

7.2 Gesundheitsschutz

Definition des Gesundheitsschutzes

Zum Gesundheitsschutz zählen alle rechtlich fixierten staatlich-öffentlichen Interventionen, die mit der Absicht ergriffen werden, gesundheitliche Gefährdungen und Risiken zu vermeiden. Gesundheitsschutz als Bestandteil eines generellen Präventionskonzeptes verwendet nicht nur hoheitliche und kontrollierende Ansätze als Instrumente, sondern zunehmend auch Elemente der Gesundheitsförderung. Klassischer Bereich des Gesundheitsschutzes ist die Prävention übertragbarer Krankheiten. Zum Gesundheitsschutz gehört aber auch die Prävention von Krankheiten aus der Lebensumwelt der Menschen, z.B. durch Kontrolle allgemeiner Hygienenormen, Lebensmittelüberwachung, Wasser-, Boden-, Luft-, Wohnhygiene, Umweltmonitoring oder Arbeitsschutz.

Gesundheitsschutz gehört zur staatlichen Daseinsfürsorge. Wissenschaftliche Erkenntnisse münden über gesellschaftliche Entscheidungsprozesse in rechtliche Regelwerke und Leistungsansprüche der Bevölkerung. Deren organisatorische Umsetzung führt zur Beschreibung und Eingrenzung gesundheitlicher Risiken und, daraus abgeleitet, zum Entwickeln und Kontrollieren von Normen. Gesundheitsschutz zielt vor allem auf Verhältnisprävention; Maßnahmen wie das Rauchverbot setzen an der Umgebung des Menschen und an seinen Lebens- und Arbeitsbedingungen an. Im Unterschied dazu sind Dienstleistungen der Vorsorge und Früherkennung von Krankheiten stärker personen- und gruppenbezogen ausgerichtet (siehe Kapitel 7.3 *Vorsorge* und 7.4 *Früherkennung*).

Die folgende Darstellung konzentriert sich angesichts der Komplexität des Themas auf wichtige Teilaspekte des öffentlichen Gesundheits- und Arbeitsschutzes. Daneben werden exemplarisch Ansätze staatlich geförderter Selbsthilfektivitäten im Bereich Gesundheit behandelt, um zu unterstreichen, daß sie für die Leistungen des Gesundheitsschutzes eine große Bedeutung haben und daß sich die Ziele des Gesundheitsschutzes nur mit Bürgerbeteiligung wirksam umsetzen lassen (zum generellen Ansatz der Selbsthilfe siehe Kapitel 6.4 *Laien- und Selbsthilfe*).

Gesundheitsschutz und öffentlicher Gesundheitsdienst

Der öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) organisiert Gesundheitsschutz auf Bundes-, Landes- und kommunaler

Ebene. Seine Aufgaben sind typischerweise auf verschiedene Ministerien und Dezernate in den Bereichen Gesundheit, Arbeit, Umwelt, Soziales, Forschung sowie Bildung verteilt. Richtlinien der EU spielen eine wachsende Rolle, wie das Beispiel Badegewässer zeigt.

Mehrere Bundesoberbehörden sind für die professionelle Systemberatung zuständig: das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, das Bundesinstitut für gesundheitlichen Verbraucherschutz und Veterinärmedizin, das Robert Koch-Institut für Infektionskrankheiten und nicht übertragbare Krankheiten, das Bundesamt für Sera und Impfstoffe und das Umweltbundesamt (vgl. auch Kapitel 6.2 *Öffentlicher Gesundheitsdienst*).

In den Ländern üben die Medizinaluntersuchungsämter, Hygieneinstitute und die Landesgesundheitsämter diese Funktion aus. Daneben übernehmen zugelassene private Institute zunehmend staatliche Funktionen.

Auf der kommunalen Ebene sind im wesentlichen die Gesundheitsämter im Gesundheitsschutz tätig; sie übernehmen daneben aber auch Aufgaben der Vorsorge und Gesundheitsförderung. Wichtig sind überdies Leistungen von Ämtern für Lebensmittelüberwachung, Umwelt, Arzneimittelüberwachung, Planung und Stadtentwicklung.

