

Gesundheitlicher Umweltschutz im kommunalen Raum

Aufgaben für den öffentlichen Gesundheitsdienst*

Für die Frage nach dem grundlegenden Selbstverständnis für Aktivitäten des gesundheitlichen Umweltschutzes in der Kommune gilt das berühmte Postulat: global denken – regional handeln! Es wird zu zeigen sein, daß diese Formel als Verpflichtung gelten kann, daß sie aber zugleich auf aktuelle Dilemmata hinweist, die den Handlungsspielraum des öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) und kommunale Ansätze generell begrenzen. Unter den zahlreichen Definitionsversuchen wird hier die WHO-Formulierung wiedergegeben: »Unter gesundheitlichem Umweltschutz werden alle Aspekte von Gesundheit und Krankheiten verstanden, die durch Umweltfaktoren verursacht werden. Der Begriff umfaßt auch Theorie und Praxis der Beurteilung und Bekämpfung von Umweltfaktoren, die sich schädlich auf die Gesundheit auswirken können.« Innerhalb des ÖGD wird häufiger noch der Begriff der Umwelthygiene verwendet.

Dem kommunalen Raum wird in der gegenwärtigen sozialwissenschaftlichen und gesundheitstheoretischen Debatte erneut ein besonderes Innovationspotential zugesprochen, da hier weniger bürokratische Hemmnisse und eine stärkere Orientierung an den unmittelbaren Bedürfnissen der Bevölkerung vermutet werden als auf der staatlichen Zentralebene. Umwelthygiene wird von der Gesundheitspolitik als eines der prioritären Ziele des ÖGD betrachtet.

Rahmenbedingungen für kommunale Ansätze

1. Erst relativ spät hat in den Industriegesellschaften die Bearbeitung der unmittelbar gesundheitlichen Dimension der Umweltproblematik begonnen. Hierfür wurde das geflügelte Wort geprägt: Erst stirbt der Wald, dann stirbt der Mensch. Diese Sentenz weist aber auf eines der zentralen Dilemmata des gesundheitlichen Umweltschutzes hin: Harte Daten im Sinne der klassischen Gesundheitsindikatoren liegen

* Überarbeitete Fassung des gleichnamigen Vortrags auf der Konferenz »Umwelt und Gesundheit« im Institut für System- und Technologieanalysen, Bad Oeynhausen im November 1992.

erst in Ansätzen für die tatsächlichen oder vermuteten gesundheitlichen Auswirkungen der anthropogenen Umweltbelastungen vor. Allzuoft ersetzen Glaubenskriege die wissenschaftliche Erörterung. Dies läßt sich beispielsweise an der Kontroverse um die Zusammenhänge von Umweltschadstoffen und Krebserkrankungen zeigen: letztlich ist eben nicht gesichert, daß es »immer mehr« schadstoffassoziierte Krebserkrankungen in den industrialisierten Ländern gibt. Präventives Handeln müßte aber umgekehrt auch gar nicht auf »Beweise« durch hieb- und stichfeste epidemiologische Langzeitstudien warten.

2. Umwelthygiene operiert im Gegensatz zur Gewerbehygiene in der Prävention mit einem Vorsorgebegriff, dem unvergleichlich niedrigere Expositions Dosen zugrunde liegen als in der Arbeitswelt; häufig sind diese Konzentrationen erst durch die moderne toxikologische Analytik als Denk- und Handlungsgrößen operationalisierbar geworden. Nicht nur, daß Schadstoffe wie die PCB's für die Bevölkerung nicht vorstellbar sind, wird damit zum Problem, sondern auch, daß Dimensionen im Nano- oder Picogrammbereich grundsätzlich jenseits der alltäglichen Fantasie liegen. Innerhalb der öffentlichen Wahrnehmung werden Schadstoffe in großer Beliebtheit und Gleichförmigkeit als gefährlich, im schlimmsten Falle krebserzeugend, betrachtet. Man muß in weiten Bereichen der öffentlichen Darstellung des Zusammenhangs von Umweltbelastungen und Krankheiten von einer Verschiebung in der Risikowahrnehmung sprechen. Das historisch verständliche generelle Mißtrauen gegenüber Expertenauskünften stellt in der Umwelthygiene eine Herausforderung dar, welches gelegentlich mehr Zeit bindet als die Abarbeitung der Probleme selber. Erst langsam setzt sich die Einsicht durch, daß es notwendig ist, auf entsprechende massive Ängste in der Bevölkerung »trotzdem« intensiv einzugehen und daß es nicht ausreicht, die Befürchtungen mit dem Hinweis auf fehlende wissenschaftliche Beweise im Zusammenhang von Schadenstoffen und Erkrankungen abzutun. Nur wo die Bevölkerung sich ernst genommen fühlt, kann sich dann auch ein Verständnis dafür entwickeln, daß es kein Null-Risiko geben kann und daß die viel gescholtenen Grenzwerte im Prinzip eine unverzichtbare Handlungsorientierung geben.

