

Durchwachsen. Zum Aufbau der Gesundheitswissenschaften an der Universität Bremen.

Dietrich Milles

In: U. Helmert u.a. (Hrsg.): Gesundheitspolitik, Arbeits- und Sozialmedizin. Festschrift für Rainer Müller.- Bremerhaven: Verl. Wirtschaftsverl., 2007, S.9-39

Gesundheitswissenschaft ist ein hervorragendes Beispiel interdisziplinärer Wissenschaft. Gesundheitswissenschaft muss so aufgebaut werden, weil keine separate wissenschaftliche Basis vorhanden ist oder entwickelt werden kann. Es gibt immer wieder Versuche, Gesundheitswissenschaft oder Public Health von biologisch-medizinischen Grundlagen oder von epidemiologischen Methoden her zu begründen. Es gibt auch Traditionen, in denen Public Health als pädagogische oder als administrative Aufgabe begriffen wird. Denkt man diese unterschiedlichen Ansätze konsequent, dann können auch Bestandteile psychologischer, ökonomischer, rechtlicher, soziologischer und politischer Wissenschaft den gleichen Rang beanspruchen, damit die Bandbreite der Wirkungszusammenhänge und Aufgabenstellungen erfasst werden kann. Dies macht die Spannung des Faches, die anspruchsvollen Stärken und Schwächen aus.

Gleichwohl sind Gesundheitswissenschaften mit der gesundheitlichen Versorgung und daher vor allem mit der Medizin historisch entstanden und entwickelt worden – wenn auch vor allem in kritischer Auseinandersetzung. Die kritische Auseinandersetzung war, zunächst beispielsweise in der „Medizinischen Reform“ in der Mitte des 19. Jahrhunderts oder später in der sozialen Medizin oder Hygiene zu Beginn des 20. Jahrhunderts, immer auch ein Aspekt der Medizingeschichte, nach der Verstrickung der deutschen Medizin in den Nationalsozialismus und den autonomen Gesundheitsbewegungen auch eine kritische Absetzung von einer als problematisch oder unzureichend angesehenen sozialpolitischen Rolle der etablierten Medizin. Die kritische Auseinandersetzung mit der Medizin war eng verbunden mit einer kritischen Auseinandersetzung über staatliche oder bürgerliche Verantwortung bzw. über Sicherheits- und Versorgungsansprüche. In der Spannung zwischen Individuum und Gesellschaft entwickelte Gesundheit eine positive Konnotation mit einem allgemeinen Wohlbefinden, das gesellschaftlich produziert und im sozialen Wandel gesichert und entwickelt werden muss. Wohlbefinden meint hierbei keinen Zustand der Harmonie oder Ruhe, sondern einen Prozeß erfolgreicher Bewältigung. Public Health baut im Kern auf eine gesellschaftliche Lebendigkeit, die nicht nur Anpassung, sondern kritische Erfahrung und Gestaltung einer guten Zukunft bedeutet.

Insgesamt betrachtet ist „Durchwachsen“ ein treffendes Bild, mit dem Entwicklung und Zustand der Gesundheitswissenschaften gefasst werden soll. Vom Konsum her ist das, was durchwachsen ist, nicht wirklich gut, ist zäh und hängt in den Zähnen. Von der tragfähigen Verwendung her gibt es allerdings nichts Besseres. Die innere Struktur ist komplizierter, im Zweifel aber auch belastbarer. Die äußere Erscheinung ist weniger glatt und homogen. Der Aufbau der Gesundheitswissenschaft in Bremen war sehr durchwachsen. Dies ist aber nicht nur ein Bremer Merkmal.

Frühe Linien der Gesundheitswissenschaft wurden, in der Kritik an der NS-Verstrickung der Ärzte, wie sie u.a. von Gerhard Baader in Berlin vorgetragen wurde, bereits angesprochen. Dazu kam die Kritik an einer unzureichenden gesundheitlichen Versorgung, die in dem Vorwurf der Fünf-Minuten-Medizin gipfelte, vorgetragen unter anderem von Paul Lüth und dem Medizinsoziologen Manfred Pflanz, der den ersten Lehrstuhl für Epidemiologie und

Sozialmedizin der BRD (in Hannover) besetzte. Dann kam Kritik von Selbsthilfebewegungen, Gesundheitstagen und Gesundheitsläden. Schließlich kamen kritische Impulse von wissenschaftlichen Fächern, die an der gesundheitlichen Versorgung partizipieren wollten und eigene Konzepte aufstellten, wie das die Psychiatrie, die Psychologie, v.a. im Gefolge der Psychoanalyse, und dann die Krankenpflege taten.

Die kritische Auseinandersetzung konnte sich auf eine historische Tradition berufen, in der gerade die Schnittstellen zur Sozialpolitik zu den fruchtbaren Anstößen gesundheitswissenschaftlicher Konzeptionen, von Johann Peter Frank über Salomon Neumann und Rudolf Virchow bis hin zu Alfred Grotjahn und Ludwig Teleky, führte. Die historische Dimension, vorgetragen u.a. von Erna Lesky und Hans-Ulrich Deppe, wurde als Erfahrungshintergrund, historische Genese und Vergewisserung geschätzt. Sie hatte Verbindungen zu gesellschaftspolitischen Traditionen in Deutschland, die, wie die deutsche Arbeiterbewegung, nicht durch einen „deutschen Sonderweg“ und besonders den Nationalsozialismus diskreditiert waren und auf Reformen „von unten“ zielten.

Die historische Rückbesinnung lieferte nicht nur Erfahrung und Legitimation, sondern auch die ersten Konzeptionen von Public Health, die als Soziale Hygiene oder Soziale Medizin in Deutschland entwickelt wurden und nun auf dem Umweg über die USA wieder zurück fanden. Interessant an diesem Weg war zum einen die politische Dimension durch Einbeziehung der Armen und Schwachen, zum anderen die Einbettung in die Entwicklung der Industriegesellschaft. Als eine beeindruckende und beispielhafte Lebensgeschichte sei auf die Biografie von Ludwig Popper¹ verwiesen, der als aufstrebender Oberarzt am Wiener Allgemeinen Krankenhaus mit den Positionen Telekys in Kontakt kam, als Jude vertrieben wurde, im bolivianischen Urwald wirkte und studierte, nach dem Krieg sich um das Gesundheitswesen in Österreich kümmerte, mit internistischer Kompetenz Volkskrankheiten, Krankenpflegeausbildung, Statistik, Gutachtermedizin und Arbeitsmedizin bearbeitete und in Gremien der WHO wirkte.

Bremen kam in gesundheitlicher Beziehung zugute, nicht nur an der traditionell in den größeren Städten entwickelten Assanierung zu partizipieren, sondern auch von der besonderen Aufmerksamkeit einer Hafenstadt und schließlich von der Bedeutung eines überschaubaren Bundeslandes. Insofern gibt es eine ausgeprägte Tradition der öffentlichen Gesundheitspflege mitsamt guter Berichterstattung und kurzen politischen Wegen.

In der Universität Bremen war ursprünglich eine Medizinische Fakultät geplant, für die bereits Literatur angeschafft und bereit gestellt worden war. Der Reformplan reichte jedoch nicht eigentlich über eine Gesamthochschule hinaus, wenn auch seitdem eine lange Tradition der Versuche zu verzeichnen ist, doch irgendwie Teile medizinischer Ausbildung in der Universität zu etablieren.

Erfolgreich an gesundheitswissenschaftlichen Themen arbeiteten jedoch Andere auf anderen Linien. Hier ist an erster und hervorragender Stelle die Beschäftigung mit Arbeit und Politik zu nennen, das Herzstück der neuen Reformuniversität. Wir finden frühe Impulse durch eine gewerkschaftliche Ausrichtung. Wegweisend war die Arbeitskonferenz zu „Sicherheit am Arbeitsplatz und Unfallschutz“, die vom 4.-6.5.1973 von Universität und Arbeiterkammer Bremen durchgeführt wurde.² Die Konferenz zeigte eine starke kritische Prägung.

¹ L. Popper: Soziale Medizin – eine Medizin von gestern? Persönliche Erinnerungen an ein schwieriges Kapitel der Medizingeschichte und an die soziale Dimension der Medizin.- Bremerhaven: Wirtschaftsverl., 1991

² H. Funke; B. Geißler; P. Thoma (Red.): Industriearbeit und Gesundheitsverschleiß.- Frankfurt/M., Köln: eva, 1974

Humanisierung sollte nicht nur Gesundheit und Lebensdauer der Arbeitnehmer verbessern, sondern den „Kampf gegen die unternehmerische Kostenökonomie“ entwickeln. Volker Volkholz, damals FU Berlin, verfasste den Schlußbericht und verwies auf die innovative, anspruchsvolle Kooperation zwischen Gewerkschaften und Wissenschaft. Dieses schlug sich in einer Gewichtung der Arbeitswissenschaften nieder, für die vor allem Volker Volkholz selbst und dann Gine Elsner stehen. Rainer Müller kam über die Arbeitslehre hinzu.

Im Gegenzug standen die frühen wissenschaftlichen Bemühungen in einem gesellschaftlichen Spannungsfeld, in dem auch Vorbehalte gediehen. So gaben die Herren Dr. Wehl und Baum in einem vertraulichen Brief der Vereinigung der Arbeitgeberverbände im Lande Bremen vom 26.11.1973 an, dass man im März Projekte einer Forschergruppe der Universität Bremen zur Lage von jungen Arbeiterinnen und Gastarbeiter-Jugendlichen über die Vertreter der Bundesvereinigung der deutschen Arbeitgeberverbände habe verhindern können, nun aber das BMA das Projekt „Belastungen am Arbeitsplatz und Praxis der betrieblichen Arbeitssicherheit“ und das Projekt „Lärmquellen und Möglichkeiten ihrer Bekämpfung im Urteil von Betriebsräten und Sicherheitsbeauftragten“ bewilligt habe. Daher bat die Vereinigung ihre Betriebe um Mitteilung über entsprechende Forschungsaktivitäten. Ein tiefes Mißtrauen der Unternehmer verband sich auch mit einer distanzierten Skepsis der Bremer Bevölkerung gegenüber der ausgelagerten Universität in jenen Jahren.

Ein wichtiger Hintergrund der wissenschaftlichen Forschungsinteressen war seinerzeit das Programm „Humanisierung des Arbeitslebens“, das die Bundesregierung 1974 beschließt und als grundlegendes Programm zur sozialorientierten Technologiepolitik auf den Weg bringt. Die Kommission für wirtschaftlichen und sozialen Wandel legte 1976 ein Gutachten vor, in dem staatliche Forschungsaufgaben formuliert wurden, mit denen nicht nur reaktiv, sondern gestaltend auf die gesellschaftliche Entwicklung orientiert werden sollte. Daraus entstand eine schwierige Spannung zwischen „Technologiefolgenabschätzung“ im Sinne einer risikofaktorenbezogenen Technologiebegleitforschung sowie einer soziallegitimierten Arbeitsgestaltung. In dieser Spannung entstand auch ein breiteres Verständnis von gesundheitswissenschaftlichen Fragestellungen, das sich gegen traditionelle Konzeptionen des Unfallschutzes absetzte. In Berlin bildete sich z.B. an der TU eine „Berliner Arbeitsgruppe Strukturforschung im Gesundheitswesen“ (BASiG), die sich auch mit Auswirkungen gesundheitspolitischer Modelle auf Arbeitskräfte und Arbeitsmarkt beschäftigte, mit dabei Rainer Müller. Auch in Bremen setzte u.a. die Arbeitsgemeinschaft für Arbeitnehmerfragen, Carl Heinz Schmurr, auf die HdA-Forschung. Rainer Müller engagierte sich nach seiner Anstellung³. Konzeptuell zusammen gefasst wurden die Bemühungen von Volker Volkholz (Belastungsschwerpunkte und Praxis der Arbeitssicherheit). Der Senator für Wissenschaft und Kunst schlug eine Schwerpunktförderung im Rahmend es HdA-Programms vor und eine Gesprächsrunde am 16.3.1978 kam im Ratskeller überein, *„die Lebens- und Arbeitsbedingungen, das inner- und außerbetriebliche Arbeitssicherheitssystem, das Gesundheitssystem unter Berücksichtigung der Interdependenz von Arbeit und Gesundheit, die regionale Industrie- und Infrastruktur unter Berücksichtigung der antizipierbaren Belastungsfaktoren bei anhaltender technologischer Entwicklung“* (Papier Pensky v. 4.4.78) zu erforschen.

