

Nachhaltige Entwicklung Theorie und Praxis für die Umweltberatung

**Redaktion
U. Koller, G. Behling, A. Klemmer, H.-J. Haury**

**Seminarband der Zentralen Informationsstelle
Umweltberatung Bayern**

Band 11

Juli 1998

GSF-Bericht 14/98

Inhalt

		Seite
Vorwort		5
W. Kroy	Nachhaltige Entwicklung - Eine Einführung	7
L. Karg	Agenda 21 - Herausforderung und Chance für die Kommunen	13
F. Seydel	Vom globalen Konzept zur regionalen Werkstatt - Das Ulmer Beispiel	27
E. Seiltz	Ein neuer Weg in der Region - Die Brucker Land Solidargemeinschaft	35
H. Neitzel	Nachhaltiges Konsumverhalten - Was können wir als Bürger tun?	43
N. Schmacke	Umsetzung nachhaltiger Lebens- und Gesundheitsverhältnisse - Das Handlungsfeld Umwelt und Gesundheit	51
K. Lindloff	Aufbau von Umweltnetzwerken in Kommunen und Landkreisen als Basis für eine nachhaltige Entwicklung	61
T. Ködelpeter	Workshop 1: Erfolge, Hürden und Ziele auf dem Weg zu einer nachhaltigen Entwicklung	75
K. Lindloff	Workshop 2: Einbindung der Wirtschaft in Agenda 21-Prozesse	81
R. Havlik	Workshop 3: Gute Öffentlichkeitsarbeit - Nachhaltigkeit faßbar machen	87
J. Bentlage	Workshop 4: Öko-Audit, Lokale Agenda 21 & Co. - Herausforderung für die kommunale Umweltberatung	95
Anschriften der Referentinnen und Referenten		99

Umsetzung nachhaltiger Lebens- und Gesundheitsverhältnisse - Das Handlungsfeld Umwelt und Gesundheit

Norbert Schmacke, Akademie für öffentliches Gesundheitswesen, Düsseldorf

Einleitung

Sustainability: Nachhaltigkeit aus gesundheitlicher Sicht

Die Annäherung an das Thema erfolgt bewußt aus dem internen Diskurs um „öffentliche Gesundheit“ und nicht entlang der im Umweltbereich weit entwickelten Agenda-Debatte, weil offenkundig ist, daß beide „Welten“ Gesundheit und Umwelt in weiten Teilen erst lernen müssen, aufeinander zuzugehen, und da es nicht darum gehen kann, ein rhetorisch möglichst harmonisch klingendes Manuskript vorzulegen. Nachfolgende thesenartigen Ausführungen sind insoweit auch nicht mehr als ein Einstieg in eine vertiefte Diskussion um die bessere Einbindung des Gesundheitsthemas in die Agenda-Debatte.

1. Welche gesundheitlichen Dimensionen könnte Nachhaltigkeit beinhalten?

- Zunächst sicher ganz elementar wie im allgemeinen Verständnis: Schonend mit den Ressourcen umgehen. Die Frage, was können Natur und Gesellschaft im Verbrauch von Wasser, Boden, Luft ersetzen und kompensieren, ist mit Sicherheit bezogen auf die langfristige Perspektive der menschlichen Gesundheit zentral.
- Den Kindern eine Welt hinterlassen, die ihre Gesundheitsrisiken tendenziell begrenzt. Die Frage ist: Welche zusätzlichen bzw. neuen Einträge in den stofflichen Kreislauf können kommende Generationen bewältigen und gibt es hierzu gesellschaftliche Vereinbarungen?
- Den sozialen Gradienten des Lebens mit Krankheit und Krankheitsrisiken nicht aus dem Auge verlieren. Die Frage hierzu lautet: Wie können Menschen befähigt werden, ein gesundes Leben zu führen und mit erkennbaren Risiken und eingetretenen Beschädigungen ihrer Gesundheit möglichst kompetent umzugehen? Die Chancengleichheit in Sachen Gesundheit und daran gekoppelt die Produktivität des „human capital“ sind keine Naturphänomene, sondern sie können und müssen „nachhaltig“ gesteuert werden.
- Zunehmend auch: Risikoabschätzung und -wahrnehmung zu einem gesellschaftlichen Thema machen. Die Frage lautet letztlich: Wie kann das Experten-Laien-Thema entmystifiziert werden, welche konkreten Schritte sind nachweisbar, daß kontraproduktive Wissensbarrieren abgebaut werden?

2. Einige weitere Vorbemerkungen erscheinen erforderlich:

Gesundheit „pur“ gibt es nicht. Das Beschwören des „höchsten Gutes Gesundheit“ hilft nicht weiter, da es auf der Konkretionsebene immer um ein Abwägen von gesellschaftlichen wie (gesellschaftlich vermittelten) individuellen Interessen geht.