3. Die Entwicklung der Umwelthygiene in Deutschland wird durch die politische Vereinigung stark beeinflußt werden. Der Ruf nach Schadstoffkatastern und umweltepidemiologischen Untersuchungen wird lauter werden. Das Gebiet der ehemaligen DDR wird

zum begehrten Objekt der Umweltmedizin im Sinne eines ungeahnten Großexperiments. Wie erfolgreich dieser Ansatz bezogen auf die Endpunkte Morbidität und Lebenserwartung sein kann, läßt sich wohl allein schon deshalb kaum abschätzen, weil es auch weitere Faktoren wie Streß, das soziale Umfeld und Genußmittelabusus einzubeziehen gilt. Die kommunale Ebene wird bei diesem hohen Erwartungsdruck äußerste Anstrengungen unternehmen müssen, daß nicht hinter einer subtilen Schadensanalyse praktikable Sanierungsmethoden und präventive Ansätze zu kurz kommen.

4. Die moderne umwelttoxikologische Analytik hat einen sehr hohen Leistungsstand erreicht. Vermutlich ist der qualitative Sprung durch diese Feinanalytik in seiner Bedeutung für die Bewußtseinsbildung in Politik und Öffentlichkeit mindestens so bedeutsam wie der Erkenntnissschub durch den Siegeszug der modernen Bakteriologie ab Ende des letzten Jahrhunderts. Es gilt nun, die daraus resultierende Definitionsmacht einer neuen Expertengeneration wieder ein Stück mehr in die gesellschaftliche Debatte um prioritäre Gesundheitsziele einzubinden. So fragt sich, ob der enorme Aufwand für den Austausch formaldehydemittierender Spanplatten noch in einem vernünftigen Verhältnis zum gesundheitlichen Effekt steht und ob nicht sogar generell das Formaldehyd als erster im allgemeinen Bewußtsein verankerter Schadstoff massiv überbewertet worden ist. Es bedarf auch einer kritischen Zwischenbilanz, ob der bisherige Aufwand bei der Erfassung und Entsorgung bzw. Abschottung von schwach gebundenem Asbest in Gebäuden nicht deutlich gesenkt werden könnte, ohne daß es zu unvermeidbaren Risiken für die NutzerInnen kommt. Die sich zuspitzende ökonomische Situation darf aber auch nicht dazu mißbraucht werden, in alter Manier die Schaffung bzw. Erhaltung von Arbeitsplätzen und die Erhöhung des Bruttosozialproduktes unkritisch zur Maxime des Handelns zu erklären. Unterschätzt wird innerhalb des Umwelthygiene und -medizin diskurses bisher die Rolle der sinnesvermittelten Umweltwirkungen wie beispielsweise der Belästigung durch dauerhafte Lärmexposition jenseits objektivierbarer Gesundheits- (hier: Innenohr-)schädigungen.

5. Schließlich soll auf zwei vielleicht selbstverständlich wirkende Grenzen des kommunalen Handlungsansatzes hingewiesen werden. Zum einen lassen sich ganz zentrale Fragen von Ökologie und Gesundheit nicht primär durch den kommunal verankerten gesundheitlichen Umweltschutz angehen. Dies gilt z.B. für den Eintrag chlororganischer Verbindungen in den ökologischen Kreislauf.

Dieses Grundproblem kann nur im Sinne eines allgemeinen gesellschaftlichen Konsenses und mittels politischer Entscheidung auf Bundesebene und in internationalen Gremien gelöst werden. Hier kann die kommunale Ebene nicht mehr tun als sich an der Bewußtseinsbildung zu beteiligen, und das ist nun anders betrachtet wieder ein äußerst wichtiger Beitrag. Zum anderen bedürfen globale ökologische Probleme, wie die Erwärmung der Atmosphäre, der Lösung in einem übergeordneten Interesse der Menschheit, das natürlich auch gesundheitliche Aspekte hat, sich aber nicht primär durch eine krankheitenorientierte Betrachtung definieren läßt. Auch hier ist der Handlungsauftrag der Kommunen auf die Förderung von ökologischem Denken auszurichten.

Zur Rolle des ÖGD im gesundheitlichen Umweltschutz

Es stellt sich nun die Frage, wie der gesundheitliche Umweltschutz auf der kommunalen Ebene unter Beteiligung des öffentlichen Gesundheitsdienstes organisiert und ausgebaut werden kann.

1. Für den Aufbau und die Verstärkung des gesundheitlichen Umweltschutzes in der Kommune sollte unbedingt zunächst ermittelt werden, wer sich in der jeweiligen Stadt, dem jeweiligen Kreis bisher bereits dem umweltbezogenen Präventionskonzept verpflichtet gefühlt hat. Hierbei steht ohne Frage die Gewerbehygiene in ihren verschiedenen Organisationseinheiten oft im Mittelpunkt; genannt werden sollen Landesgewerbeärzte, Gewerbeaufsichtsämter, betriebsmedizinische Dienste, arbeitssicherheitstechnische Dienste und die dazugehörigen Forschungseinrichtungen – sowie deren Pendant zu Zeiten der DDR. So sehr sich auch insbesondere die traditionelle Arbeitsmedizin den Vorwurf gefallen lassen muß, daß sie viel zu sehr die Rentabilitätsüberlegungen der Betriebe und viel zu wenig den Gesundheitsschutz der Arbeitnehmer/innen berücksichtigt hat, und so wenig Gewerbehygiene herkömmlich den bevölkerungsmedizinischen Ansatz im Auge hatte, so unsinnig wäre es, auf die Kooperation mit diesen Einrichtungen verzichten zu wollen. Ziel muß vielmehr sein, das dort vorhandene Wissen zu nutzen und zugleich die in der Arbeitswelt üblichen Grenz- und Interventionswerte durch überzeugende umwelthygienische und umweltmedizinische Untersuchungen in Frage zu stellen.