Rainer Müller plante im Rahmen einer „Modellregion Küste“ bereits Mitte 1978 eine „umsetzungsorientierte, arbeitsplatzbezogene Gesundheitsforschung für die Region Bremen und Bremerhaven“. Hierzu sollten Indikatoren für die gesundheitliche Verfassung und die

³ Zusammen mit Angelika Pensky, Sabine Kaiser, Detlef Fuchs, Arne Börnsen, Dietger Habermann, Kurt Schrader, Bernd Hamacher, Detmar Beyersmann

Belastungsstrukturen erstellt und Daten zusammengetragen werden. Primäre Prävention sollte auf der Ebene von „Mitbestimmungspotentialen“ folgen. Sein Ziel war: „Koppelung von Arbeitnehmerinteressen in den Versicherungen und in den Betrieben über gemeinsame Ausbildung der Arbeitnehmervertreter“. In gleicher Perspektive entwickelte Detmar Beyersmann Schulungsprogramme für Betriebsräte und Vertrauensleute, v.a. bezüglich stofflicher Wirkungen, Grenzwerte, Ersatzstoffe, Schutzmaßnahmen, bis hin zur „Entwicklung und Erprobung eines Weiterbildungsmodells für die Umsetzung naturwissenschaftlicher Beiträge zum Arbeitsschutz in Handlungshilfen für Betriebsräte, Vertrauensleute und Sicherheitsfachkräfte aus dem gewerkschaftlichen Bereich“. Das Projekt mit der Kurzform „CPA“ (Chemische und physikalische Belastungen am Arbeitsplatz) nahm am 1.10.1979 seine Arbeit auf (Dieter Hüchel). Später kamen internationale Aspekte durch die Zusammenarbeit mit Hugo Murua, dem politischen Flüchtling und internationalen Arbeitsschutzexperten aus Chile, hinzu.

Inhaltliche Zuspitzung fanden die frühen Bemühungen in Grundsätzen zur menschengerechten Gestaltung der Arbeit.⁴ Darin heißt es u.a.

„Die menschengerechte Gestaltung der Arbeit ist in anderen Betriebszielen gleichrangig. Sie ist in das gesamte Betriebsgeschehen planmäßig zu integrieren.

Ziel der Grundsätze ist es, jedem Beschäftigten den Anspruch auf die menschengerechte Gestaltung seiner Arbeit zu gewährleisten. Die Arbeit ist menschengerecht gestaltet, wenn durch sie die Menschenwürde geachtet, die Entfaltung der Persönlichkeit des Beschäftigten ermöglicht wird, die körperliche und geistig-seelische Gesundheit sowie die Arbeitsfähigkeit gesichert sind.

Den Beschäftigten ist die Entfaltung ihrer beruflichen Fähigkeiten zu ermöglichen.

Der Arbeitgeber hat die Arbeitsstätten, Arbeitsplätze, Arbeitsmittel, die Verwendung der Arbeitsstoffe, die Arbeitsumgebung und das Arbeitsverfahren sowie die Arbeitsorganisation und die Arbeitszeit menschengerecht zu gestalten.

Die Beschäftigten sind vor Unfall- und Gesundheitsgefahren, vor arbeitsbedingten Erkrankungen, von Fehlbeanspruchungen und gesundheitlichen Spätschäden so zu schützen, daß die von ihnen geforderte Arbeitsleistung ihnen eine Berufstätigkeit bis ins normale Rentenalter ermöglicht.

Die Arbeit muss so gestaltet sein, daß die Arbeitsanforderungen der Leistungsfähigkeit aller Beschäftigten entsprechen, so daß ein Schutz besonderer Personengruppen aus Gründen, die in den Arbeitsanforderungen liegen, entfallen kann. Die Gleichbehandlung verschiedener Personengruppen ist sicherzustellen.“

Bereits seinerzeit wurden die Grundsätze unmittelbar verwendet für den Lohn-Rahmen-Tarifvertrag für Südwürttemberg/Hohenzollern und Südbaden der IG Metall 1982 (WSI-Mitteilungen Heft 9, 1982). Besonders aber erstaunt, wie wesentliche Bestandteile der heutigen EG-Richtlinie und des heutigen Arbeitsschutzgesetzes bereits zum Ende der 1970er Jahren entwickelt wurden. Alle den massiven Kritiken und Kritikern in den frühen Jahren mußte dies vorgehalten werden. Die oft populistisch vorgebrachte Kritik an der Universität Bremen als der „roten Kaderschmiede“ ist nicht nur durch die Verlagerung universitärer Forschungsinteressen, sondern auch durch die Wirksamkeit und Bestätigung vieler damaliger Positionen widerlegt.

Die engagierten Bremer Forscher kooperierten mit der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Unfallforschung (BAU, heute BAUA), die eine Außenstelle in Bremen einrichtete und mit Angelika Pensky kompetent besetzte. Enge Verbindungen bestanden zum DGB-Arbeitskreis

⁴ V. Volkholz, K.-D.Fuchs, R. Müller: Grundsätze zur menschengerechten Gestaltung der Arbeit.- In: Bundesarbeitsblatt 10, 1980, S.5-14

und auch zur Arbeitsgemeinschaft für Arbeitnehmerfragen (AfA) in der Bremer SPD. Im Zuge der Anstrengungen zur Humanisierung der Arbeit, die u.a. auf dem 13. ordentl. Gewerkschaftstag 1980 oder auf dem 12. Bundeskongreß des DGB in Berlin ausführlich diskutiert wurden, wurde auch die Forderung einer Forschungseinrichtung „Arbeit und Technik“ inklusive der gesundheitlichen Folgen und Auswirkungen aufgestellt.

In der Auseinandersetzung über „arbeitsbedingte Erkrankungen“ fanden die Bemühungen um Gesundheit in der Industriegesellschaft eine wichtige konzeptuelle Zuspitzung. In einer alten Tradition stand die Fabrikhygiene im Mittelpunkt der öffentlichen Gesundheitspflege. Mit der 1925 beschlossenen Berufskrankheitenverordnung konzentrierte jedoch im wachsendem Maße eine Liste von wie Unfällen zu entschädigenden Berufskrankheiten das Interesse – und zwar darauf, den Zusammenhang von Arbeitstätigkeit und spezifischer Erkrankung kausalanalytisch nachzuweisen. *„Die medizinische Kausalität reduziert dabei menschliche, soziale Handlungszusammenhänge so, dass ursächliche Zusammenhänge nur dann mit Wirkungen und Folgen verknüpft werden, wenn diese auffällig sind.“*⁵ Das versicherungsrechtlich reduzierte Interesse wurde mit Verweis auf breitere Problemlagen und Maßnahmen kritisiert. Diese Kritik fand Eingang in die Gesetzgebung. Besonders wurde mit dem Arbeitssicherheitsgesetz, das den Begriff „arbeitsbedingte Erkrankungen“ 1972 aufnahm, auf eine sozialpolitische Verantwortung des Unternehmers und eine Kontrollfunktion des Staates abgehoben.

In der Auseinandersetzung mit der DFG-Denkschrift „Zur Lage der Arbeitsmedizin, Ergonomie in der Bundesrepublik“ von 1980 wurden die Rückwirkungen auf gesundheitsbezogene Kompetenz angesprochen. Es formierte sich in der Kritik an einer engen kausal- und maßanalytischen Medizin ein gesundheitswissenschaftlich begründeter und sozialpolitisch motivierter Ansatz. Rainer Müller folgerte darüberhinaus auch wissenschaftspolitisch: *„Die Denkschrift muss als ein Versuch der Autoren verstanden werden, Herrschaftsansprüche bei der Definition von Forschungsprojekten, beim Zugang zur Praxis nach Forschungsförderung sowie bei der Etablierung und Aus- bzw. Weiterbildung durchzusetzen.“* Die kritischen Positionen traten im Zusammenhang der neuen Gesundheitsbewegungen auf. Während des Gesundheitstages in Hamburg fand am 3.10.1981 ein ganzer Tag mit Veranstaltungen zu Medizin und Arbeitswelt statt. Der Rekurs auf Gesundheit diente dazu, ein breiteres Verständnis von gesellschaftlich formierten Gefährdungen und sozial ausgerichteten Bewältigungen zu entwickeln.

Eine wissenschaftliche Zusammenfassung fanden diese Diskussionen und verschiedene frühen Auseinandersetzungen um „Arbeit und Gesundheit“ in dem 1982 erschienenen Sammelband „Arbeit und Gesundheitsgefährdung. Materialien zu Entstehung und Bewältigung arbeitsbedingter Erkrankungen“.⁶ Rainer Müller hob in einer kritischen Auseinandersetzung mit der Arbeitsmedizin darauf ab, dass die neuen Konzeptionen der Weltgesundheitsorganisation unter dem Stichwort „primary health care“ eine Chance bieten würden, *„stärker auf eine Verbesserung der Gesundheitsversorgung durch soziale Maßnahmen und Umweltsanierungen sowie auf eine Gemeindeorientierung“* (S.246) abzustellen.

⁵ R. Müller: Arbeitsbedingte Erkrankungen als medizinisches und sozialpolitisches Problem.- In: D. Milles (Hrsg.): Gesundheitsrisiken, Industriegesellschaft und soziale Sicherung in der Geschichte.- Bremerhaven: Wirtschaftsverl., 1993, S.480

⁶ Der Band wurde von Matthias Schmidt, Rainer Müller, Fritz-Rüdiger Volz, Ulrich Funke, Rüdiger Weiser herausgegeben und in ihm lieferten auch noch Dieter Hückel, Waldemar Streich, Rolf Saupe, Christine Vollmer, Christoph Büchtemann, Friedrich Hauss und Rolf Rosenbrock, Werner Fricke, Adolf Brock, Hajo Funke, Edgar Einemann, Heinz-Harald Abholz und Jochen Hentschel Beiträge.

In diesen Jahren tat sich viel. So wurden in dem Sonderprogramm „Küste“ Expertenkommissionen eingerichtet, die nach verschiedenen Forschungsgebieten zusammen gesetzt wurden, u.a. ein Forschungsgebiet „Gesundheitsforschung“, in dem Hans Flohr die Federführung übernahm. In dem Expertenkreis waren Rolf R. Grauhan, Rainer Müller, Werner Schloot. Das erste Treffen fand am 12.09.1979 statt. Rainer Müller schrieb im Oktober 1979 eine „Stellungnahme zum Aufbau und zur Entwicklung von Gesundheitsforschung in Bremen im Rahmen der Erarbeitung eines Sonderprogramms Küste“. Er verwies hierbei auf Diskussionszusammenhänge⁷ und darauf, dass *„eine echte Innovation nicht in der Verstärkung der tradierten Medizin gesehen wird, obwohl in manchen Bereichen durchaus Defizite vorhanden sind (z.B. Toxikologie, klinische Rehabilitation). Allerdings sollte zu einem bestimmten Zeitpunkt im Verlaufe des Aufbaues der Gesundheitsforschung in Bremen eine umfassende und detaillierte Analyse des gesamten Gesundheitssicherungssystems der Region Bremen erfolgen. In diesem Zusammenhang sollte auch die Funktion und Entwicklungsmöglichkeiten des Öffentlichen Gesundheitsdienstes thematisiert werden.“* (Manuskript S.2)

Beteiligt war auch die sozialwissenschaftliche Forschung, die eine Stadterneuerung anvisierte⁸. Verwiesen wurde auf Defizite in „sozialwissenschaftlicher Erforschung der Lebensbedingungen in verdichteten Räumen“, was über den Begriff „Stadtforschung“ hinausging und auf Schwierigkeiten in der Erforschung „staatlicher Sozialpolitik insbesondere auf kommunaler Ebene“ verwies. Für Bremen wurde die Möglichkeit gesehen, *„zu einer tiefergehenden Durchleuchtung des Verdichtungsbeziehungs zusammenhangs entwickelter westlicher Gesellschaften zu kommen, wenn Längsschnittuntersuchungen mit vergleichenden Forschungen verbunden werden, die die Belastungs- und Risikofaktoren der modernen verdichteten Lebensweise in Beziehung zu ihren sozio-kulturellen Verarbeitungsformen setzen.“* (Papier v. August 1979, S.5)

In der Bremer Gesundheitspolitik gab es frühe gesundheitspolitische Diskussionen über integrierte medizinische Versorgung. Bereits 1976 schlug Erwin Jahn eine Kooperations-GmbH für die Verbindung ambulanter und stationärer Versorgung am Beispiel Bremen-Osterholz/Tenever vor.

