinst-, Klein- und Mittelbetriebe einzugehen.

Verkehr – Empfehlung 25 (S. 19, Option 39, 47, S. 63f, 69f)

Der motorisierte Individual- und Güterverkehr ist einer der zentralen Probleme von Public Health. Unser Wissen über die Risiken und Gefährdungen sind überwältigend und eindeutig. So in Bezug auf Unfälle (tödliche, Leicht- und Schwerverletzte), über physikalische Noxen wie z.B. Lärm, chemische Noxen wie z.B. Abgase der Motoren bzw. Verdampfung beim Tanken oder auch in Bezug auf psycho-soziale Belastungen oder mit Blick auf körperliche Fehlstellung (langes Autofahren). Eine systematische Gesundheitsberichterstattung mit der Bilanzierung der Gefährdungen und Risiken und den Möglichkeiten der Minimierung der Gefährdungen ist dringend notwendig. Eine Kosten-Nutzen-Analyse auch für die Region ist zu erarbeiten. Der bereits entwickelte

öffentliche Diskurs ist zu verstärken und zu qualifizieren.

Stärkung des Nahrungs- und Genußmittelbereichs (Option 5, S. 29)

Gesundheit/Krankheit ist von der Ernährung bzw. Nahrungsmitteln unmittelbar stark abhängig. Genußmittel wie Alkohol, Tabak und andere Drogen haben eine hohe gesundheitliche Relevanz. Sie dienen zwar auch dem Wohlbefinden, sind jedoch in ihrer pathogenen Wirkung von enormer Bedeutung. Die Giftwirkung von Tabak und Alkohol muß als eines der am sorgfältigsten untersuchten Risiken angesehen werden. Eine Stärkung des Nahrungs- und Genußmittelbereichs hat die gesundheitlichen Konsequenzen in Rechnung zu stellen. Gesundheitswissenschaftliche und sozialmedizinische bzw. sozialepidemiologische Forschung ist in einem Forschungszentrum für die Ernährungsindustrie zu integrieren. Allerdings ist hier auf die wissenschaftliche Unabhängigkeit strengstens zu achten.

Optimierung der wissenschaftlichen Basis, Option 19, S. 45

Der Aufbau und die Verstärkung der Kooperation auf dem Gebiet der Forschung und Lehre sowie der Expertise im Bereich der Gesundheitswissenschaften/Public Health ist im Rahmen der Neuen Hanse Interregion zwischen den Universitäten Groningen, Twente, Oldenburg und Bremen zu fördern.

Entwicklung eines eigenen Profils, Option 21, S. 46

Der Aufbau einer Infrastruktur von neuen Kooperationsformen mit inhaltlichen neuen Orientierungen auf ein Verständnis von "Healthy Public Policy" in relevanten gesellschaftlichen Politikfeldern würde der Region ein eigenes spezifisches Profil geben und für eine Verbesserung der Arbeits- und Lebensqualität in der Region sorgen.