Auf Bundes- und Landesebene spielen intermediäre Institutionen und Vereine eine große Rolle. Zu ihnen gehören Umweltinitiativen, Verbraucherverbände und Ökoinstitute, die ein Spektrum gesundheitsrelevanter Analytik und Beratung anbieten. Landesberichte der Gesundheitsressorts fassen die Regionaldaten zusammen.

Leistungen des ÖGD im Gesundheitsschutz

Derzeit lassen sich die Leistungen des ÖGD im Gesundheitsschutz für eine Gesundheitsberichterstattung des Bundes nicht vollständig beschreiben, da die Länder in allen wichtigen Feldern primär zuständig sind, aber ihre Indikatoren- und Meldesysteme nicht ausreichend harmonisiert haben. Die Landesgesundheitsberichte enthalten zwar Angaben zum Leistungsgeschehen des ÖGD, doch steht dabei vielfach die Leistung als solche stärker im Blickpunkt als ihr Ergebnis: Dokumentiert wird überwiegend die Anzahl der Kontrollen, weniger jedoch das Ausmaß der Überschreitung von Meßwerten und die Interpretation der Befunde.

Fragen aus der Öffentlichkeit nach der Höhe des gesundheitlichen Risikos lassen sich aus methodischen Gründen häufig nicht beantworten. Dies ist etwa der Fall, wenn das tatsächliche gesundheitliche Risiko niedrig dosierter Schadstoffe aus dem chemischen Produktionsprozeß kalku-

liert werden soll, über deren kumulierende Wirkungen wenig bekannt ist. Deshalb operiert der Gesundheitsschutz notwendigerweise im Vorsorgebereich. Insbesondere im gesundheitlichen Umweltschutz enthalten Grenzwerte hohe Sicherheitszuschläge jenseits monokausaler Ursache-Wirkungs-Prinzipien. Insgesamt entziehen sich viele präventive Leistungen einfachen Effektivitätskontrollen und sind mithin für Laien nicht ohne weiteres plausibel. Deshalb ist es wichtig, daß Experten, Laien und Politik weit stärker als früher über ihre Sicht akzeptabler versus vermeidbarer Risiken miteinander diskutieren, d.h. die sog. *Risikokommunikation* pflegen. Das erforderliche Vertrauen in den staatlichen Gesundheitsschutz läßt sich nur durch Konsens erreichen, etwa im Vermittlungsverfahren bei der Planung einer Müllverbrennungsanlage.

Indirekt lassen sich die Leistungen des ÖGD im Gesundheitsschutz über die eingesetzten personellen Ressourcen beschreiben, wie dies im Kapitel 6.2 *Öffentlicher Gesundheitsdienst* geschieht. Dies wird allerdings dadurch erschwert, daß sich die Aufgaben des Gesundheitsschutzes in vielen Ämtern stellenmäßig nicht von anderen Aufgaben trennen lassen, weil Ärzte, Gesundheitsingenieure und -aufseher typischerweise einer Vielzahl von Aufgaben anteilig zugeordnet sind. Zudem erbringen nicht nur Gesundheitsämter Leistungen des Gesundheitsschutzes; vielmehr ist eine intersektorale Aufgabenwahrnehmung durch Gesundheits-, Veterinär-, Stadtplanungs-, Umwelt- und Ordnungsamt charakteristisch.

Gesundheitsschutz auf der staatlichen Ebene findet seinen Niederschlag in gesetzlichen Normen. Der Bereich des *Infektionsschutzes und der allgemeinen Hygiene* ist nach wie vor am besten kodifiziert. Er reicht von internationalen Gesundheitsvorschriften zum Schutz vor übertragbaren Erkrankungen über das Bundesseuchengesetz bis zu lokalen Vereinbarungen über die Finanzierung von Impfkosten und die Erstellung verwertbarer Impfstatistiken zwischen Gesundheitsämtern und kassenärztlichen Vereinigungen. Das geplante Infektionsschutzgesetz des Bundes will vor allem die Aussagefähigkeit des bisherigen Meldesystems steigern und die Beratung der Bevölkerung zu Infektionskrankheiten verbessern. Es wird das Bundesseuchengesetz und Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten ablösen.