Überregional erhielten Arzneimittel eine große Bedeutung. Eine Studie der Vereinigung Deutscher Wissenschaftler machte 1977 den Anfang.⁹ Bereits damals ging es um eine „Kostenexplosion“, mit dem Verweis auf die Bürger: „Sie zahlen letztlich die hohen Kosten in jeder Beziehung.“ (S.11) 1983 begann dann die nachhaltige Berichterstattung über „bittere Pillen“, die von Kurt Langbein u.a. herausgegeben wurde.

Auch die Bemühungen um eine Reform der Psychiatrie, wie sie von Italien aus (Franco Basaglia), von der us-amerikanischen Bewegung „Independent Living“ und in Deutschland z.B. durch Ernst Klee angestoßen wurden, mündeten in den Modellversuch „sozialpsychiatrischer Dienst“ 1981 in Bremen, der das beachtete Modell der „Assistenzgenossenschaften“ hervorbrachte (Peter Kruckenberg). In diesem Zusammenhang wurde auch mit der Reform des Bundessozialhilfegesetzes 1984 der Grundsatz „ambulant vor

⁷ Mit Rolf R Grauhan, Sabine Kaiser, Alfons Labisch (Kassel), Angelika Pensky (BAU), Werner Thiele (BASiG), Volker Volkholz (IAH Dortmund).

⁸ Beteiligt waren R R Grauhan, R Häußermann, W Strubelt

⁹ V. Friedrich, A. Hehn, R. Rosenbrock: Neunmal teurer als Gold. Die Arzneimittelversorgung in der Bundesrepublik.- Reinbek b. Hamburg: Rowohlt, 1977. In der Studiengruppe waren u.a. Adelheid Biesecker, Hans-Ulrich Deppe, Eberhard Greiser, Paul Lüth und Rainer Müller versammelt.

stationär“ aufgestellt, der enorme Bedeutung erhielt. Im weiteren Sinn zählt hierzu beispielsweise auch die Diskussion über Schwangerschaftsvorsorge in Bremen im Jahr 1981. Diese Bemühungen, die Bremen insgesamt mit an der Spitze von Reformbewegungen stellten, stehen für eine hervorragende Möglichkeit gesundheitswissenschaftlicher Entwicklungen in Bremen auf der Basis gesellschaftlicher Reformvorstellungen.

Zugleich wurden gesundheitspolitische Themen zusätzlich unterstützt durch die neue politische Konstellation in Bremen, zunächst durch den Einzug der „Grünen“ in die Bürgerschaft. Vor allem Peter Willers, der zu den ersten vier Bremer Grünen gehörte, die 1979 in die Bürgerschaft gewählt wurden (neben Olaf Dinné, Axel Adamietz und Delphine Bronx), trat z.B. mit dem Antrag zur Gesundheitsversorgung und –politik im Lande Bremen in Erscheinung, der in der Bürgerschaft am 4.6.1980 verhandelt und von der CDU unterstützt wurde. Darin wurden umfassende und spezifizierte Überblicke über Daten und Problemlagen, über Maßnahmen und Strategien eingefordert. Die SPD, voran Gesundheitsminister Herbert Brückner, wehrte sich mit dem Hinweis, dass eine gute Berichterstattung in einzelnen Teilen vorliegen würde, die jeder Interessierte zusammenfügen könne, während die allgemeine gesellschaftlich orientierte und über die kurative Versorgung hinausgehende Gesundheitspolitik dem Programm der SPD entspreche. Nicht erfüllbar wäre jedoch ein Überblick „über bestehende Defizite und Probleme im Bereich der Planung im Gesundheitswesen. Da können Sie eine ganze Projektgruppe einer Universität Jahre daransetzen, um die Defizite in der Planung im Gesundheitswesen oder die Problembereiche aufzulisten und dem Parlament darzustellen.“ (Prot. S.1140) Vielleicht wäre dieser ironisch gemeinte Vorschlag des Senators nicht die schlechteste Maßnahme gewesen.

Den interessantesten Anstoß zur konzeptuellen Entwicklung erhielt die Gesundheitswissenschaft durch sozialwissenschaftliche Ansätze. In den Bemühungen um eine wissenschaftliche Grundlegung der Sozialpolitik konnte hier auf eine Tradition zurückgegriffen werden, die seit den frühen 1960er Jahren vor allem von der Sozialdemokratie und den Gewerkschaften getragen wurde und in der es um die Ausgestaltung des Wohlfahrtsstaates ging. Wichtige Positionen erarbeitete in medizinsoziologischem Zuschnitt Christian v. Ferber. In der Sektion der Deutschen Gesellschaft für Soziologie wurde die Diskussion von Franz Xaver Kaufmann und Eckart Pankoke voran getrieben. Auch Bernhard Badura bearbeitete mit soziologischer Kompetenz die Herz-Kreislauf-Erkrankungen erst in Oldenburg dann an der TU Berlin als gesundheitswissenschaftliche Aufgabenstellung.

Daneben wirkten neue Aktivitäten im Zusammenhang der WHO-Programmatik, insbesondere über das Monica-Projekt. Die Anlage solcher Forschungen war durchaus reformorientiert und basierte auf einem breiteren Konzept der Gesundheitsförderung. In diesem Geist wurde auch das Bremen Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin mit Eberhard Greiser an der Spitze von Düsseldorf nach Bremen verlegt und ausgebaut. Der Aufbau des Instituts wurde in Bremen und besonders der Universität recht kritisch aufgenommen. Rainer Müller begrüßte unter dem 12.2.1981 mit Brief an die FNK grundsätzlich die Förderung epidemiologischer, sozialwissenschaftlich-medizinischer Forschung in Bremen, gab aber zu bedenken, dass eine Konkurrenz zwischen den Bemühungen innerhalb der Universität und an der Universität v.a. angesichts der knappen Bremer Haushaltsmittel zu erwarten wäre. Er bemängelte auch das verdeckte Verfahren der Etablierung, in dem inhaltliche Interessen nicht im Vordergrund stünden und keine Verbindungen mit bestehenden Kompetenzen in Bremen gesucht worden wären. Schließlich äußerte er forschungsstrategische Kritik an der unklaren Verbindung zwischen empirischer Arbeit und v.a. verhältnisbezogenen gesundheitsförderlichen Aufgaben. „Notwendig wäre eine Gesundheitsforschung, die den Zusammenhang der Lebenslage

(Arbeit, Wohnen, Ernährung, Qualifikation, soziale Support-Systeme) von Individuen und Gruppen mit der Entwicklung von Krankheit thematisiert und die Ergebnisse auf das Gesundheitssystem bezieht, um Verursachungsketten zu beschreiben und um Defizite des Gesundheitssystems zu eruieren.“ (Papier S.5) Ähnlich argumentierte Gine Elsner. Mit der Etablierung des BIPS „von außen“ wurde seinerzeit in der Universität und dem Land Bremen eine Chance der kooperativen, interdisziplinären Wissenschaftsentwicklung vertan.

So trieben andere die universitäre Entwicklung voran. Ausgehend von der Hochschule und von dem sozialwissenschaftlichen Diskurs in Bremen war es beispielhaft Max Wambach, der mit einem neuen Blick auf die Problemlagen der „Risikogesellschaft“ aufwartete und einen interdisziplinären Zugang zu den sozialen Aufgabenstellungen öffnete.¹⁰ Leider ist eine Verbindung der Hochschulen im Lande Bremen, eine Abklärung der Aufgaben in Forschung und Lehre in einem breiten thematischen Zuschnitt (einschließlich Sozialpädagogik, Pflegewissenschaft oder Arbeitswissenschaft) nie gelungen.

In der universitären Entwicklung waren gesundheitswissenschaftliche Forschungen vor allem im Forschungsschwerpunkt „Reproduktionsrisiken, soziale Bewegungen und Sozialpolitik“ verortet. Forschungsschwerpunkte (FSP) waren damals die auf Zeit eingerichtete Organisationsform konzentrierter und interdisziplinärer Forschungen.¹¹ Es gab zwei, dann drei große empirische Projekte, die, ganz in der guten Bremer Tradition – nahe an der Erwerbsarbeit, nahe an den produktiven Menschen und an den politischen Dimensionen – angelegt waren. Unter den großen Forschungsprojekten nahm dasjenige von Rainer Müller zur Auswertung von Krankenkassendaten eine besondere Rolle ein. Es handelte sich um eine Pionierarbeit, sowohl in Methode wie in Fragestellung. Dazu kam die Nutzung der modernen Technologie, eine frühe Verarbeitung von Massendaten mit Lochkarten und nächtelangen „jobs“ der universitären Großrechenanlage mit endlosen Druckaufträgen auf endlosem Lochpapier. Dabei hatte die auf die Programmiersprache „Fortran“ umgestellte Rechenanlage doch nur eine Kapazität, die man heute von jedem guten Laptop erwartet.

Das große Projekt „Fehlzeiten und Diagnosen der Arbeitsunfähigkeitsfälle von neun Berufen. Auswertung von Arbeitsunfähigkeitsmeldungen einer Ortskrankenkasse“¹² betrieb deskriptive Epidemiologie. Seine Fragestellung zielte auf Häufigkeit, Dauer und Diagnose der Arbeitsunfähigkeit. Ausgewertet wurden Daten einer großen Krankenkasse von 1970 bis 1978 gegliedert nach Geschlecht, Alter, Nationalität und beruflicher Stellung bei neun Berufen. Die Auswertung wurde jeweils eingeleitet durch Beschreibungen der Arbeitsgebiete und Tätigkeiten, sowie in zwei Berufsgruppen (Schlosser/Schmiede, Schweißer) durch eingehendere Verlaufsuntersuchungen. In den geänderten Rahmenbedingungen zu Beginn der 1980er Jahre gab es Schwierigkeiten mit der politischen Dimension des Projektes. Sowohl von Seiten der Wissenschaft wie von Seiten der Krankenkassen wurde weniger die innovative Bedeutung der Gesundheitsberichterstattung, sondern vielmehr die kritische Nutzung der Daten betont. In gewisser Weise war diese Projekt auch Prellbock in einer nicht entwickelten Kultur der mehrschichtigen Nutzung und Diskussion von Wissenschaft und Forschung in verminten Gebieten. Es hat lange gedauert, bis die Aufregung aus diesem Zusammenhang verschwand und ein abgeklärtes Verhältnis von Aufgabenstellungen, Erwartungen, Aufträgen,

¹⁰ M. Wambach (Hrsg.): Der Mensch als Risiko. Zur Logik von Prävention und Früherkennung.- Frankfurt/M.: Suhrkamp, 1983

¹¹ Im FSP „Reproduktionsrisiken.“ wirkten anfangs noch Peter Schafmeister, dann insbesondere Stephan Leibfried, Rainer Zoll, Wolfgang Littek, auch Heide Gerstenberger, Annelie Keil und Ulrich Mückenberger.