Ein erstes Beispiel hierfür ist die Kooperation von Gesundheitsamt und Gewerbeaufsichtsamt zur Minderung der Belastung durch Chemische Reinigungen.

2. Der öffentliche Gesundheitsdienst, hier insbesondere die Gesundheitsämter und Hygieneinstitute, können auf die Unterstützung von Universitäten und anderen wissenschaftlichen Institutionen nicht verzichten, wie sie umgekehrt zu wichtigen Kooperationspartnern werden können. Als Beispiel sei auf die Forschung im Bereich der Luftreinhaltepläne verwiesen: Hier bietet sich vor allem die Einbeziehung der Kindergesundheitsdienste der Gesundheitsämter an, die im Rahmen ihrer Jahrgangsuntersuchungen epidemiologische und umweltmedizinische Ansätze aufnehmen können, um der Frage von Luftbelastung, Allergien und chronischen Lungenerkrankheiten ein Stück näher zu kommen. Die Gesundheitsämter profitieren darüber hinaus von derartigen Kontakten für ihre eigene Fortbildung.

3. Gesundheitsämter müssen mehr als bisher einfordern, daß die anderen Bereiche der öffentlichen Verwaltung gesundheitliche Belange bei ihren Planungen berücksichtigen. Dies gilt sowohl für die Fragen der Altlasten und kontaminierten Standorte als auch für die Verkehrsplanung der Städte und Gemeinden und, um einen dritten schwierigen Bereich zu nennen, für öffentliche Bauvorhaben sowie die Sanierung problematischer öffentlicher Gebäude. Insbesondere die bauenden Ämter tun sich schwer mit dieser Kooperation; aber nicht allein die zugrundeliegenden Verständigungsprobleme sind in diesem Bereich abzarbeiten, es fällt tatsächlich nicht leicht, ökologisch und gesundheitlich »unbedenkliche« Produkte und Bauweisen präzise zu fassen. Im Rahmen der gegenwärtig entstehenden neuen Gesundheitsdienstgesetze der Länder wird der Versuch unternommen, daß der ÖGD im Rahmen der gesetzlich bereits geregelten Umweltverträglichkeitsprüfungen (UVP-Gesetz) eingebunden werden muß. Dies wirft eine Unmenge an methodischen und Fragen auf, da sich für Gesundheitsverträglichkeit bisher keine harten Kriterien anwenden lassen. Die gesundheitliche Perspektive als Teil der UVP-Systematik verschafft dem ÖGD aber eine wichtige Verankerung innerhalb der kommunalen Fachverwaltung.

4. Durch die neue Armut, durch Drogensucht und durch die Zuwanderungsbewegung ergeben sich wichtige Überschneidungen zwischen alter und neuer Umwelthygiene. So ist insbesondere die Wohnungsfrage in neuer Weise wichtig geworden. Dies betrifft zunächst einmal die Notwendigkeit der Schaffung ausreichenden und angemessenen Wohnraums für unterschiedliche Bedürfnisse. Zu berücksichtigen sind vor allem die negativen Folgen der augenblicklichen Mängelverwaltung. So kann es, um ein praktisches Beispiel

zu nennen, nur als absurd bezeichnet werden, wenn der massenhafte Einsatz von Desinfektionsmitteln und Pestiziden in überbelegten Erstunterkünften für Zuwanderer als quasi normal betrachtet wird, anstatt über gesundheitlich vertretbare Mindeststandards für derartige Wohnunterkünfte einen verbindlichen Konsens in der Kommune herbeizuführen. Gesundheitsämter sollten darauf dringen, daß für alle Bevölkerungsgruppen, die über den »regulären« Wohnungsmarkt keine befriedigenden Lösungen erwarten können, angemessene Wohnmöglichkeiten geschaffen werden. Es zeigt sich, daß auch die Akzeptanz sogenannter Randgruppen und der Zuwanderer durch die sogenannte Allgemeinbevölkerung zunimmt, wenn die negativen Folgen schlechter Wohnformen (Lärm, unzureichende Hygiene, Aufstau von Aggressionen) nicht dauerhaft Anlaß zur Kritik bieten.

5. Die vielfältigen Anforderungen an die kommunale Umwelthygiene können überhaupt nur dann ansatzweise erfüllt werden, wenn multiprofessionell zusammengesetzte Teams in den zuständigen Institutionen und Ämtern vorhanden sind. Medizin, Biologie- und Ingenieurwissenschaften sind die wichtigsten Disziplinen, die vertreten sein müssen. Für den öffentlichen Gesundheitsdienst gilt, daß vielleicht auch neue Berufsbilder geschaffen werden müssen. Für diese Fragen sollten sich insbesondere die Akademien für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf, Berlin und München zuständig fühlen; aber auch die neuen Studiengänge der Gesundheitswissenschaften (Public Health) müßten mehr als bisher um die Entwicklung praxisorientierter Berufsbilder für die verschiedenen Felder öffentlicher Gesundheit bemüht sein. Ohne dies quantifizieren zu können, läßt sich aber sagen, daß viele Gesundheitsämter diesem Qualifizierungsgebot in den letzten Jahren gefolgt sind und daß insoweit tatsächlich die traditionelle Seuchenhygiene um den neuen Arbeitsansatz Umwelthygiene ergänzt worden ist. In den Flächenstaaten (beginnend mit Baden-Württemberg, möglicherweise demnächst auch in Berlin) wird der Versuch unternommen, durch die Schaffung eines Landesgesundheitsamtes die Probleme kleiner Gesundheitsämter gerade mit diesem qualifizierten multiprofessionellen Arbeitsansatz durch bessere Praxisanleitung und Beratung zu kompensieren.