So sind z.B. die vorliegenden Daten über im Krankenhaus erworbene (nosokomiale) Infektionen nach wie vor zu wenig aussagekräftig, weil die erforderliche mikrobiologische Diagnostik nicht im erforderlichen Umfang durchgeführt wird. 1995 wurden bei 3-6% der rund 15,8 Mio. Patientenbehandlungen in deutschen Krankenhäusern Infektionen ermittelt: 375 000 Harnwegs-, 235 000 Wund- und 230 000 Atemwegsinfektionen, 47 000 Fälle von Blutvergiftungen und 53 000 übrige Formen. Etwa 30-50% dieser Infektionen ließen sich prinzipiell vermeiden. Dies ist schon deshalb ein vorrangiges Problem, weil die Kosten für die Behandlung derartiger Infektionen auf 1 Mrd. DM geschätzt werden (vgl. RUDOLF SCHÜLKE STIFTUNG [1996]).

Die *Güte des Trinkwassers und die Immission relevanter Schadstoffe* sind bundesgesetzlich geregelt. Am Beispiel der Trinkwasserqualität zeigt sich, daß es unverzichtbar und gleichzeitig angemessen ist, die fortlaufende Qualitätssicherung den Betreibern zu übertragen. Die amtliche Trinkwasserüberwachung in Berlin erfaßte 1994 insgesamt 38 Parameter mit 23 175 Einzelproben; dabei kam es zu keiner einzigen Grenzwertüberschreitung (vgl. SENATSWERKUNG FÜR GESUNDHEIT BERLIN [1994]).

Seit 1995 gibt es in Deutschland ein Lebensmittelmonitoring als ständiges Meß- und Beobachtungssystem für Lebensmittel. Hierzu erläßt das BMG jährlich einen Monitoringplan; das Ziehen der Proben und deren Analyse ist Aufgabe der Länder. Die Ergebnisse werden jährlich vom Bundesinstitut für gesundheitlichen Verbraucherschutz und Veterinärmedizin veröffentlicht.

Im Bereich der *Lebensmittelhygiene und -kontrolle* müssen die amtlichen Stichprobenkontrollen und Ortsbegehungen gegenüber der Eigenverantwortung von lebensmittelproduzierenden und -verarbeitenden Betrieben ihren hohen Stellenwert behalten. Allein wegen der z.T. weit verzweigten Vertriebsnetze und der höheren Gefahr der Kontamination im Produktionsprozeß kommt hier der externen Kontrolle stärkere Bedeutung zu. So dokumentiert der Bericht über das Gesundheitswesen 1995 des Landes Nordrhein-Westfalen, daß im Rahmen amtlicher Lebensmittelkontrollen 1,0% der Proben von Säuglings- und Kleinkindnahrung und 14,6% der Käseproben beanstandet wurden (STLA NRW [1995]). Diese Zahlen lassen jedoch keine unmittelbaren Rückschlüsse auf die tatsächliche Gesundheitsgefährdung zu, weil Beanstandungen häufig wegen Verstößen gegen die Kennzeichnungspflicht erfolgen, die nicht immer auf Gesundheitsrisiken hinweisen, sondern häufig allgemeinen Verbraucherschutzaspekten folgen.