¹² Unter der Leitung von Rainer Müller arbeiteten Fred Schwarz, Peter König, Horst Weisbrod, z.T. auch Karl-Detlef Fuchs und Mathias Schmidt.

Redlichkeit, Verwendung, Bewertung einzog. Doch bis heute ist die Gesundheitsberichterstattung nicht zufriedenstellend entwickelt.

Im FSP „Reproduktionsrisiken ..“ hatte Stephan Leibfried zusammen mit Florian Tennstedt in historisch vergleichender Dimension Berufsverbote jüdischer und sozialistischer Ärzte während des Nationalsozialismus untersucht und dann nach „verschütteten Alternativen in der Gesundheitspolitik“ erforscht. In der Folge wurden „Verschüttete Alternativen im Gesundheitsschutz für Arbeiter“ von 1980 von Paul Klein bearbeitet. Aus diesen Forschungen entstand eine kritische Stellungnahme zum Jubiläum der deutschen Sozialversicherung.¹³

Rainer Müller hatte eine merkwürdige und fruchtbare Zusammenarbeit mit Alfons Labisch begonnen, der bereits in Alter Geschichte promoviert war und dann in medizinsoziologischen Lehrveranstaltungen saß, die Rainer Müller in Aachen gab. Mit Alfons Labisch beantragte Rainer Müller das Projekt „Dokumentation zur Soziogenese der Arbeitsmedizin und des Betriebsgesundheitswesens in Deutschland ab 1835“ bei der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Unfallforschung in Dortmund. Erreicht werden sollte für den Aufbau einer „Ständigen Ausstellung“ eine Quellenedition (ein Reader), ein umfassender Zugang zur Literatur, zu gesetzlichen Grundlagen und besonderen Einzelfragen.¹⁴ Die wichtigen Ergebnisse publizierte Rainer Müller zusammen mit Dietrich Milles.¹⁵ In der Pressemitteilung hieß es: *„Die Industriegesellschaft sieht sich heute vor der Aufgabe, die Gefährdungen und Schädigungen, wie sie technisierten, chemisierten und automatisierten Produktionsverfahren erwachsen, einzudämmen. Dabei wird in der öffentlichen Diskussion über Waldsterben, Autoabgasen oder Chemie im Haushalt allzuleicht übersehen, dass der arbeitende Mensch und der Arbeitsprozeß im Mittelpunkt stehen: im Mittelpunkt der Gefährdungen und Schädigungen, aber auch im Mittelpunkt der Aufgabe, die Gefahren abzubauen und die gesundheitlichen Schäden zu verhindern.“* Die Ständige Ausstellung der Bundesanstalt ist in Dortmund als innovative und immer sehenswerte Präsentation arbeitswissenschaftlicher Aufgaben ausgebaut worden. Leider ist der von Gernot Krankenhagen angelegte historisch-genetische Aspekt und die Gewichtung des Arbeitshandelns nicht weiter verfolgt worden, sondern mit ihm in das „Museum der Arbeit“ nach Hamburg gewandert.

Die Forschungen wurden dann fortgeführt im DFG-Schwerpunktprogramm „Gesellschaftliche Bedingungen sozialpolitischer Intervention: Staat, intermediäre Instanzen und Selbsthilfe“ Hier wurde das Projekt „Gesundheitsschutz von Arbeitern im Verhältnis von staatlichem Handeln, sozialmedizinischer Professionalisierung und sozialer Bewegung“ von Paul Klein bearbeitet. Im FSP hatte sich ein Arbeitskreis „Arbeit und Gesundheit“ gebildet.¹⁶ In der „Brahmstraße“ entstand eine fruchtbare interdisziplinäre Forschungsatmosphäre.

Eine weitere große Chance zur Entwicklung der Gesundheitswissenschaft in der Universität Bremen ergab sich durch benachbarte Felder und Aufgaben, vor allem durch die traditionellen Stärken in der Schnittstelle zwischen Arbeit und Gesundheit. Diese Chance hatte auch mit dem angesprochenen Zusammenhang der Humanisierungs-Forschung auf dem Hintergrund der sich dramatisch verändernden Industriegesellschaft zu tun. So wurde im September 1982

¹³ E. Hansen, M. Heisig, S. Leibfried, F. Tennstedt u.a.: Seit über einem Jahrhundert: Verschüttete Alternativen in der Sozialpolitik.- Köln: Bund, 1981

¹⁴ Eingebunden waren auch Florian Tennstedt, Stephan Leibfried, Hans-Joachim Einbrodt und Volker Volkholz.

¹⁵ R. Müller; D. Milles: Beiträge zur Geschichte der Arbeiterkrankheiten und der Arbeitsmedizin in Deutschland.“ Dortmund-Bremerhaven: Wirtschaftsverl., 1984

¹⁶ Beteiligt waren: König, Schwarz, Weisbrod, Fuchs, Klein, Milles, Ellerkamp, Keil, Leibfried, später auch Machtan, manchmal Ritz, Hansen, Heisig, dann auch als Arbeitskreis „Gesundheitspolitik“ zusammen mit Keil, Haupt, Schöttler, Klatt

eine Denkschrift des Senators für Wissenschaft und Kunst verfasst, mit der „Arbeit und Technik“ als zentrale Forschungsaufgabe in Bremen benannt wurde. Die Kommission befürwortete die Einrichtung eines Instituts „Arbeit und Technik“, dessen Aufgabe u.a. sein sollte, „betriebliche Problemlagen und .. außerbetriebliche Bedingungsfaktoren“ zu analysieren, sowie „Auswirkungen technisch-organisatorischer Umstellungen auf die Arbeitsbedingungen an den direkt betroffenen Arbeitsplätzen sowie an den im Produktionsablauf vor- und nachgelagerten und räumlich benachbarten Arbeitsplätzen“. Die Aufgabenstellungen sollten wissenschaftlich auch durch arbeits- und sozialmedizinische Kompetenz verfolgt werden. Diese war zugleich eingebettet in Chancen interdisziplinärer Wissenschaftsentwicklung. Herausgestellt wurde eine Infrastruktur der Universität, in der nicht nur auf den Kooperationsvertrag mit der Arbeiterkammer, besonders auf die Forschungen zur Humanisierung der Arbeitswelt, zurückgegriffen werden konnte, es zeigten sich auch Standortvorteilen durch medizinische Kompetenz, durch Forschungen im Zentrum für Europäische Rechtspolitik (ZERP), im Bremer Institut für Betriebstechnik und angewandte Arbeitswissenschaft (BIBA), im Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin (BIPS), dazu auch begleitende Unterstützung durch die Außenstelle der BAU.

Die Denkschrift „‘Arbeit und Technik‘ als zentrale Forschungsaufgabe in Bremen“ formulierte unter Federführung von Felix Rauner zentrale Zielsetzungen: *„Nicht der unkontrollierte, wild wuchernde Einsatz neuer Technologien ohne Berücksichtigung der sozialen Folgen kann das Ziel sein, sondern qualitatives Wachstum, das sich nach bewußt angelegten sozialen und humanen Maßstäben entwickelt und die gesellschaftlichen Folgen des Einsatzes neuer Technologien von vornherein berücksichtigt.“* (Denkschrift S.4) Die Auswirkungen neuer Technologien sollten analysiert und bewertet werden, da sich *„Hoffnungen auf eine automatische Verbesserung der Arbeitsbedingungen im Zuge des technischen Fortschritts nicht erfüllt“* (ebd., S.5) hätten. 1983 wurde das Symposium Arbeit und Technik von der Arbeiterkammer veranstaltet und beschäftigte sich mit der zentralen Frage, *„wie Arbeit für die Masse der Arbeitnehmer besser und gerechter geschaffen, verteilt und gestaltet werden kann“* (BV v. 4.5.1983). 1984 gründete der Senator für Bildung, Wissenschaft und Kunst sowie die Universität eine gemeinsame Sachverständigenkommission „Arbeit und Technik“, die programmatische Leitsätze zur Forschungsförderung unter Berücksichtigung der an der Universität vorhandenen Forschungsgruppen aufstellen sollte. In der interdisziplinären Zusammensetzung¹⁷ übernahm Ludger Deitmer die Geschäftsstelle und Felix Rauner den Vorsitz. Unter den vielfältigen Aufgabenfeldern tauchte auch die „Gefährdung der Gesundheit“ auf. Rainer Müller war Mitglied der Kommission, Dietrich Milles war später daran beteiligt, den Endbericht zu verfassen. Die Kommission war der Meinung, dass gerade der Zusammenhang mit Identität, Gesundheit und Kultur noch einige Zeit benötigt, um in klaren Umrissen beschrieben werden zu können. Dies hatte demnach z.B. damit zu tun, *„dass die subjektive Bedeutung von Be- und Entlastung nicht allein aus den sichtbaren bzw. objektivierbaren oder gar meßbaren Arbeitsbedingungen abgeleitet werden kann“*.

In der Folge wurde 1988 auf Beschluss des Akademischen Senates das „Forschungszentrum Arbeit und Technik“ (artec) gegründet mit Forschungsgruppen um Jürgen Friedrich, Hellmuth Lange, Eva Senghaas-Knobloch und Wilfried Müller. Doch selbst der Rektor Wilfried Müller sieht sich heute nicht in der Lage, das großartige Programm der Arbeit- und Technikforschung in dem Zusammenhang von Arbeit und Gesundheit an der Universität Bremen weiter zu verfolgen.

¹⁷ Mitglieder waren Felix Rauner, Klaus Bauckhage, Regina Becker-Schmidt, Werner Fricke, Jürgen Friedrich, Thomas Leithäuser, Rainer Müller, Wilfried Müller, Wille Pöhler, Kurt Rothschild, Günther Seliger, Wilhelm Steinmüller, Otto Ullrich.

Nach der kritischen Publikation zum Jubiläum der Krankenversicherung bearbeiteten zu Beginn der 1980er Jahre Rainer Müller und Dietrich Milles auch eine Auseinandersetzung mit dem Jubiläum der gesetzlichen Unfallversicherung. Die Hans-Böckler-Stiftung unterstützte die zusammenfassende Darstellung von Berufsarbeit und Krankheit, die 1985 erschien.¹⁸ Im Vorwort fordern Gerd Muhr und Ilse Brusis für den DGB, „durch ein fortschrittliches Arbeitsschutzgesetz endlich wirksame rechtliche Grundlagen für die umfassende Bekämpfung von krankmachenden Faktoren und Unfallgefahren in der Arbeitswelt zu schaffen“. Das Ziel der Bemühungen um Arbeit und Gesundheit, dass nämlich alle arbeitsbedingten Erkrankungen in ein wirksames und sozial gerechtes System von Prävention, Kuration, Rehabilitation und Entschädigung einbezogen werden, sollte nach den Autoren in der Verknüpfung von drei Aspekten verfolgt werden:

- „1. Die Förderung der *Kompetenz und Teilhabe der betroffenen Arbeitnehmer*. ...
2. Das Festhalten an der *gesellschaftlichen Verantwortlichkeit der Experten*. ...
3. Der Ausbau der *institutionalisierten Zuständigkeit*. ...“ (1985, S.303)

Wobei es darauf ankommt, die Aspekte zusammenzuführen und nicht gegeneinander auszuspielen.