6. Für die Gesundheitsämter bieten sich Handlungsansätze der Umwelthygiene auf verschiedenen Ebenen an:

(a) Ein hoher Stellenwert kommt dem Versuch der Vermittlung verschiedener Sichtweisen bei der Gewichtung von gesundheitlichen

Risiken zu. Während traditionell Fachämter überwiegend Expertisen an die vorgesetzte Dienstbehörde abgegeben haben, zeigt sich, daß in umwelthygienischen Streitfragen stets unter Einschluß der Öffentlichkeit, d.h. vor allem betroffener Gruppierungen wie Eltern, Lehrer, Anwohner eines schadstoffemittierenden Betriebes oder Betreiber und Nutzer problematischer Dienstleistungen ein aufwendiger Kommunikationsprozeß in Gang gesetzt werden muß. Dies setzt über die unmittelbare naturwissenschaftliche, technische und medizinische Qualifikationen hinaus kommunikative Befähigung voraus; diese »Risikokommunikation« beinhaltet letztlich auch das »Aushandeln« sozialverträglicher Lösungen und steht in diametralem Gegensatz zum Behördenhandeln vergangener Tage.

(b) Im Rahmen von Sanierungen und Neuplanungen hat sich die Beteiligung an der Diskussion über Sinn und Unsinn von Meßprogrammen zur Bewältigung der kommunalen umwelthygienischen Probleme als äußerst wichtig erwiesen. Meßreihen ohne Vorliegen ausreichend begründeter Arbeitshypothesen sollten nicht finanziert werden und es sollte so weit wie möglich auf Schadstoffanalytik verzichtet wird, wo gesunder Menschenverstand ausreicht oder mit großer Wahrscheinlichkeit Meßergebnisse produziert werden, die aktuell nicht interpretierbar sind. Hier ist insbesondere zwischen handlungsorientierter kommunaler Umwelthygiene und Forschungsansätzen zu unterscheiden. Die Gesundheitsämter selber werden keine toxikologische Feinanalytik anwenden können. Als Korrektiv zu privaten Anbietern sollten die Kommunen aber unbedingt eigene qualifizierte Umweltlabors betreiben, wobei dies in den Flächenstaaten nur im Verbund benachbarter Kommunen und/oder durch die Einrichtung von Schwerpunktlabors in den Ländern finanzierbar ist. Gesundheitsämter müssen sich insbesondere einen Standpunkt zum Stellenwert der Schadstoffanalytik in menschlichen Geweben und Körperflüssigkeiten erarbeiten (biological monitoring) und darauf bedacht sein, auch hier unsinnige Meßreihen zu verhindern. Diese Bemerkung zielt vor allem auf die Tendenz ab, die Zumutbarkeit zusätzlicher Belastungen durch Neuansiedlung von Industrieanlagen von der Feststellung sogenannter Vorbelastungen der Bevölkerung in verschiedenen Stadtteilen/ Regionen abhängig zu machen.

(c) Ziel muß sein, daß sich die Gesundheitsämter Schritt für Schritt kompetenter an der Debatte um die Vermeidung wichtiger umweltbezogener Risiken in der Kommune beteiligen können. Hierfür seien beispielhaft genannt: Die Problematik der Bleibelastung für Kinder, wobei die neue Trinkwasserverordnung für diesen

Aufnahmepfad eine qualifizierte gesetzliche Grundlage bietet, weiter der Einsatz von Pestiziden in Innenräumen oder auf Grünflächen, der fragwürdige Einsatz chemischer Reinigungen für eine Vielzahl von Textilien oder die mit enormen Zuwachsraten versehene Nutzung von Solarien im modernen Freizeitverhalten. Prioritär, wenn auch methodisch nicht einfach, erscheint natürlich auch weiterhin die Beteiligung an Kampagnen zur Förderung des Nichtrauchens sowie zum Schutz der Nichtraucher vor dem Passivrauchen. Jenseits moralisierender und Raucher diskriminierender Interventionsansätze sind in der letzten Zeit die Möglichkeiten gestiegen, in diesem Feld aktiv zu werden. Dem ÖGD kommt hierbei der Zugangsweg zu einer Vielzahl von öffentlichen Gebäuden und Gemeinschaftseinrichtungen (Kindertagesheime, Schulen, Krankenhäuser) zugute.