Jahresberichte der Gesundheitsämter weisen oft die Gesamtzahl der Überwachungen von öffentlichen Einrichtungen und Anlagen nach. Laut Jahresgesundheitsbericht Hamburg 1987-1989 fanden in 31 der 461 allgemeinbildenden und in 6 der 59 berufsbildenden Schulen sowie in 104 der 567 Kindertagesstätten Begehungen statt (BAGS [1989]). Der Gesundheitsbericht Mecklenburg-Vorpommern 1995 weist zusätzlich die Zahl der Überwachungen aus. So erfolgten etwa im Berichtsjahr in 32 der 38 Krankenhäuser 119 Überwachungen, in 789 der 1 420 Kindertagesstätten waren es 873 und in 350 der 968 allgemeinbildenden Schulen 365 Überwachungen (vgl. SOZIALMINISTERIUM MV [1995]).

Staatliches Handeln erschöpft sich jedoch nicht in einer de-facto-Zertifizierung durch Stichprobenkontrollen und Bestätigung der Einhaltung von Normen, sondern stößt durch ein allgemeines Qualitätsmanagement die Eigenverantwortung der Beteiligten an bzw. verstärkt sie (Einforderung interner Qualitätssicherung). So können auch überlieferte Formen staatlichen Gesundheitsschutzes wie die Begehung von Krankenhäusern, Alten- und Pflegeheimen, für die Hygiene zu neuer Bedeutung kommen, wenn sie sich auf

interpretationsfähige Daten stützen (Zahlen zu Krankenhausinfektionen bei ASSMANN [1996]).

Die moderne *Umwelthygiene* hat neue Felder des Gesundheitsschutzes eröffnet (vgl. ISTAS u.a. [1993]). Erfasst werden einzelne Noxen wie Ozon oder Schwebstaub. Für Ozon liegen im Rahmen der Luftreinhaltungspolitik verlässliche Trends für 1990-1995 vor, die auf den Ergebnissen eines bundesweiten flächendeckenden Meßsystems basieren. Die Anzahl der Tage mit Überschreitungen des Ozonwertes von $180 \mu\text{g}/\text{m}^3$ hat in diesem Zeitraum von 64 auf 54 Tage abgenommen (vgl. UBA [1997]). Darüber hinaus werden auf regionale Bedürfnisse abgestimmte Kataster kontaminierter Standorte oder Altlasten erstellt. Auf Landesebene entstanden in den letzten Jahren neue Institute des gesundheitlichen Umweltschutzes wie die Landesanstalt für Immissionsschutz Nordrhein-Westfalen.

Bei der Flächennutzungs- und Bauleitplanung wurden unter der Leitidee von Gesundheitsverträglichkeitsprüfungen neue Interventionsmuster des Gesundheitsschutzes entwickelt, die auf der bundesgesetzlich normierten Umweltverträglichkeitsprüfung für industrielle Großanlagen aufbauen. Sie wollen Gesundheit als Querschnittsaspekt in die öffentliche Debatte einbringen (Healthy Public Policy).

Neben den gesetzlich fixierten Anforderungen (Meldepflicht der Seuchengesetze, Begehungen öffentlicher Einrichtungen wie Krankenhäuser, Schulen, Wohnunterkünfte für Zuwanderer, Kindertagesheime und subsidiäre Beteiligung an Impfungen) erbringt der ÖGD nicht zuletzt auch Leistungen im Rahmen amtlicher gutachtlicher *Stellungnahmen zu öffentlichen Planungsvorhaben*.

Seit der 2. Bundesimmissionsschutz-Verordnung 1993 haben sich Gewerbeaufsichts- und Gesundheitsämter an der Schnittstelle von Arbeitsschutz und kommunaler Umwelthygiene den Belastungen durch Perchlorethylen im Umfeld von chemischen Reinigungen angenommen und konnten die Situation deutlich verbessern (GESUNDHEITSAMT BREMEN [1996]).

Leistungen des betrieblichen Arbeitsschutzes

Leistungen des betrieblichen Arbeitsschutzes sind Maßnahmen zur

- menschengerechten Gestaltung der Arbeit,
- Verhütung von Unfällen bei der Arbeit sowie
- Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren.