Ein Zentrum der Argumentation bildete die „Industrielle Pathogenität“, worunter die mit der industriellen Entwicklung in der modernen Gesellschaft verbundene Gefährdungen für Leben und Gesundheit gefasst wurden. Eine Arbeitstagung am 18./19. Dezember (!) 1984 in Bremen wurde noch in der FSP-Reihe¹⁹ veröffentlicht. Rainer Müller erhoffte sich von der historischen Aufarbeitung „weniger eine Legitimierung eigener Auffassungen und Forderungen, sondern eher dass der Legitimationsdruck auf die Verantwortlichen größer wird und die Bemühungen um einen effektiven Gesundheitsschutz für Arbeiter unterstützt werden.“ (S.27)

Das zweite Zentrum bildete die „Dethematisierung“, die insbesondere die gesellschaftspolitische Dimension industrieller Pathogenität fassen sollte. Auch im Endbericht zum DFG-Schwerpunktprogramm und der entsprechenden Publikation²⁰ wurde das Argument entfaltet: „Der hohe Stellenwert, den die Produktivität in unserer Gesellschaft genießt, geht einher mit einer spezifischen Immunisierung: Diskutabel sind die sozialen und politischen Folgen, die Gefährdungen und Schädigungen der Gesundheit selbst, wie sie in der industriellen Produktion entstehen, finden jedoch in einer individualisierenden und technizistischen gesellschaftlichen Optik keine entsprechende Artikulation und keinen Weg zu wirksamer Politisierung.“ (S.67) Die Argumentationsfigur hatte einen kritischen Stellenwert und legte den Finger auf die Wunde unzureichender Verantwortung. Sie setzte jedoch im Grunde auf einen politischen Diskurs, der mit dem Argument selbst in Frage gestellt wurde. Damit blieb diese Figur eigentlich lediglich eine Anklage. Daher wurde sie in den 1990er Jahren zunehmend durch Auseinandersetzungen mit Gestaltungs- und Bewältigungschancen ersetzt oder zumindest ergänzt.

In den 1980er Jahren gab es in der Universität Bremen enge Kontakte zu Selbsthilfe- und Gesundheitsbewegungen. Hier spielte Horst L. Grimme eine hervorragende Rolle, der sehr früh Verbindungen von biologischen zu ökologischen und gesundheitspädagogischen Aufgaben herstellte. Auch Stephan Leibfried trat bereits 1980 während des ersten Gesundheitstages in Berlin auf. Dann fand der Gesundheitstag vom 1.-7.10.1984 in Bremen

¹⁸ D. Milles, R. Müller (Hrsg.): Berufsarbeit und Krankheit.- Frankfurt/M.: Campus, 1985

¹⁹ R. Müller u.a. (Hrsg.): Industrielle Pathologie in historischer Sicht.- Arbeitspapiere des FSP Nr.49, Bremen: Universität, 1985

²⁰ F.-X. Kaufmann (Hrsg.): Staat, intermediäre Instanzen und Selbsthilfe.- München: R. Oldenbourg Verl., 1987

statt. Dabei war bereits Wolfgang Hien, seinerzeit in der „Mitmischer“ Betriebsgruppe der BASF Ludwigshafen. Eberhard Greiser setzte sich zusammen mit Ellis Huber, AL-Berlin, mit dem Krankheitsregister auseinander, Rudolph Bauer mit Krankheiten und medizinischer Versorgung in Gefängnissen, Max Wambach u.a. redete über Gesundheitserziehung als neue Pflicht zur Gesundheit, Stephan Leibfried über soziale Grundsicherung, Dietrich Milles über Geschichte der Arbeitsmedizin, Rainer Müller über Arbeitsmedizin als soziale Medizin, Gine Elsner über Arbeit und Rheuma, Heike Mertesacker über Kranke Umwelt und Kinder, usw. Es gab auch eine Podiumsdiskussion „Bremen ist krank“ mit Senator Herbert Brückner; eine richtige Antwort wurde nicht gefunden.

Zu Beginn der 1980er Jahren wurde Gesundheitswissenschaft im historischen und internationalen Vergleich verstanden. Dabei bearbeitete vor allem Rainer Müller die Schnittstelle zur Medizin. Zentraler Anknüpfungspunkt war die Auswertung der Krankenkassendaten, wobei Rainer Müller an die große Tradition etwa von Salomon Neumann oder Ludwig Teleky erinnerte. Für die Interdisziplinarität sorgte die sozialpolitische Dimension, in der auch früh Genderaspekte (Frau und Gesundheit, mit Ulrike Maschewski-Schneider) berücksichtigt wurde. Neben der Zusammenarbeit mit Friedel Hauss und Rolf Rosenbrock war vor allem die Zusammenarbeit mit Florian Tennstedt vorwärts treibend, die durchgängig historisch-vergleichenden Ansätze („Soziogenese“) einschloß. Der historische und internationale Vergleich ergab sich für Rainer Müller durch einen Aufenthalt in Oxford und durch die Zusammenarbeit mit Paul Weindling.²¹

In dieser frühen Beschäftigung mit gesundheitswissenschaftlichen Aufgaben waren Forschung und Lehre eng verbunden. Rainer Müller entwickelte nicht nur mit Klaus Beer ein ausgewiesenes Programm für die Arbeitslehre, sondern auch eine Graduierten-Betreuung, sogar von Medizinstudierenden in Köln und Frankfurt. Er faßte Forschung und Lehre so zusammen, wie das oft propagiert und weniger oft praktiziert wird. Sogar fachbereichsübergreifende Projekte, z.B. zu dem „aufrechten Gang“ mit Biologen, wurden durchgeführt.

Bemerkenswert an der wissenschaftlichen Arbeit von Rainer Müller ist auch die Verbindung zur Praxis. So war die kritische Auseinandersetzung mit überkommenen Positionen der Arbeitsmedizin verbunden mit eigener Praxis als Betriebsarzt im Flughafen Bremen. In der Zusammenarbeit mit dem Gewerbeärztlichen Dienst wollte er sogar ein arbeitsmedizinisches Institut aufbauen, was seinerzeit scheiterte. Übrig blieb in jedem Fall die enge Zusammenarbeit mit den Landesgewerbeärzten in Bremen (Rainer Gensch, Frank Hittmann).

Mitte der 1980er Jahren befand sich die Universität Bremen in einem tiefgreifenden Prozeß der Umstrukturierung. Hierzu gehörte der Aufbau von Forschungseinrichtungen, die über die Forschungsschwerpunkte hinausgingen. Hierzu gehörte auch die Mitgliedschaft in der Deutschen Forschungsgemeinschaft, die unter dem Einfluß von Walter R. Heinz gelang. Er stellte schließlich auch die wesentlichen Weichen für den ersten DFG-Sonderforschungsbereich, dem Gütesiegel für universitäre Forschung. Der Antrag vom Oktober 1987 wurde mühsam hergestellt, doch der Sfb 186 „Statuspassagen und Risikolagen im Lebensverlauf“ wurde zu einer universitären Erfolgsgeschichte. Rainer Müller leitete das Teilprojekt C1 Regulierung von Statuspassagen im Erwerbsleben durch Experten. Das Beispiel der Betriebsärzte“. In dem Sfb 186 ging es um die institutionelle Bearbeitung sozialer Risiken, deren Kumulation oder Umverteilung bei bestimmten Sozialgruppen, Umgestaltung der weiblichen und männlichen Normalbiografien, Diskontinuitäten und

²¹ P. Weindling (ed.): The Social History of Occupational Health.- London: Croom Helm, 1985

Friktionen zwischen institutionellen und individuellen Lebenslaufmustern und –entwürfen. Unter theoretischem Bezug auf Barney Glaser und Anselm Strauss, wurden u.a. die Regelungen für wichtige Risiken in solchen Statuspassagen, wie Krankheit oder Unfall, an denen Ärzte als Gatekeeper stehen, untersucht. Bereits damals war die Arbeit von der Einsicht geleitet: *„Die Sozialpolitik im krisengeprägten Wohlfahrtsstaat reagiert auf Veränderungen der Lebenslage von Individuen mit erhöhter Selektivität und versäumt damit, strukturelle Risikolagen mit abzubauen und Lebenschancen für sozial benachteiligte Gruppen zu eröffnen. Daraus entsteht nicht nur eine erhöhte Selektivität von Sozialleistungen, sondern es werden defizitäre Statuspassagen eingeleitet, durch die sich risikoreiche Lebenslagen und diskontinuierliche Lebensläufe festschreiben.“* (Antrag S.32f) Der Sfb 186 versammelte eine Reihe erfolgreicher Projekte. In gesundheitswissenschaftlicher Hinsicht wurden institutionelle Steuerungen und Gatekeeping von Betriebsärzten hin zu Krankenkassen untersucht. Frage war, wie der individuell verantwortete Umgang mit gesundheitlichen Risiken und Schädigungen institutionell flankiert wird. Zusammen mit normativen Leitbildern und Übergangsmustern im historischen Wandel wurden in weiteren Phasen Strategien der Krankenkassen untersucht, die sogenannte Lotsenfunktionen übernehmen sollten.

In gesundheitspolitischer Perspektive betrieb Rainer Müller hierbei die Forschungen zunächst mit Bernard Braun, dann mit Ulrich Mergner und Gerd Marstedt. Sein Mitarbeiter war Johann Behrens, der auch die feste Stelle im Aufbau des ZeS übernahm. Johann Behrens brachte auf dem Erfahrungshintergrund des Frankfurter Sonderforschungsbereichs sozialwissenschaftliche Kompetenzen ein, die auch die Bereiche Rehabilitation und Pflege umfassten. Seine qualitativen Forschungen galten beispielsweise der Forderung „in Würde alt werden im Betrieb“ oder der „relativen Gesundheit“. Er leitete im Sfb 186 das Teilprojekt C4, in dem es um „Passagen in Abstiegskarrieren und Auffangpositionen“ ging. Gefragt wurde, wann Arbeitsunfähigkeit in eine Spirale beruflicher Labilisierung, gekennzeichnet durch mehrfache Arbeitslosigkeiten und Berufswechsel, führt und ob sich Bedingungen erkennen lassen, unter denen Individuen einer solchen Spirale der Labilisierung entkommen.

In der zweiten Phase des Sfb 186 kam das Projekt D1 hinzu, in dem es um Berufskrankheitenverfahren und Gutachtermedizin im historischen Wandel ging und das von Dietrich Milles und Rainer Müller geleitet wurde²². In diesem Projekt wurden grundlegende Linien verfolgt, die in gesundheitswissenschaftlichen Konzeptionen in der historischen Entstehung²³ und auch im internationalen Vergleich zu erkennen sind. So argumentierte Robert W. Lee im internationalen und historischen Vergleich für eine Einbeziehung der medizinischen Dimension und für eine politische Öffnung: *„Indem man die zukünftige Forschung auf die drei zentralen Faktoren der Formulierung und Durchführung von Public-Health-Politik konzentriert, - den Staat (und die politische Ökonomie der Public Health); die Medizin und den Ärztestand; das Individuum –dient ein vergleichender Ansatz dazu, einen entsprechenden Rahmen für die Erklärung der verschiedenen Schwerpunkte und zeitlichen Abläufe der Public-Health-Politik in den sich entwickelnden industriellen Gesellschaften bereitzustellen, und wirft ein neues Licht auf das Ausmaß, in dem die Interaktion von individuellem Handeln, Medizin und weiterführenden sozialen und politischen Faktoren half, Public Health-Programme historisch zu formen.“* (S.451) Alfons Labisch reflektierte tiefreichend die Wurzeln und Bestandteile der historisch gewachsenen Gesundheitskonzeptionen. Er sah *„die grundlegende Aporie der Medizin der Moderne .. darin, daß ihr die Aufgabe, die leibliche Seite menschlicher Existenz sinnhaft – und damit immer auch werthaft – zu bestimmen, in eben dem Moment überantwortet wurde, in dem sie*

²² Mitarbeiter war zunächst Arne Andersen, dann Lars Kaschke, Monika Sniegs, Rebecca Schwoch.