(d) Die frühzeitige Einbindung von Gesundheits- und Umweltämtern bei Bauvorhaben der Kommunen ist ein bereits genanntes Feld für den präventiv orientierten gesundheitlichen Umweltschutz. Die Diskussion um ökologisch bedenkliche und umgekehrt um zu bevorzugende Baustoffe ist zu intensivieren, um wenigstens für die Zukunft unnötige Sanierungsmaßnahmen minimieren zu können. Während bei Sanierungsvorhaben zunächst das Abarbeiten einzelner Schadstoffbelastungen im Mittelpunkt des Interesses stand (Formaldehyd, Asbest, polychlorierte Biphenyle), ist in den letzten Jahren die Einsicht gewachsen, daß in der Regel komplexe Lösungen gefunden werden müssen, um belastete Gebäude für die NutzerInnen wieder akzeptabel werden zu lassen. Es zeigt sich, daß das sogenannte »Sick-Building-Syndrom« kein modernes Hysterie-Symptom ist, auch wenn es sich im Sinne der klassischen medizinischen Differentialdiagnostik extrem schwer fassen läßt. Eine Schlüsselrolle spielen hierbei die raumlufttechnischen Anlagen, für die vereinfacht gesprochen festgestellt werden kann, daß sie selten wie vorgesehen funktionieren und wo immer möglich zugunsten normaler Fensterbelüftung wieder ausgebaut werden sollten. Bei aufwendigen Sanierungsprozessen hat sich die Beteiligung aller Betroffenen ein weiteres Mal als zwar schwieriger aber im Vergleich mit dem zentralistischen Planungsansatz wesentlich effektiverer Weg erwiesen.

(e) Die Gesundheitsämter sollten Beratungsangebote für die Bevölkerung entwickeln, wobei zu Standardfragen wie Wohnungssanierung, Be- und Entlüftung, Trinkwassernutzung und Freizeitverhalten qualifizierte Auskünfte erteilt werden müssen. Derartige Ansätze sind nach Möglichkeit fortlaufend zu evaluieren, um ein eigenes Profil entwickeln zu können. Hierzu gehört im Rahmen der

Möglichkeiten das Angebot zu Hausbesuchen, wobei dies auch die Möglichkeit bietet, über den Einzelfall hinausgehende Veränderungen im Wohnungssektor zu beobachten (Beispiel: feuchte und überbelegte Wohnungen). Die patientenorientierte Beratung sowie die medizinische Untersuchung zu schadstoffassoziierten Beschwerden und Krankheiten stecken demgegenüber in einer Pionierphase. Umweltmedizinische Sprechstunden gehören gegenwärtig nicht zum Regelangebot von Gesundheitsämtern, ihre Einrichtung im Gesundheitswesen generell müßte angesichts enormer methodischer Probleme intensiver als bisher erörtert werden. Sowohl die Berichte aus den Spezialsprechstunden der Universitäten als auch aus dem MORBUS-Projekt umweltmedizinischer Beobachtungspraxen zeigen auf, daß die Operationalisierung umweltmedizinischen Handelns in der Individualmedizin noch nicht weit genug gediehen ist. Es ist allerdings nicht zu übersehen, daß der Professionalisierungsdruck in den Disziplinen Hygiene, Arbeitsmedizin und Public Health sowie in der kassenärztlichen Versorgung enorm ist und aus diesem Grund die individuumszentrierte Umweltmedizin in gewisser Weise ein Selbstläufer werden wird. Trotzdem sollten die Gesundheitsämter hier nicht unreflektiert Trends folgen sondern am Prinzip des multiprofessionellen und auf Prävention zielenden Ansatzes festhalten.

(f) Die Gesundheitsämter sollten auf die Erstellung einer qualifizierten umweltbezogenen Gesundheitsberichterstattung (GBE) hinwirken und sich aktiv an ihr beteiligen. Dies gelingt allerdings nur, wenn die vorhandenen methodischen Probleme bekannt sind, und wird sicher nicht kurzfristig grundsätzlich neue Erkenntnisse jenseits der bisherigen GBE liefern können. GBE darf dabei nicht mit Grundlagenforschung verwechselt oder ausschließlich als Mittel der Dokumentation verstanden werden, sondern sie muß Prozeßcharakter erhalten und damit kommunale Aktivitäten im gesundheitlichen Umweltschutz anregen und verstärken. Hierfür gibt es bislang keine Vorbilder; es spricht aber trotzdem alles dafür, daß regionale Probleme im Feld von Umwelt und Gesundheit (von der Abfallentsorgung über den Straßenverkehr bis zum Nichtraucherschutz) auf der kommunalen Ebene wesentlich wirksamer dokumentiert und angegangen werden können als mit dem Mittel der Erhebung zentral vorgegebener Indikatoren (diese haben trotzdem ihren Stellenwert im Sinne des Hinwirkens auf die Vergleichbarkeit regionaler und nationaler Daten). Wenn sich beispielsweise SchülerInnen und LehrerInnen infolge der Straßenverkehrsführung einer Stadt durch Lärm

erheblich belästigt und in ihrer Konzentrationsfähigkeit gestört fühlen, so kann das Aufgreifen eines solchen »Einzelfalls« und die qualifizierte Auswertung der Situation möglicherweise mehr bewirken als die Erstellung dicker Datenbände, die niemand liest.