Die nachfolgend zusammengestellten Daten zu Leistungen in diesen Bereichen erlauben jedoch keine Aussage zur Rolle der betrieblichen Gesundheitsförderung, die im Rahmen einer Generalprävention betriebsbedingter Erkrankungen für zunehmend bedeutsam gehalten wird (siehe auch Ausblick in Kapitel 6.3 *Arbeitsschutz*).

Leistungen des betrieblichen Arbeitsschutzes werden vom Arbeitgeber unter Beteiligung der Arbeitnehmer er-

bracht (Linienorganisation). Dabei leisten Betriebsärzte, Sicherheitsfachkräfte sowie bestimmte weitere Beauftragte Unterstützung (Beraterorganisation).

Die Leistungen der Linienorganisation des Arbeitgebers lassen sich derzeit weder nach Zahl noch Art systematisch erfassen. Die Dokumentationspflicht des Arbeitsschutzgesetzes gilt nur für Betriebe mit mehr als zehn Beschäftigten und dient primär der Kontrolle im Einzelfall.

Die Leistungen der Beraterorganisation lassen sich zwar theoretisch mit der Zahl der betriebsärztlichen Beratungen, Überprüfungen, Beurteilungen oder Untersuchungen beschreiben, werden aber nicht systematisch erfaßt. So ist nicht genau bekannt, wieviele Ärzte in den Betrieben als Betriebsärzte und wieviele Ingenieure, Techniker oder Meister als Sicherheitsfachkräfte eingesetzt sind. Die Ärztekammern erfassen nur die Zahl der Ärzte mit entsprechender Qualifikation, nicht aber die wahrgenommenen Funktionen. Darüber hinaus wird die Zahl der Betriebe nicht erfaßt, die betriebsärztliche oder sicherheitstechnische Berater bestellt haben. Eine entsprechende Meldepflicht wurde kurz nach Inkrafttreten des Arbeitssicherheitsgesetzes wieder aufgehoben.

In Betrieben der Baubranche kann ein betriebsärztlicher Betreuungsgrad von 100% unterstellt werden, da die zuständigen acht Berufsgenossenschaften in ihren Satzungen einen Anschlußzwang an einen eigenen arbeitsmedizinischen Dienst festgelegt haben. Insgesamt werden aber nicht mehr als ca. 50% der Arbeitnehmer betriebsärztlich betreut.

1995 waren 482 164 Sicherheitsbeauftragte in 254 294 Betrieben tätig. Wegen der unpräzisen Aufgabenstellung ist die Leistungserfassung schwierig; Statistiken existieren nicht.

Leistungen der staatlichen Arbeitsschutzbehörden

Die Aufsicht über die Durchführung des Arbeitsschutzes in den Betrieben obliegt den Arbeitsschutzbehörden der Länder. Die Ausgestaltung der Aufsichtsbehörden weist große Unterschiede auf (vgl. Kapitel 6.3). Gleiches gilt für die in den einzelnen Ländern bei der Aufsicht verfolgten Strategien. Noch immer überwiegt bei den staatlichen Arbeitsschutzbehörden die „Vorgangsbearbeitung“, der allgemeine Überwachungsauftrag aus Eigeninitiative („Von-Amt-Tätigkeit“) tritt dagegen in den Hintergrund. Die Tätigkeiten der Arbeitsschutzbehörden sind in den jährlichen Berichten differenziert dargestellt und im Unfallverhütungsbericht der Bundesregierung zusammengefaßt.