²³ D. Milles (Hrsg.): Gesundheitsrisiken, Industriegesellschaft und soziale Sicherung in der Geschichte.- Bremerhaven: Wirtschaftsverl., 1993

sich den Naturwissenschaften als ausschließlicher Bezugsdisziplin verschrieb.“ (S.473) Er steuerte auch provokante Überlegungen zur Entwicklung von Arbeit und Gesundheit bei: „In einer ohne Dimensionen (und kollektive Werte) differenzierten, damit notwendigerweise hochkommunikativen nachindustriellen Gesellschaft wird Gesundheit zu einem allgemeinen Austauschmittel. Das Thema ‚Arbeit und Gesundheit‘ verschwindet mit seinen materialen und sozialen Grundlagen. An Stelle dessen tritt die Umweltmedizin und – vielleicht – die neue öffentliche Gesundheitspflege (new public health).“ (S.477)

In den gesundheitswissenschaftlich relevanten Ergebnissen des Sfb 186²⁴ wurden theoretisch die historisch-vergleichenden mit handlungstheoretischen Ansätzen verbunden. Demnach wurden drei Entwicklungskräfte angenommen: Entwicklungen, die von einem sozialpolitischen Problemdruck ausgehen (konflikttheoretischer Ansatz); Entwicklungen, die von gesellschaftlichen Bedingungen öffentlicher Willensbildung und politischer Regelung ausgehen (politisch-institutionalistischer Ansatz); Entwicklungen, die von endogenen und legitimationsbedingten Handlungszwängen ausgehen (modernisierungstheoretischer Ansatz). Unterschieden werden wirksame Entwicklungen, je nachdem wie die angegebenen Kräfte auf politisch-institutionelle Lösungen konvergieren. Betont wurde die Qualität des historisch gewachsenen deutschen Sozialversicherungssystems, die ein Bemühen um eine „neue Wohlfahrtskultur“ leiten kann.

Mit der erfolgreichen Bewerbung für den ersten SFB der Universität Bremen ging parallel der Aufbau des Zentrum für Sozialpolitik (ZeS) einher. Diese zentrale wissenschaftliche Einheit folgte der veränderten Forschungspolitik der Universität Bremen, die nunmehr auf dauerhafte und ausgestattete Einrichtungen setzte. Das ZeS wurde mit Unterstützung der VW-Stiftung gegründet und erhielt vier Abteilungen, darunter die Abteilung „Gesundheitspolitik, Arbeits- und Sozialmedizin“, die von Rainer Müller geleitet wurde.

Mit der veränderten Forschungspolitik wuchs auch das Interesse an universitären Einrichtungen. Immer wieder gab es Diskussionen über den Ausbau der Universität, die auch von Klinikern in Bremen angestrengt wurden. Diese erhielten den wichtigen Professorentitel für umständliche Lehre in Göttingen. Die Bemühungen um eine Medizinische Akademie wurden unterstützt von Jürgen Timm als Rektor der Universität. Wegen der Vorbehalte des Wissenschaftsrates sollte sogar ein spezifische Gewicht auf eine „soziale Medizin“ gelegt werden, und entsprechende Kontakte auch zu Rainer Müller wurden aufgenommen, verliefen aber im Sande.

Insgesamt wuchs in der Universität in der zweiten Hälfte der 1980er Jahre das Interesse an gesundheitswissenschaftlichen Fragestellungen und Forschungen. Dies hatte sicherlich mit der WHO-Programmatik und insbesondere dem Aufbau eines „Healthy Cities“ Projekts zu tun. In der Universität gab es verstreute Forschungsinteressen, die sich nicht unter der Fahne der Ottawa-Charta zusammen fanden..

Eine Erhebung und Zusammenstellung des Konrektors Hermann Cordes sorgte für einige Aufregung, weil erstmals deutlich wurde, dass in der Universität verschiedene Ansätze und Sichtweisen zu dem gesamten Komplex vorhanden waren. Cordes fand 70 verschiedene Forschungsprojekte unter Beteiligung von ca. 20 Professoren und 40 Mitarbeitern aus 8 von 12 Fachbereichen. Die Zuordnung zu „Gesundheit“ war jedoch umstritten. Vor allem die Humangenetik, die naturwissenschaftliche Zuarbeit zur Medizin oder die mathematischen

²⁴ W. R. Heinz (Hrsg.): Übergänge, Individualisierung, Flexibilisierung und Institutionalisierung des Lebensverlaufs.- Weinheim: Juventa, 2000; L. Leisering, R. Müller, K. F. Schumann (Hrsg.): Institutionen und Lebensläufe im Wandel. Institutionelle Regulierungen von Lebensläufen.- Weinheim :Juventa, 2001

Modelle in Biometrie und Epidemiologie standen den lebensweltbezogenen Ansätzen von Gesundheitsforschung und -förderung entgegen. Das fünfte Heft der universitären Zeitschrift „Impulse aus der Forschung“ vom April 1988 gab einen Einblick in diese verschiedenen Forschungen und Einsichten. Annelie Keil schrieb einen überblickenden Artikel: „Gesundheit ist mehr“, in dem sie vor allem die Einführung des Subjektes und des Sozialen „als ständiger Bezugspunkt des Wandels und Werdens im Prozeß von Gesundheit und Krankheit“ forderte und „Gesundheit als Lebenskompetenz“ begriff. Rainer Müller und Dietrich Milles stellten am konkreten Beispiel „Gesundheitsgefahr und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz“ das interdisziplinäre Zusammenspiel analytischer und politischer Aufgabenstellungen dar und repräsentierten mit dem Sfb die sozialwissenschaftlich begründete Förderung der Gesundheit.

Neben den Forschungsaktivitäten geriet dann auch die Lehre in den Blick. Im Sommersemester 1989 hatte die Universität Bielefeld, mit maßgeblichem Einfluß von Franz-Xaver Kaufmann, das Diplomstudium „Gesundheitswissenschaften und öffentliche Gesundheitsförderung“ mit breit gefächerten Schwerpunkten eingerichtet; die Eröffnungsveranstaltung fand am 9.06.89 statt. Die Universitäten in Berlin, Düsseldorf, München, Ulm und Dresden folgten, zumeist mit einem Aufbaustudium und oft mit einem medizinorientiert Curriculum.

Auf der Basis der universitären Formierung und mit Blick auf die bundesrepublikanischen Vorgänge fand am 4.5.1988 die erste Sitzung der Bremer Initiative „Gesundheitsforschung“ statt, zu der 22 Mitglieder der Universität zusammenkamen und 9 Personen schriftlich das Interesse an der Mitarbeit bekundeten. Es ging, angeregt durch ein Diskussionspapier von Annelie Keil und Rainer Müller, vor allem um die inhaltliche Fokussierung und die formale Etablierung der Gesundheitswissenschaften. Hierzu wurde eine Ringvorlesung im WS 1988/89 organisiert, woraus sich das Kolloquium „Gesundheitswissenschaft“ entwickelte, das von Anfang 1989 an geplant war.²⁵ Annelie Keil und Rainer Müller legten ein weitergehendes Planungspapier vor. Das Kolloquium im SS 1989 wurde zum Thema „Gesunde Stadt“ mit Bezug auf die WHO-Programmatik durchgeführt. Die Anteile in der Lehre wurden in diesem Zusammenhang am 13. und 20. Juni 1989 zusammengefasst und die Einrichtung eines Forschungs- und Lehrverbundes „Gesundheitswissenschaften“ anvisiert. Ende Januar 1990 bildeten verschiedene Wissenschaftler aus sechs Fachbereichen eine WE „Gesundheitswissenschaften“ gem. §90a BremHG, was am 17.08.1990 verkündet wurde.²⁶ Die Aktivitäten wurden publiziert.²⁷

Zugleich wurde eine Kommission des Akademischen Senats am 13.06.90 eingesetzt, die unter Vorsitz von Rainer Müller²⁸ ihre Arbeit aufnahm; Dietrich Milles übernahm die Geschäftsführung. Die Kommission sollte die Struktur des Studiums der Gesundheitswissenschaft mitsamt der Bedingungen, Kooperationen und vernetzten Angeboten planen. Beraten wurde über Stand und Entwicklung von Forschung und Lehre, die universitären Voraussetzungen, die regionalen und überregionalen Einbindungen, den

²⁵ Angesprochen waren: Artus, Brockmann, Gabel, Gniech, Göckenjan, Greiser, Grimme, Frölecke, Jantzen, Krämer-Badoni, Keil, Kieselbach, Milles, Leithäuser, Franke, Rensing, Schmitz-Feuerhake, Schulke, Stadler, Walter, Wambach, Volmerg (Gerd Mahltig organisierte).

²⁶ Darunter Inge Schmitz-Feuerhake, Hubert Walter, Lorenz Böllinger, Wolfgang Jantzen, Rainer Müller, Hans-Jürgen Schulke, Gerd Göckenjan, Johann Behrens, Peter Boy und Dietrich Milles

²⁷ A. Keil, D. Milles, R. Müller (Hrsg.): Gesundheitswissenschaften und Gesundheitsförderung.- Bremerhaven: Wirtschaftsverlag, 1991

²⁸ Mit Beschluß vom 26.9.90 berief der Akademische Senat folgende Mitglieder in die Planungskommission: Prof. Dr. L. Rensing-Fb 2; Prof. Dr. H. Walter-Fb 2; Prof. Dr. G. Osius-Fb 3; Prof. Dr. L. Böllinger-Fb 6; Prof. Dr. R. Müller-ZeS; Prof. Dr. A. Keil-Fb 12; Dr. H.-J. Schulke-Fb 11; PD Dr. Th. Kieselbach-Fb 9; Dr. Dietrich Milles, ZeS; U. Kaiser; T.A. Budde.

Qualifizierungsbedarf und die Berufsperspektiven, den fachlichen und curricularen Zuschnitt sowie die nötigen Ressourcen. Auf der abschließenden Sitzung 24. Sitzung der Planungskommission am 13.05.1992 wurde ein Lehrfach „Öffentliche Gesundheit/Gesundheitswissenschaften“ mit einem Bremer Profil konzipiert sowie eine Studien- und Prüfungsordnung vorgelegt. Die Voraussetzungen für ein grundständiges Studium wurden „momentan“ nicht gesehen. Vielmehr sollte insbesondere (neben Weiterbildungsangeboten, Studienelementen in der Lehrerausbildung, modellhafte Studienelemente in anderen Studiengängen) ein interdisziplinär angelegtes Aufbaustudium angeboten werden. Empfohlen wurden folgende Kernbestandteile:

- Epidemiologie, Biometrie, Informatik, Demographie, Sozialmedizin, Hygiene, Arbeitsmedizin, Arbeitswissenschaft
- Sozialwissenschaft, Verhaltenswissenschaften, Psychologie, Ethik, Geschichte
- Ökonomie, Management, Verwaltung und Recht, Gesundheitspolitik
- Biologisch-medizinische Grundlagenfächer

Entsprechend lautete die seinerzeitige Definition:

„Wenn im folgenden von ‚Gesundheitswissenschaften‘ die Rede ist, so versteht die Kommission darunter die interdisziplinäre und integrierte wissenschaftliche Lehre von den natürlichen, subjektiven und sozialen Voraussetzungen, Bedingungen und Aufgaben menschlichen Wohlbefindens, insbesondere von den öffentlichen, kollektiven und individuellen Verständigungen darüber, wie Gesundheit unter den Belastungen, Anforderungen und Chancen der modernen Industriegesellschaften gefördert, stabilisiert und wiederhergestellt werden kann.

Gesundheit ist in diesem Verständnis nicht einfach der Zustand der Abwesenheit von Krankheit und auch nicht eine Art reibungsloser Ablauf von Naturgesetzen. Gesundheit ist aber auch nicht einfach eine Willensentscheidung des Subjekts oder eine beliebige gesellschaftliche Normsetzung. Öffentliche Gesundheit/Gesundheitswissenschaften intendieren vielmehr, natur-, sozial- und geisteswissenschaftliche Wissenschaftstraditionen, Methoden und Ansätze aufeinander zu beziehen und einen interdisziplinären Diskurs zu etablieren, der den vorherrschenden Gesundheitsbegriff aus seinen verschiedenen Reduktionen heraus führt.