- Gesundheit wird leicht zum Luxusgut für prosperierende Zeiten. Das Gesundheitssystem neigt in Krisenzeiten zur Reduktion auf unmittelbare Versorgungsleistungen verbunden mit abnehmender Chancengleichheit. Präventive und vorsorgende Aspekte geraten in allen wichtigen gesellschaftlichen Bereichen generell ins Hintertreffen.
- Gesundheit wird in Gesellschaften mit ausgebautem Gesundheitswesen weit stärker als sinnvoll als Produkt der kurativen Medizin gesehen. Es gibt m.a.W. nicht nur eine Fortschrittsfalle innerhalb der kurativen Medizin (nicht alles, was machbar ist, ist sinnvoll), es gibt auch eine „Wahrnehmungsfalle“ bei der Gewichtung vorrangiger gesundheitlicher Problemlagen und denkbarer Lösungswege.
- Kommunale (Gesundheits-) Dienstleistungen stehen in ökonomischen Krisenzeiten unter doppeltem Legitimationsdruck, da sie in der Werteskala zwischen kurativer Medizin und öffentlicher Gesundheit an zweiter Stelle rangieren und da die Kommunen in ihrer Finanznot dazu neigen, nur das „unbedingt Erforderliche“ in ihre kommunalen Gesundheitsdienste zu investieren.

3. AK Umwelt und Gesundheit des BMU

Auf Bundesebene hatte im Gefolge der Rio-Konferenz die Bundesumweltministerin sechs Arbeitskreise eingerichtet (Schutz des Klimas, Schutz des Naturhaushalts, Ressourcenschonung, Schutz der menschlichen Gesundheit, Umweltschonende Mobilität, Umweltethik), die - aus verschiedensten gesellschaftlichen Bereichen zusammengesetzt - für die Bundesregierung Empfehlungen erarbeiten sollten. Der AK „Schutz der menschlichen Gesundheit“ ist insoweit ein praktischer Versuch, das Themenfeld „Nachhaltigkeit und Gesundheit“ zu bearbeiten. Folgende Aspekte der Arbeit dieses AK sollen hier herausgehoben werden:

- Die Arbeitsweise des AK selber stellte ein neues Politikverständnis unter Beweis: Auch bei schwierigen Themen stand das Setzen auf Konsensfindung im Vordergrund, um Handlungsfähigkeit unter Beweis zu stellen und nicht den akademischen Disput zu pflegen. Der AK praktizierte in erstaunlich hohem Umfang Konsensfindung und setzte sich implizit selber unter Erfolgsdruck, per Risikokommunikation Ergebnisse zu formulieren.
- Der AK einigte sich auf eine gezielte Auswahl von Themenfeldern, um im gesetzten Zeitraum überhaupt ergebnisorientiert arbeiten zu können. Dies waren die Bereiche Lärm/Radon/Medizinidiagnostik/Kernenergie/Elektromagnetische Felder/Ernährung. Allen Beteiligten war klar, daß weitere wichtige Themen ausgespart blieben: Infektionen/Unfälle/UV-Strahlung/Rauchen/Vulnerable Bevölkerungsgruppen/Arbeitsschutz usw.
- Der AK ging unter anderem von der Annahme aus, daß bei wichtigen Fragen des Gesundheitsschutzes z. T. erhebliche Differenzen zwischen der Problemwahrnehmung in der Öffentlichkeit und in der Fachwelt resp. der Wissenschaft gibt. Als Beispiel sei nur die Quecksilber-Amalgam-Debatte genannt. Dabei begriff der AK dieses als ein eigenständiges, bedeutendes Gesundheitsthema, das nicht mit dem Hinweis auf „Fehlwahrnehmungen“ in der Laienwelt abgetan werden dürfe. Im Gegenteil: Der Dialog zwischen sog.

Fachwelt und sog. Laienwelt müsse, so einheitliche Meinung, massiv gefördert werden.

- Eine wichtige weitere Annahme lautete: Die momentan vorfindliche Infrastruktur der Fachwelt in Sachen gesundheitlicher Umweltschutz ist nicht ausreichend. Fachbehörden werden nicht durchgängig als neutrale Informationszentren gesehen. Der AK verständigte sich auf die Forderungen zur Verbesserung der Risikobewertung und Risikokommunikation. So wurde die Schaffung eines neuen Typs von unabhängigem, wissenschaftlichem Referenzzentrum für Risikoabschätzungen, Prioritätensetzungen und ethische Fragen empfohlen. Und so wurde gefordert, in Ergänzung zu den bestehenden Beratungsmöglichkeiten für die Bevölkerung vor Ort auch neue Wegen der unmittelbaren Beteiligung der Bevölkerung zu entwickeln und zu fördern.