1995 waren 4 452 Beamte in den Arbeitsschutzbehörden beschäftigt, davon 4 067 mit Aufsichtstätigkeit in der Ortsinstanz. Zu den Zahlen überwachter Betriebe und durchgeführter Besichtigungen siehe Tab. 7.2.1. Im Rahmen der 585 102 Besichtigungen wurden 1 310 758 Beanstandungen dokumentiert; rund 86% der Mängel bezogen sich auf die Unfallverhütung und den Gesundheitsschutz. Ferner wur-

Tab. 7.2.1: Tätigkeit der Gewerbeaufsicht 1995

Betriebe mit... Arbeitnehmern	Betriebe	Besichtigte Betriebe	Besichti- gungen
unter 20	2 040 328	215 921	270 908
20-199	189 114	52 676	90 323
200-999	15 782	8 774	22 443
über 999	1 526	1 590	8 015

Quelle: BMA, Unfallverhütungsbericht Arbeit 1996.
Außerdem fanden 193 413 Besichtigungen von Baustellen und überwachungsbedürftigen Anlagen außerhalb von Betrieben statt. Die Gesamtzahl der Besichtigungen beträgt demnach 585 102.

den 34 276 behördliche Anordnungen getroffen. 10 244 Bußgeldbescheide und Verwarnungen wurden verhängt, in 103 Fällen wurde Strafanzeige gestellt. Die Gerichte haben im Berichtsjahr 193 Strafen verhängt (ohne Angaben von Baden-Württemberg zu Verwarnungen und von Rheinland-Pfalz zu Strafen).

Den gewerbeärztlichen Diensten wurden 91 561 Berufskrankheitenmeldungen vorgelegt, in denen 272 Fälle nach dem Berufskrankheitenrecht der DDR enthalten sind. In welchem Umfang diese Meldungen zu aufsichtlichen Maßnahmen in den Betrieben führten, ist nicht bekannt. 1995 waren nur 160 Ärzte in den Arbeitsschutzbehörden tätig.

Aus den dokumentierten behördlichen Maßnahmen läßt sich nicht ableiten, daß sich in den letzten fünf Jahren die Zahl der Mängel in den Betrieben verringert hätte.

Leistungen der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung

Das duale System des Arbeitsschutzes in Deutschland sieht vor, daß die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung Unfallverhütungsvorschriften erlassen und Aufsichtspersonen beschäftigen, um die Maßnahmen zur Prävention und Ersten Hilfe zu überwachen und Unternehmer und Versicherte zu beraten.

Neben den Arbeitsschutzbehörden der Länder sind insgesamt über 100 Unfallversicherungsträger im Bereich der Prävention tätig. 1995 waren in den Technischen Aufsichtsdiensten der Unfallversicherungsträger insgesamt 5 313 Personen beschäftigt, davon 3 041 mit Besichtigungsaufgaben. Die Überwachung erstreckt sich auch auf Betriebe, die der staatlichen Aufsicht nicht oder noch nicht zugänglich sind, z.B. im landwirtschaftlichen oder öffentlichen Bereich.

Über die Besichtigungstätigkeit in den Mitgliedsunternehmen der gewerblichen und landwirtschaftlichen Unfallversicherung sowie der Unfallversicherungen der öffentlichen Hand gibt Tab. 7.2.2 Aufschluß. In den Zahlen sind auch die betrieblichen Klärungen enthalten, die im Rahmen der insgesamt 116 783 Unfalluntersuchungen anfielen.

Im Rahmen der Betriebsbegehungen, die von den Technischen Aufsichtsdiensten durchgeführt wurden, sind im Bereich der gewerblichen Berufsgenossenschaften 1995 bei 2 823 228 Mitgliedsunternehmen 932 416 Mängel beanstan-

det und in 69 780 Fällen Anordnungen getroffen worden. Es ist nicht dokumentiert, ob die Aktivitäten der Technischen Aufsichtsdienste mit denen der staatlichen Aufsichtsbehörden koordiniert war, die eine vergleichbare Zahl von Beanstandungen hatten. Im Bereich der landwirtschaftlichen sowie der Unfallversicherungen der öffentlichen Hand erfolgten 1995 zusätzlich 904 262 Beanstandungen und 94 489 Anordnungen.

Tab. 7.2.2: Tätigkeit der Technischen Aufsichtsdienste 1995

Gewerbe- zweig	Besichtigte Unternehmen	Besichtigungen
Insgesamt	588 161	1 027 766
• Gewerbliche Wirtschaft	395 914	702 595
• Landwirtschaft	179 856	294 314
• Öffentlicher Dienst	12 391	30 857

Quelle: BMA, Unfallverhütungsbericht Arbeit 1996.

Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfeförderung

Gesundheitsbezogene Selbsthilfeansätze haben einen enormen Umfang erreicht (zum Umfang staatlicher Förderung siehe Kapitel 6.4). Die Zahl der Selbsthilfegruppen und Initiativen ist in den vergangenen zehn Jahren kontinuierlich gestiegen, zwischen 1985 und 1995 hat sie sich mehr als verdoppelt. 1995 engagierten sich rund 2,6 Mio. Menschen in etwa 67 500 Gruppen, davon 60 000 im Westen und 7 500 im Osten. Der Vergleich der Selbsthilfegruppendichte zeigt einen ausgeprägten Ost-West-Unterschied vor allem im Bereich der Städte. Hier sind im Osten 47 und im Westen 97 Gruppen je 100 000 Einwohner aktiv; in den ländlichen Regionen ist das Niveau dagegen mit 42 gegenüber 54 Gruppen ähnlich.

Die jährliche gesellschaftliche Wertschöpfung liegt bei etwa 4 Mrd. DM (ISAB [1996]). Selbsthilfegruppen verfolgen vor allem das Ziel, psychosoziale Krankheitsfolgen zu bewältigen, das Selbstbewußtsein zu stärken, den kritischen Umgang mit dem Medizinsystem zu fördern, Vereinsamungsfolgen zu mildern und die Aufmerksamkeit für sozial benachteiligte Gruppen zu schärfen. Ein Bezug zu Themen des Gesundheitsschutzes besteht nur indirekt, vor allem wenn eines der folgenden Gebiete behandelt wird: Ernährung, Allergien, Hauterkrankungen, Wasser-, Boden- und Luftqualität, Ausweitung des öffentlichen Personennahverkehrs oder angrenzende ökologische Fragestellungen.

Forschung und Politik fordern, Selbsthilfekontaktstellen mit 2-3,5 Personen je Stadt oder Kreis einzurichten, die zu 40% aus Landesmitteln, und zu je 30% aus Mitteln der Kommunen und Krankenkassen finanziert werden sollen (vgl. BRAUN u.a. [1994]). Beim umweltbezogenen Gesundheitsschutz arbeiten Selbsthilfeinitiativen und Verbraucher-schutzverbände eng zusammen.

Ausblick

Das Niveau des Gesundheitsschutzes in Deutschland kann generell sicher als gut bewertet werden. In vielen Bereichen sind vorbildliche Standards etabliert, z.B. bei Trinkwasser und Schwebstaub. Gleichwohl hat sich gezeigt, daß in anderen wichtigen Bereichen der klassischen Hygiene, des gesundheitlichen Umweltschutzes und des Arbeitsschutzes die Auswahl der Kontrollparameter und der zu starke Rückgriff auf nicht-evaluierte Stichprobenkontrollen und -begehungen einer weiteren Verbesserung entgegenstehen. Bei der Weiterentwicklung der Leistungen wird man deshalb die begonnene Umsteuerung noch intensivieren müssen, um die Standards der internen Qualitätssicherung vor allem in Betrieben, Gemeinschaftseinrichtungen und Krankenhäusern stärker zu gewichten. In der Krankenhaushygiene und Lebensmittelkontrolle ist diese Entwicklung weit fortgeschritten; Krankenhausinfektionen konnten gesenkt und vermeidbare Lebensmittelinfektionen verringert werden. Die Einrichtung des Robert Koch-Instituts als Referenzzentrum des Bundes für den Infektionsschutz ist ein weiterer wichtiger Schritt; dieses Vorgehen hat sich in den USA mit den Centers for Disease Control and Prevention in Atlanta bereits bewährt.