7. Wünschenswert ist die Verbindung von Umwelt- und Gesundheitsämtern unter einem Dach. Leider hat nur das Land Hamburg dies bislang realisiert. Unter allen denkbaren Ressortzuschnitten innerhalb der öffentlichen Verwaltung erscheint die Kombination Umwelt und Gesundheit die interessanteste zu sein. Natürlich ist auch hier mit Kompetenzstreitigkeiten und Verständigungsproblemen zu rechnen. Neigt die Gesundheitsseite zur anthropozentrischen Betrachtung, so läßt die Umweltseite den gesundheitlichen Blickwinkel gern außen vor. Feste Kooperationsbezüge mit der Gewerbehygiene sollten des weiteren angestrebt werden. Die stärkere Einbeziehung pädagogischer Kompetenz für die Kommunikation und für die Vermittlung von Fachwissen erscheint als weiterer zu fördernder Schwerpunkt. Regional handeln, statt angesichts der globalen Katastrophenszenarien zu verzweifeln, so ließe sich die eingangs zitierte Sentenz für die Entwicklung eines kommunalen umweltbezogenen Gesundheitsschutzes umwandeln.

Die Gesundheitsämter und der gesamte ÖGD könnten noch wesentlich wirkungsvoller als bisher zu Akteuren des gesundheitlichen Umweltschutzes werden, wie ihn die WHO programmatisch beschrieben hat. Im Ziel 18 »Multisektorielle Zusammenarbeit« der Charta Umwelt und Gesundheit heißt es zum Zusammenhang von Regionalisierung und Öffentlichkeitsarbeit: »Gezielte Bewußtseinsbildung um Gefahren aus der Umwelt erhöht den Wunsch nach Sicherheit und fördert die aktive Einbeziehung der besser aufgeklärten Öffentlichkeit in Umweltfragen. Das wiederum sollte die Entscheidungsträger veranlassen, stärker darauf zu achten, daß bei der Planung neuer Projekte und Beurteilung von Neuentwicklungen gewährleistet wird, daß die gesundheitlichen Belange des Umweltschutzes konsequent berücksichtigt werden. Deshalb sollte das Augenmerk zunehmend darauf gerichtet werden, der Öffentlichkeit, besonders im Gemeinderahmen, Informationsmaterialien über Gesundheitsrisiken und bestehende Risikofaktoren zugänglich zu machen. Des weiteren sollte der Bevölkerung ein Mitspracherecht bei Entscheidungen, die die Umwelt betreffen, eingeräumt werden, beispielsweise durch Vertreter in örtlichen Gesundheitsgremien mit entsprechendem Mandat«. Die Gesundheitsämter können in diesem Prozeß neben der Ausübung ihrer weiter unerläßlichen Kontroll-

und Beratungsfunktionen eine wichtige Katalysatoren- und Moderatorenrolle übernehmen.

Literaturverzeichnis

- Ames, B.N. u. L.S. Gold: Falsche Annahmen über die Zusammenhänge zwischen der Umweltverschmutzung und der Entstehung von Krebs. *Angew. Chem.* 102 (1990) 1233-1246
- Borgers, D. u. W. Karmaus: Werden wir alle vergiftet oder leben wir im saubersten Staat der Erde? *Argument-Sonderband AS 186*, Hamburg 1989, 46-58
- Canzler, H. u. H. Brodersen: Ernährung und Tumorfähigkeit. In: Schauder, P. (Hrsg.): Ernährung und Tumorerkrankungen. Basel 1991, 28-56
- Davis, D.L., Dinse, G.E. u. D.G. Hoel: Decreasing Cardiovascular Disease and Increasing Cancer among Whites in the United States From 1973 Through 1987. *JAMA* 271 (1994), 421-437
- Epstein, S.S.: Losing the War Against Cancer: Who's To Blame and What To Do About. *Intern. J. Publ. Health Serv.* 20 (1990), 53-71
- Fromme, H.: Anwendung von Pestiziden in Innenräumen unter besonderer Berücksichtigung der Pyrethroide. Problemdarstellung und Lösungsansätze aus der Sicht des ökologischen Gesundheitsschutzes. *Öff. Gesund.-Wes.* 53 (1991) 132-137
- Fromme, H.: Anwendung von Pestiziden in Innenräumen unter besonderer Berücksichtigung der Pyrethroide. Toxikologische Aspekte und Darstellung der Anwendungsproblematik. *Öff. Gesundh.-Wes.* 53 (1991) 662-667
- Fülgraff, G.: Zur Lage der Umwelthygiene in der Bundesrepublik Deutschland. In Elkeles, Th. et al. (Hrsg.): Prävention und Prophylaxe. Theorie und Praxis eines gesundheitspolitischen Grundmotivs in zwei deutschen Staaten 1949 – 1990. Berlin 1991, 243-262
- Fülgraff, G.: Die Bedeutung des Risikobegriffs im gesundheitlichen Umweltschutz. *Jahrbuch für kritische Medizin* 20. Hamburg 1993, 114-127
- Hauptgesundheitsamt Bremen (Hsbg.): Umwelt und Gesundheit. Zum Stellenwert von Krankheitenregistern. Bremen 1992 (Eigendruck)
- Hazard, B.P.: Umweltbelastungen und Ängste. Bericht über ein Fachgespräch im Rahmen der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Humanökologie. *Bundesgesundhbl.* 8/1991, 373-376
- Henne, A., H.F. Neuhan u. G. Winneke: Das Sick-Building-Syndrom. In: Gesellschaft zur Förderung der Lufthygiene und Silikoseforschung e.V. (Hg.): Umwelthygiene, Jahresbericht 1992/93, Band 25, Düsseldorf 1993, 74-97
- Menzies, R. u.a.: The Effect of Varying Levels of Outdoor-Air Supply on the Symptoms of Sick Building Syndrome. *NEJM* 328 (1993), 821-827
- Miller, A.B.: How Do We Interpret the »Bad News« About Cancer? *JAMA* 271 (1994), 468
- Ministerium für Arbeit, Gesundheit, Familie und Sozialordnung, Baden-Württemberg (Hrsg.): Umweltbezogene Gesundheitsberichterstattung. Planungsstudie (Dornier-Studienergebnisse), Stuttgart 1988
- Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.): Information zur Umweltmedizin – Ein Leitfaden für Multiplikatoren. Bönen 1992