Die Herausbildung eines biopsychosozialen Verständnisses von Gesundheit und Krankheit, welches sich insbesondere auf dem Hintergrund der zunehmenden Erkenntnis der Unzulänglichkeiten des vorherrschenden medizinischen Paradigmas entwickelte, hat die Notwendigkeit einer interdisziplinären Erforschung jener Faktoren deutlich gemacht, die für die Entstehung, Aufrechterhaltung und Wiederherstellung von Gesundheit verantwortlich gemacht werden können. Dabei kommt vor allem sozialen und psychosozialen Faktoren eine herausragende Bedeutung zu. Gleichfalls wird eine zukünftig der Perspektive der Entwicklung von Gesundheit (z.B. im Sinne einer Salutogenese) insbesondere auch jenen protektiven Faktoren Beachtung schenken, die als individuelle oder soziale Ressourcen den Einzelnen trotz belastender Umgebungsbedingungen dazu befähigen, nicht zu erkranken. In diesem Kontext hat sich gesundheitswissenschaftliche Forschung mit der Bedeutung sozialer Unterstützung sowie der Möglichkeit von Gesundheitsförderung durch eine Stabilisierung sozialer Netzwerke und der Schaffung vermittelnder (intermediärer) Instanzen zwischen Selbsthilfe und professioneller Gesundheitsintervention zu befassen.“ (Bericht S.4)

Bereits Anfang der 1990er Jahre bestand im Rahmen der WE Gesundheitswissenschaften eine Kooperation mit dem Bundesverband der Innungskrankenkassen. Im Mai 1992 wurde das Seminar „Die Rolle der Gesetzlichen Krankenversicherung in der Kommunalen Gesundheitsförderung“ durchgeführt und dazu in der WE Gesundheitswissenschaften eine „Akademie für Gesundheit“ (betrieben von Eva Zinke, Gerd Mahltig) eingerichtet. So sollte eine spezifische, berufsbegleitende Weiterbildung für Krankenkassenangestellte entwickelt

werden. Praktiker und Akteure sollten aus ihrem beruflichen Alltag heraus genommen werden und nach erfolgter Weiterbildung wieder in den beruflichen Zusammenhang zurückkehren. Diese innovative Idee war der Zeit voraus. Vor allem waren noch zu wenige Erfahrungen in der Schnittstelle zu der alltäglichen beruflichen Praxis vorhanden. Daher klafften die Argumentations- und Wahrnehmungsmuster zu weit auseinander. Das Vorhaben wurde nach einigen Durchgängen eingestellt.

Dabei gab es Bemühungen, sowohl in die Ärzteschaft, wie in die Region zu wirken und interessierte Kompetenzen zu vernetzen. Besonders zeichnete sich das Gesundheitspolitische Kolloquium aus, das von der WE Gesundheitswissenschaften initiiert und dann von Rainer Müller organisiert wurde. Es gelang mit praktischen und relevanten Themen sowohl Leistungsträger wie Leistungsanbieter im Versorgungssystem anzusprechen und in einen politischen Diskurs zu bringen. Von Ärztefunktionären bis zu Vorständen der meisten Bremer Krankenkassen, von Hermann Schulte-Sasse bis Ulrich Kütz etc. nahmen an den Veranstaltungen teil, die sich mittlerweile als ein zentrales Forum in Bremen etabliert hat.

Eine große Herausforderung ergab sich, ohne dass dies der Universität zunächst bekannt gemacht worden war. Anfänglich an der universitären Forschung vorbei wurde ein Norddeutscher Forschungsverbund Public Health angedacht, der schließlich 1990 beantragt wurde. Auf Basis eines Schreibens des BMFT an die Länderminister vom Juli 1989, das eine Förderung der Public-Health-Forschung avisierte, äußerte der Bremer Senator das Interesse auf Basis eines Entwurfs aus dem BIPS. Kötting mahnte Ende Oktober 1989 das BIPS, das Gesamtkonzept und Anträge einzureichen. Das BIPS sollte die Federführung haben, aber andere Kompetenzen in Bremen sollte angesprochen und eine länderübergreifende Kooperation geprüft werden. Vorbereitet wurde ein gemeinsames Vorgehen mit der MH Hannover nebst einer Einbeziehung von Hamburg und Schleswig-Holstein. Dieses Vorgehen fasste Public Health als „Gesundheitswissenschaften, Bevölkerungsmedizin und Gesundheitswesen“. Als die Planungen bekannt wurden, erhob sich aus der Universität starke Kritik, wurden doch die Standortbedingungen für Bremen im Wesentlichen auf die Forschungen des BIPS reduziert. Vor allem wurde kritisiert, dass die universitären Anstrengungen in Forschung und Lehre angeführt wurden, ohne dass die Universität in die Planung einbezogen worden wären. Am 1. März konkretisierte das BMFT, dass drei oder vier Schwerpunkte für die PH-Forschung gesetzt werden sollten, wofür Vorschläge der Länder erwartet würden. Bis zum 12.4.90 sollten Vorschläge eingereicht werden. Zum 21.5.90 sollte der Wissenschaftsrat die Vorschläge sichten und erörtern. Nun drängte die Zeit. Der Konrektor Christian Marzahn hatte bereits zum 2.3.90 zu einer gemeinsamen Arbeitsgruppe eingeladen. Rainer Müller und Dietrich Milles wollten die Arbeit an dem Entwurf für einen NFV mit der Arbeit der WE „Gesundheitswissenschaften“ koppeln.²⁹

Nun wurde das Vorhaben hin zur Universität geöffnet. Seinerzeit war noch Karl-Heinz Jöckel für das BIPS antreibend.³⁰ Es fanden Treffen ab Oktober 1989 statt, in denen auf die GSF als Träger orientiert wurde. Dietrich Milles und Rainer Müller legten eine Planung mit dem Focus auf „Risikokumulation und Gesundheitsförderung im Lebensverlauf“ vor. Darauf fanden verschiedene schwierigere Auseinandersetzungen statt, in die auch F W Schwartz für den überregionalen Antrag einbezogen war. Am 13.08.90 forderte die GSF einen ausgearbeiteten Antrag an. Der theoretische Pfiff in dem schließlich vereinbarten Antrag lag darin, die theoretische und begriffliche Klärung selbst zum Forschungsgegenstand zu machen.

²⁹ Einzelne Projektideen kamen von Ludger Rensing, Hubert Walter, Detmar Beyersmann, Hans-Jürgen Schulke und Thomas Hilbert, Holzhüter, Gniech und Schepers, Theo Wehner, Meyer und Michael Stadler.

³⁰ Dann weiterhin beteiligt Jürgen Timm, Rainer Müller, Wosniok, Ulrike Maschewsky-Schneider, Zenker, Hubert Walter, Eberhard Greiser.

Die Konzeption nahm den von Rainer Müller und Dietrich Milles entwickelten Focus auf und wollte „die Bedingungen von Risikokumulation und Gesundheitsförderung im Lebensverlauf erforschen und für ein leistungsfähiges Public-Health-System zur Verfügung zu stellen“ (S.2). *„Aufgrund der in den beteiligten Bundesländern vorhandenen Expertise ist es daher eine besonders erfolversprechende Schwerpunktsetzung, in diesem Spannungsfeld die individuelle Umwelt des Menschen in das Zentrum der Aufmerksamkeit zu stellen und zu fragen, wie sich diese in ihren spezifischen Ausprägungen positiv wie negativ auf den Menschen auswirkt. Bei der Auswirkung sollte die Analyse nicht bei den kurzfristigen Veränderungen stehen bleiben, sondern Risikologen im gesamten Lebenslauf berücksichtigen.“* (S.18) In der übergeordneten Arbeitsgruppe sollte Theorie und Geschichte durch Bremer Kompetenz abgedeckt werden (Ansprechpartner: Rainer Müller). Ein ganzer Projektbereich war als „Arbeit und Umwelt – Risikoermittlung und Möglichkeiten der Prävention“ vorgesehen, wobei „der Verbindung von arbeitsplatzbezogener und umweltbezogener Forschung ein wesentlicher Anteil zugewiesen“ wurde (S.47). Thomas Kieselbach war für den Bereich „Prekarisierung des Arbeitsmarktes als gesundheitliches Risiko“ vorgesehen. Dann gab es den Bereich „Rehabilitationsforschung zu Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates“, Ansprechpartner Rainer Müller; „Untersuchungen über die Belastung von Kindern mit Schadstoffen“ (Hubert Walter). In die Koordination des Verbundes wurden Karl-Heinz Jöckel (BIPS), Alf Trojan, Matthias Graf von der Schulenburg und Rainer Müller genommen. Insgesamt wurde jedoch Friedrich-Wilhelm Schwartz als Sprecher für den Gesamtverbund benannt.

Die Begutachtung und Entscheidung durch die GSF war eine große Enttäuschung für das Profil, das vor allem Rainer Müller dem Aufbau der Gesundheitswissenschaften geben wollte. Statt dessen erfolgte hauptsächlich eine Ausrichtung auf das medizinische System und auf mathematisch-naturwissenschaftliche Verfahren. Bewilligt wurden schließlich Projekte unter Mitwirkung von Ulrike Maschewsky-Schneider und Karl-Heinz Jöckel (BIPS) zur epidemiologischen Bewertung der Krebsprävention und zum Risikomonitoring. Insbesondere Lebenslaufbezug und Arbeitsweltbezug lag nicht in der Förderlogik. Dies war nicht sehr weitblickend, wenn man sich z.B. die Bedeutung ansieht, die heute dem „Humankapital“ oder Health Technology Assessment zukommt. Vor allem aber war es ein zentraler Rückschlag für die WE Gesundheitswissenschaften und die Chance, das Bemühen um Gesundheit in der Universität Bremen zu konzentrieren. Der Norddeutsche Forschungsverbund zeitigte keinerlei Effekte für den Aufbau der Gesundheitswissenschaft in der Universität Bremen. Ein vertane Chance in der Tat.

Diese Entwicklung wirkte sicherlich nicht gerade förderlich in einer anderen Dimension, die sich in diesen Jahren auftat. Die Politikberatung wurde mehr und mehr von den Verantwortlichen im Lande erkannt. Voran ging Henning Scherf, der eine Runde von vornehmlich Bremer Wissenschaftler beim Senator für Bildung und Wissenschaft initiierte, das „Bremer Perspektiven-Labor“, das später vom Bürgermeister Scherf weiter betrieben wurde. Auch die Gesundheitsenatorinnen griffen später auf universitäre Beratung zurück. Doch im Juni 1992 ging es allgemein um ein Leitbild einer „Gesundheitsbewußten Stadt“. Die Verständigung war nicht einfach. An Rainer Müller richtete sich insbesondere die Frage nach dem gesellschaftlichem Konsens und nach dem Verfahren, mit denen ein solcher Konsens mitsamt praktischer Effektivität zu erreichen ist.

Zur gleichen Zeit aber gingen die forschungspraktischen Bemühungen bereits weiter und es wurden Überlegungen zu einer arbeitnehmerbezogenen Gesundheitsberichterstattung in Bremen angestellt. Die Angestellten- und Arbeiterkammer ermöglichte im April 1992 ein bis dato einzigartiges Projekt, das von Rainer Müller geleitet wurde und in dem einigermaßen

repräsentativ zu Alltag, Arbeitswelt, medizinische Versorgung und Beratung, Stadt befragt wurde. Daraus entstand die bemerkenswerte Studie³¹, die ganz in der guten Tradition der sozialen Medizin argumentierte: *„Diesen Wandel von Ansprüchen und Bedürfnissen der Menschen konkreter zu erfassen und für die handelnden politischen Institutionen, für die gesellschaftlich aktiven Einrichtungen und auch für die Verantwortlichen in der Wirtschaft sichtbar zu machen, war ein wichtiges Anliegen der Untersuchung. Die Ergebnisse deuten darauf hin, daß soziale Desorientierung, politische Verdrossenheit und Rückzug aus der Gesellschaft, die das gesellschaftliche Klima gegenwärtig bestimmen, auch damit zu tun haben, dass es offensichtlich keine angemessenen Konzepte gibt, um den qualitativen Ansprüchen und Wünschen der Bürgerinnen und Bürger und der Beschäftigten Rechnung zu tragen.“* (S.9).