In zentralen Bereichen der Umwelthygiene müssen sich aus methodischen Gründen Leistungsbilanzen auf die Kontrolle von Grenz- und Richtwerten stützen; der Einsatz qualifizierter Frühwarnsysteme muß verstärkt werden. Epidemiologische Untersuchungen, wie z.B. Untersuchungen zu Häufigkeit und Ursachen allergischer Erkrankungen im Kindesalter, können in bestimmtem Umfang helfen, staatliche/öffentliche Maßnahmen der Prävention zu verstärken, wie etwa Reduktion von Abgasbelastungen in den Innenstädten. Im Bereich des Arbeitsschutzes muß wie im gesamten Gesundheitsschutz der eingeschlagene Weg hin zur betriebsnahen Problemerkennung und -bewältigung durch Qualifizierung und Motivierung der handelnden und verantwortlichen Akteure weiterverfolgt werden; mit den klassischen Überwachungsinstrumenten allein lassen sich arbeitsbedingte Gesundheitsschäden nicht weiter verringern.

Das System des öffentlich finanzierten Gesundheitsschutzes benötigt eine ausreichende Zahl eigener Fachkräf-

te, um die Erkenntnisse der Gesundheitsförderung umzusetzen, die Eigenverantwortung der Betreiber zu stärken und die Beratung zu intensivieren. Angesichts des insgesamt hohen Standards an Gesundheitsschutz erscheint es vordringlich, diese Investition in die Gesundheit trotz einer Vielzahl anderer drängender gesellschaftlicher Probleme nicht zu vernachlässigen. Aus diesem Grund, aber auch wegen des gewandelten Bildes von Verwaltung in der Öffentlichkeit sowie der Schwierigkeiten, möglichst konkrete Aussagen zu Gesundheitsrisiken zu treffen, reichen fachlich kompetente Gesundheitsberichte nicht aus. Vielmehr ist die interessierte Öffentlichkeit in alle Planungs- und Interpretationsprobleme aktiv einzubeziehen. Weil Risiken oft unterschiedlich wahrgenommen werden, hat sich die in der Pädagogik und Psychologie entwickelte Disziplin der Risikokommunikation als sehr hilfreich erwiesen; die Ausbildung von Vermittlern für strittige Planungsprozesse ist zu intensivieren.

Aus diesem Grund ist Selbsthilfeförderung auch im Bereich des Gesundheitsschutzes ein unverzichtbares, neues Element der öffentlichen Sicherheit und Daseinsvorsorge. Sie gehört insoweit künftig zum festen Bestandteil des Themas „Leistungen im Gesundheitsschutz“.

Vertiefende Literatur

- BEHÖRDE FÜR ARBEIT, GESUNDHEIT UND SOZIALES DER FREIEN UND HANSESTADT HAMBURG (Hrsg.) [1989]: *Jahres-Gesundheitsbericht 1987-1989*. Hamburg.
- INSTITUT FÜR SOZIALWISSENSCHAFTLICHE ANALYSEN UND BERATUNG (Hrsg.) [1996]: *Selbsthilfe 2000: Perspektiven der Selbsthilfe und ihrer infrastrukturellen Förderung*. Leipzig.
- ISTAS, H.; MÜLLER, W.; KRÖGER, E. [1993]: Gesundheitlicher Umweltschutz im öffentlichen Gesundheitsdienst. In: WICHMANN, H.E.; SCHLIPKÖTER, H.W.; FÜLGRAFF, G. (Hrsg.) [1993]: *Handbuch der Umweltmedizin*. Kapitel III 2.6. Landsberg: Ecomed, S. 1-8.
- LANDESAMT FÜR DATENVERARBEITUNG UND STATISTIK NORDRHEIN-WESTFALEN (Hrsg.) [1995]: *Gesundheitswesen in Nordrhein-Westfalen 1995*. Düsseldorf.
- SENATSVERWALTUNG FÜR GESUNDHEIT BERLIN (Hrsg.) [1995]: *Jahresgesundheitsbericht 1994*. Berlin.

Hugh : Staatsrat Bundesamt
Cusack 1998