- Ministerium für Umwelt, Raumordnung und Landwirtschaft des Landes Nordrhein-Westfalen: Wirkungskataster zu den Luftreinhalteplänen Rheinschiene Süd und Rheinschiene Mitte 1990, Düsseldorf 1990
- Neuberger, M. et al.: Gesundheitsgefährdung durch Asbest und Mineralfasern. Forum Städte-Hygiene 43 (1992) 210-211
- Norpoth, K.: Arbeitsmedizin und Umweltmedizin. Arbeitsmed. Sozialmed. Umweltmed. 29 (1994), 23-29
- Peto, R. u.a.: Mortality from tobacco in developed countries: indirect estimation from national vital statistics. The Lancet 339 (1992) 1268-1278
- Qvaeschning, I., H. Kruse u. O. Wassermann: Die Umweltverträglichkeitsprüfung in Deutschland. Schriftenreihe des Instituts für Toxikologie der Universität Kiel, Heft 26. Kiel 1993
- Ranft, U.: Kraftfahrzeugverkehrsbedingte Luftverunreinigungen. In: Gesellschaft zur Förderung der Lufthygiene und Silikoseforschung e.V. (Hg.): Umwelthygiene. Jahresbericht 1992/93, Band 25. Düsseldorf 1993, 97-119
- Reiter, J.: Die Grenzen der Grenzwerte, Umweltmagazin Juli 1990, 33-36
- Rose, G. A.: The Role of Government in Preventive Medicine. Öff. Gesundh.-Wes. 53 (1991) 725-729
- Schaefer, I. u. H. Hohmann: Tetrachlorethen (TCE)-Belastung – Ergebnis einer Nachuntersuchung bei Anwohnern Chemischer Reinigungen und aktuelle gesetzliche Entwicklungen. Öff. Gesundh.-Wes. 53 (1991), 265-268
- Schaefer, I., N. Schmacke u. U. Zolondek: Zur Einrichtung umweltmedizinischer Ambulanzen/Beratungsstellen in Gesundheitsämtern – ein erfolgversprechender Ansatz? Öff. Gesundh.-Wes. 53 (1991) 658-661
- Schlaud, M. u. a.: Zur Datenqualität im Sentinelprojekt MORBUS – Expiratorisches Giemen bei Kleinkindern. Gesundh.-Wes. 55 (1993), 13-17
- Schmacke, N.: Lösungswege für den gesundheitlichen Umweltschutz. Das Gesundheitsamt im kommunalen Verbund. In: Schritte in die Öffentlichkeit. Die Wiederentdeckung der kommunalen Gesundheitsämter. Schriftenreihe der Akademie für öffentliches Gesundheitswesen, Band 17. Düsseldorf 1993, 119-139
- Schmolz, G.: Asbest in Innenräumen. Öff. Gesundh.-Wes. 53 (1991) 383-391
- Schuschke, G.: Sinnesvermittelte Umweltwirkungen als Gegenstand der Wahrnehmungshygiene. Forum Städte-Hygiene 44 (1993), 194-200
- Seidel, H.J. et al: Umwelt und Umweltmedizin – eine Analyse des Beratungsbedarfs der Bevölkerung. Gesundh.-Wes. 54 (1992) 38-43
- Senator für Gesundheit, Jugend und Soziales, Unterbringung von Zuwanderern in Bremen (Mindeststandards der Unterbringung), Bremen 10.3.1993
- Swart, E., F.W. Schwartz u. Th. Schäfer: Beobachtungspraxen. In: Wichmann/Schlipkötter/Fülgraff (Hg.): Handbuch Umweltmedizin 1993, III -2.3.3., 1-9
- Wettig, K.: Zur Lage der Umwelthygiene in der Deutschen Demokratischen Republik. In Elkeles, Th. et al.: Prävention und Prophylaxe. Theorie und Praxis eines gesundheitspolitischen Grundmotivs in zwei deutschen Staaten 1949-1990, Berlin 1991, 263-277
- Weltgesundheitsorganisation (Hg.): Umwelt und Gesundheit. Europäische Charta mit Kommentar. Regionale Veröffentlichungen der WHO. Europäische Schriftenreihe Nr. 35. Frankfurt 1989

Kritische Medizin im Argument

Jahrbuch für Kritische Medizin
Band 22

Rationalitäten in der Medizin

mit Beiträgen von

Heinz-Harald Abholz, Ottomar Bahrs, Johanna Bleker, Thomas
Elkeles, Robert Fink, Ferdinand M. Gerlach, Franz Knieps, Johannes
Köbberling, Hagen Kühn, Stefan Lange, Uwe Lenhardt, Klaus
Richter, Rolf Rosenbrock, Norbert Schmacke, Johannes G. Schmidt
und Joachim Szecsenyi