Auf dem Hintergrund des DFG Schwerpunktprogrammes „Gesundheitssystemforschung“ wurde Ende 1994 von Rainer Müller eine Initiative entfaltet, damit eine gewisse Integration und Absprache der potenten Aktivitäten und Forschungsressourcen in Bremen erreicht werden und es zu einem Dialog über theoretische und methodologische Fragen kommen könnte (Einladung R. Müller unter dem 19.12.1994 (!)). Die weiteren Verhandlungen fanden im Zusammenhang einer Einladung der Senatoren für Bildung und Wissenschaft sowie für Arbeit und Frauen für den 6.2.1995 statt. Daran beteiligt waren Hochschullehrer und Forscher aus den Fachbereichen 2, 3, 6, 11, 12 und dazu Einrichtungen wie das ZeS, ZKH Ost, HGA, BIPS, Sfb 186. Das Schwergewicht der Präsentation lag auf Forschungen im ZeS (einschließlich Sfb 186) und BIPS, organisiert am 6.2.95 im ZeS durch Rainer Müller. Dies war die Voraussetzung für die Verankerung der Gesundheitswissenschaften als universitärer Forschungsschwerpunkt und für die Gründung des Zentrums für Public Health in Bremen.

In der Folge wurde der Aufbau des Aufbaustudienganges „Öffentliche Gesundheit/Gesundheitswissenschaften“ angegangen, der 1995 eingerichtet wurde. Die Einrichtung war nach dem Bericht der AS-Kommission durch verschiedene Intervention verzögert worden, in denen es vor allem um eine besondere Bedeutung der Epidemiologie ging. Schließlich wurden zwei Schwerpunkte gebildet: Soziale Sicherung und Epidemiologie. Nach anfänglichem breiteren Interessen, focussierte das Interesse der Studierenden vermehrt auf ärztliche und medizinische Aufgaben.

Eine interessante Erweiterung des Lehrprogrammes ergab sich in Zusammenarbeit mit einer regionalen Initiative. Von dem Delmenhorster Abgeordneter und Vorsitzender des Ausschusses im niedersächsischen Landtag, Harald Groth, ausgehend wurde die erste Summer School of Public Health am 18.-20. September in Delmenhorst durchgeführt, veranstaltet von der Stadt Delmenhorst und organisiert von Dietrich Milles. Im Rahmen der Neuen Hanse Interregio gelang ein Diskurs zwischen Wissenschaft und Praxis. Über zehn Jahre kamen wichtige Akteure, innovative Kräfte, große Einrichtungen zusammen, um zentrale Themen, besonders auch Blick in die Region und über die Grenzen in die Niederlande (Groningen, Twente-Enschede) zu bearbeiten. Am 14.01.1998 genehmigte der FBR 11 auch die Einrichtung der Wiss. Einheit „Institut für regionale Arbeits- und Gesundheitsforschung“, die eine entsprechende Forschungsaktivität mit Sozialversicherungsträger in der Region entfaltete. An der Leitung des Instituts waren Dietrich Milles und Rainer Müller beteiligt. Leider lag ein weiterer Ausbau nicht im Interesse der seinerzeitigen Leitungen von Fachbereich und Universität. Die Bemühungen um regionale Einbindungen müssen heute mühsam die seinerzeit bestehenden Vernetzungen wieder aufnehmen.

³¹ Gerd Marstedt u.a.: Gesundheit und Lebensqualität.- Bremen: Angestelltenkammer, 1993

Anfang 1996 begannen die Planungen für eine inneruniversitäre Vernetzung der Public-Health Forschung. Ausgangspunkt war der universitäre Auftrag, Doppelforschungen zu vermeiden und Synergie-Effekte zu erzielen. Im Mittelpunkt stand hierbei eine Einbindung des BIPS und des Zentrums für Rehabilitationsforschung.³² Eine Konzeptgruppe entwickelte Vorstellungen über Inhalte, Strukturen und Transfer-Leistungen eines ZPH und erwartete Synergie- und Integrations-Effekte. Zusammen mit Dietrich Milles entwickelte Rainer Müller ein spezifisches Profil, das auf die „Produktion von Gesundheit“ abhob, worunter vor allem ein Bezug auf die Veränderungen der Arbeit im Zusammenhang neuer Technologien und Dienstleistungen sowie ein Bezug auf veränderte institutionelle Arrangements in der Problembearbeitung verstanden wurde.

In seiner Sitzung vom 18.03.1998 beschloss der Akademische Senat der Universität mehrheitlich die Bildung einer Wiss. Einrichtung „Zentrum für Public Health“, das die Förderung und Konsolidierung einer interdisziplinären Public-Health-Forschung bezweckte. Daran beteiligt waren: BIPS, Institut für Bildung und Forschung in Pflegewissenschaften und Sozialgerontologie (BiFoPS), IRAG, Zentrum für Rehabilitationsforschung, WE „Arbeit, Arbeitslosigkeit und Gesundheit“ (WEAAG), Institut für angewandte Biographie- und Lebensweltforschung (IBL).

Das ZPH verfolgte die hochgesteckte Zielsetzung, *„mit der Institutionalisierung eines solchen Zentrums den Integrationsprozeß zum Aufbau eines gemeinsam getragenen Paradigmas von Gesundheitswissenschaften in Bremen zu fördern und zur Verankerung der anwendungsorientierten Wissenschaft in regionalen und überregionalen Praxisfeldern beizutragen“*. Das ZPH war einerseits ambitioniert und diskursiv angelegt, andererseits illusionär und forschungspraktisch zum Scheitern verurteilt. Noch zum Gründungsakt, der mit Bundesministerin Andrea Fischer und WHO-Vertreterin Ilona Kickbusch kaum höherrangig hätte gefeiert werden können, waren die Erwartungen sehr groß: „Es wird wieder ein erfolgreiches Bremer Modell geben“, meinte Gesundheitssenatorin Hilde Adolf, und sah ein „Bremer Public-Health-Wissenschaftsteam um die Professoren Annelie Keil, Stefan Görres und Eberhard Greiser“. Doch dieses Team repräsentierte nicht die Forschung in Bremen, wichtige Teile wurden herausgebrochen, wie die Rehabilitationsforschung, andere wichtige Forschungen, wie die von Rainer Müller im Zentrum für Sozialpolitik, wurden erst gar nicht eingebaut – von den naturwissenschaftlichen und technischen Forschungen ganz zu schweigen.

Immerhin hätte das ZPH eine gute Rolle spielen können, wenn lediglich eine Vernetzung und ein Forum aufgebaut worden wäre. Die diskursive Logik lag aber nicht der Logik der Universität, die wesentlich auf Drittmittelforschung orientierte. Die eigentlichen Forschungsprojekte wurden durch das ZPH nicht voran getrieben. Eine politische Einflußnahme war nicht erkennbar. Daher wurde auch diese Chance der universitären Wissenschaftsentwicklung vertan. Vielmehr ergab sich eine bundesweite Konkurrenz um ein nationales Forschungsinstitut, für das eine forschungspraktische Organisation ebenso sinnvoll schien wie für die Drittmittel-Logik überhaupt. Das diskursive Zentrum wurde aufgegeben und stattdessen das Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP) zum 1.10.2004 gegründet. Das IPP verspricht eine anwendungsorientierte Perspektive in Prävention, Versorgung und Pflege, die einen besonderen Fokus auf die Effektivitäts- und Effizienzprobleme im Gesundheitswesen einerseits und auf die gesundheitlichen Bedürfnisse

³² Unter der Regie des Dekans Michael Stadler waren beteiligt an diesen Planungen: Rainer Frentzel-Beyme, Stefan Görres, Eberhard Greiser, Andreas Hanses, Wolfgang Hoffmann, Annelie Keil, Helga Krüger-Müller, Rainer Müller, Franz Petermann.

sozial benachteiligter Bevölkerungsgruppen andererseits legt. Da die Gründung eine Mitgliedschaft in anderen Einrichtungen ausschloß, blieben Rainer Müller und Anderen die Mitarbeit verwehrt.

Auch in anderer Hinsicht gab es gescheiterte Aktivitäten. So wurde einem Doktorandenkolleg „Public Health – Analyse und Bewertung arbeitsbedingter Gesundheitsrisiken“, das zusammen mit Detmar Beyersmann für die Hans-Böckler-Stiftung entwickelt worden war, 1999 die Anerkennung verweigert. Auch dies gehört zu den vertanen Chancen, handelte es sich doch um einen interdisziplinären, weit vorausblickender Antrag, der ökologische Aspekte ebenso einschloß wie Health Technology Assessment.

Gesundheitswissenschaften sind mittlerweile nicht nur universitär etabliert, sondern haben eine deutliche, wenn auch diffuse gesellschaftliche Anerkennung. Auf diesem Hintergrund begannen 2003 die Planungen für ein grundständiges Studium. Voran getrieben durch Andreas Hanses und Henning Schmidt-Semisch wurde von Beginn an ein BA-Studiengang nach dem Bologna-Prozeß angegangen. Die Lehre begann im WS 2004/05 und die Akkreditierung war 2005 erfolgreich. Es zeigte sich ein großes Interesse. Bereits mit dem ersten Durchgang wurden mit über 150 Studierenden die Erwartungen weit übertroffen. Zwar wurde eine Zulassungsbeschränkung beantragt, aber von der universitären Leitung wegen mangelnden Erfahrungen aufgeschoben. Der zweite Jahrgang brachte mit über 550 Studierenden eine riesige Herausforderung. Sogar der dritte Jahrgang füllte, selbst mit Zulassungsbeschränkung, mit über 190 Studierenden die Lehrveranstaltungen. Die Attraktivität der Gesundheitswissenschaften zeigt sich nachdrücklich.

Dazu kommt die Anerkennung als Wissenschaftsschwerpunkte in der Universität. Dazu kommt auch schließlich der erfolgreiche, wesentlich durch Rainer Müller betriebene Antrag einer Graduiertenförderung durch die Hans-Böckler-Stiftung. Ab 1.1.2006 arbeiten acht StipendiatInnen an einer „Nutzerorientierten Gesundheitssicherung“. Dazu kommt aber auch die Auseinandersetzung mit einer universitären Politik, die traditionelle Stärken angesichts brisanter Finanzprobleme aufzugeben droht. Noch in den Planungen für die Hochschulentwicklung gab es eine, wenn auch bescheidene Gewichtung von „Arbeit und Gesundheit“ – also für jenen Bereich, der wie kein zweiter an der Universität für die Entwicklung der Gesundheitswissenschaften verantwortlich zeichnete und der die Verbindung zur Erwerbsarbeit und zur produktiven Gestaltung unserer Gesellschaft herstellt. Es ist zu Beginn des Jahres 2007 sehr fraglich, ob es in der Realität der Hochschulentwicklung diese Gewichtung weiterhin geben wird.

Also war der Aufbau der Gesundheitswissenschaft in der Universität Bremen insgesamt recht durchwachsen, was positiv und was negativ sein kann, was von innen und von außen betrachtet werden kann. Gesundheit wird oft mit Harmonie und Gleichgewichts-Modellen gefasst. Dies ist aber nach Erkenntnissen der Streßforschung ebenso unsinnig wie nach lebenspraktischen Erfahrungen. Mit Sicherheit nahm die Gesundheitswissenschaft in der Universität Bremen einen Weg voller Windungen und Wendungen und nicht ist klar, wohin er führt. Aber den einen und geraden Weg kennt die Geschichte nicht wirklich und er ist auch nicht wirklich gesund.