1994

Quack

Jahrbuch für Kritische Medizin Band 22

Herausgeber und Redaktion dieses Bandes:

Dr.med. Heinz-Harald Abholz, Dr.med. Dieter Borgers, Dr.med. Here Klosterhuis,
Dr.rer.pol. Hagen Kühn, Dr.rer.med. Uwe Lenhardt, Priv.Do. Dr.rer.pol. Rolf Ro-
senbrock, Dr.med. Franz Schafstedde, Dr.med. Udo Schagen, Dr.med. Nicola Wolf

Zur Reihe KRITISCHE MEDIZIN IM ARGUMENT

Das *Jahrbuch für Kritische Medizin* ist ein Forum der Diskussion über den gesellschaftlichen Umgang mit Gesundheit und Krankheit. Die Orientierung auf eine soziale und humane Medizin führt zur Kritik am biomedizinischen Reduktionismus und zu Konzepten der Gesundheitsförderung und Prävention. Die wissenschaftliche Aufarbeitung dient der Beurteilung und Kritik von Gesundheitspolitik und Praxis im Gesundheitswesen.

Die Reihe begann 1970 als »Kritik der bürgerlichen Medizin«. Sie ist seither Plattform der um theoretische Fundierung bemühten Reformkräfte im Gesundheitswesen. Das Inhaltsverzeichnis der bis 1986 erschienenen ca. 40 Bände findet sich im »Jahrbuch für Kritische Medizin 12: Medizin, Moral und Markt« (Argument-Sonderband 146, Argument-Verlag, Hamburg 1987).

Jährlich erscheinen zwei Bände, jeweils im Frühjahr und im Herbst. Jeder Band enthält neben Aufsätzen zum titelgebenden Schwerpunkt auch freie und kleinere Beiträge.

Die Redaktion bittet um Zusendung von Manuskripten bzw. um Exposés (ca. 1-2 Seiten) beabsichtigter Beiträge. Redaktionsadresse: Dr. med. Udo Schagen, Freie Universität Berlin, Forschungsstelle Zeitgeschichte im Institut für Geschichte der Medizin, Klingsorstraße 119, 12203 Berlin, Tel. 030/8300 9240. Ein Merkblatt zur formellen Manuskript- bzw. Diskettenerstellung kann bei der Redaktion angefordert werden.

Die Redaktion bittet darum, nach Möglichkeit die Reihe zu abonnieren (siehe letzte Seite). Jedes einzelne Jahrbuch ist über den Buchhandel erhältlich.

Alle Rechte vorbehalten.

© Argument-Verlag 1994

Argument-Verlag: Rentzelstraße 1, 20146 Hamburg

Argument-Redaktion: Reichenberger Straße 150, 10999 Berlin

Umschlag: Johannes Nawrath, Hamburg

Fotosatz: Steinhardt, Berlin

Druck: Alfa-Druck, Göttingen

Erste Auflage 1994

Die Deutsche Bibliothek – CIP-Einheitsaufnahme

Rationalitäten in der Medizin / Mit Beitr. von Heinz-Harald Abholz ... Hrsg. und Red. dieses
Bd.: Heinz-Harald Abholz ...

1. Tsd. – Hamburg ; Argument-Verl., 1994

(Jahrbuch für kritische Medizin ; Bd. 22)

(Kritische Medizin im Argument)

ISBN 3-88619-801-4

NE: Abholz, Heinz-Harald; Abholz, Heinz-Harald [Hrsg.]; 1. GT; 2. GT

Editorial	5
<i>Hagen Kühn</i>	
Wettbewerb im Gesundheitswesen	
Zur Rationalität der Reformdebatte	7
<i>Franz Knieps</i>	
Kostenbremse oder Strukturreform? – Eine Zwischenbilanz des Gesundheitsstrukturgesetzes vor weiteren Entwicklungsschrit- ten in der gesetzlichen Krankenversicherung	29
<i>Johannes G. Schmidt</i>	
Was ist präventive Effizienz?	45
<i>Stefan Lange, Klaus Richter und Johannes Köbberling</i>	
Knochendichtemessung zur Früherkennung einer Osteoporose – Entscheidungshilfe oder Selbstzweck?	56
<i>Heinz-Harald Abholz</i>	
Rationalitäten in der Medizin – Falldarstellung am Beispiel des Mammographie-Screenings	79
<i>Ottomar Bahrs, Ferdinand M. Gerlach und Joachim Szecsenyi</i>	
Rationalitäten in der Medizin und deren Rekonstruktion im Qualitätszirkel	96
* * *	
<i>Robert Fink</i>	
Kommunale Gesundheitsförderung für Kinder in sozial benachteiligten Stadtteilen – Konzepte und Realität	119
<i>Thomas Elkeles, Uwe Lenhardt und Rolf Rosenbrock</i>	
Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt – Beispiel Rückenschmerzen	138
<i>Norbert Schmacke</i>	
Gesundheitlicher Umweltschutz im kommunalen Raum – Aufgaben für den öffentlichen Gesundheitsdienst	152
* * *	
<i>Johanna Bleker</i>	
Der Mythos vom unpolitischen Arzt. Historische Überlegungen zum Unterschied zwischen politischer Abstinenz und Toleranz	164
Über die AutorInnen	187