4. Risikokommunikation: kein Modernismus

Vielleicht ist der Gedanke der „Risikokommunikation“ gar nicht so neu. Das Thema Umwelt und Gesundheit macht aber besonders deutlich, daß das Verhältnis zwischen Experten, Politikern und Laien auf neue Fundamente gestellt werden muß. Die entwickelte Theorie der Risikokommunikation spricht von dem

- Expertendilemma erster Ordnung: Die Operationalisierung des Wissens innerhalb der Fachleute bleibt angreifbar. So wird der Wissensstand der Umwelttoxikologie/-epidemiologie in der Regel deutlich überschätzt

Und die Theorie spricht von dem

- Expertendilemma 2. Ordnung: Die Interpretation der Befunde im Bereich Umwelt und Gesundheit überschreitet das wissenschaftliche Terrain. Es geht nicht ohne Aushandeln von Prioritäten. Das Vorsorgeprinzip erfordert Handeln unter Ungewißheit, auch wenn unsere Sehnsucht nach exakten Prognosen unersättlich ist.

Schließlich gibt es dieser Theorie zufolge last not least noch das

- Politikerdilemma: Politik steht unweigerlich zwischen Rat der Experten und Mutmaßungen der Bevölkerung. Sie kann die Konflikte nicht ausschließlich in ihren Gremien lösen, ohne sich angreifbar zu machen. Nur direkte Bürgerbeteiligung schafft mehr Vertrauen und größere Planungssicherheit, ohne daß dadurch politische - und häufig auch konflikthaft bleibende - Entscheidungen erübrigt würden.

5. Nachhaltigkeit durch Qualitätssicherung

Es steht außer Frage, daß der Ressourcenumgang im Gesundheitswesen stark von Traditionen und dem Machtgefüge der Leistungsanbieter bestimmt wird und insoweit demokratischen Entscheidungsprozessen ein Stück weit entzogen ist. Vielleicht ist die seit einigen Jahren aufkommende Debatte um Qualitätssicherung im Gesundheitswesen ein guter Weg, diese Schieflage wenigstens zu thematisieren, vielleicht sogar an der einen oder anderen Stelle auch zu korrigieren. Hierzu einige Thesen:

- Ressourcen des Gesundheitswesens (Prävention/Kuration/Gesundheitsförderung) sind immer begrenzt und stehen immer im Wettstreit mit anderen, auch gut begründbaren gesellschaftlichen Anforderungen (z. B. Bildung, Erziehung, Arbeitsplatzsicherheit, Sozialhilfe). Qualitätssicherung ist insoweit eine Möglichkeit rationalerer Mittelsteuerung.
- Im Falle der Umweltmedizin wird in diesem Kontext jetzt zunehmend die Frage gestellt: Was ist gesichert in Diagnostik und Beratung? Ein vorliegender Leitfaden der Berliner Ärztekammer zu Wohnraumbegehung, Biomonitoring und Raumluftmessungen weist in diese Richtung.
- Qualitätsgesichert ist sicher nicht der Tenor der „Immer-Mehr-Ismus“ des Umweltmedizindiskurses, demzufolge immer mehr Menschen an diesen oder jenen Beschwerden oder Krankheiten leiden. Wird hier nicht künftig besser zwischen krankheitenorientierter Diagnostik und Beratung einerseits und präventiv orientierter Planung und Beratung unterschieden, so werden Spiralen an Untersuchungen in Bewegung gebracht, die für das Individuum häufig in Meßorgien und Endlosuntersuchungen ohne praktisches Ergebnis enden.
- Risikokommunikation und Qualitätssicherung könnten Zwillingsschwestern werden: die eine steht für die soziale Dimension des Gesundheit-Und-Umwelt-Diskurses, die andere für die eher technische Dimension von „models of good practice“.

6. Gesellschaft, Wirtschaft, Gesundheit

Nachhaltige Entwicklung in Sachen Gesundheit ist mit der Frage konfrontiert, wie sich das Verhältnis von Ökonomie und Ökologie, von Ökonomie und Gesundheit der Bevölkerung darstellen läßt. Dies darzustellen, ist ein gewagtes Unterfangen. Nachfolgende Tabelle soll nicht mehr als eine Idee davon geben, wie komplex die Zusammenhänge leider sind:

Tab.: 1

Klassische Wirtschaftsfaktoren	Fördernde Effekte auf Gesundheit (kumulativ dargestellt)	Schädigung der Grundlagen von Gesundheit (stets multifaktoriell zu verstehen)	Meßbare Effekte auf Krankheit und Sterblichkeit
Schwerindustrie Chemische Industrie Intensive Landwirtschaft Verkehr	Förderung der sozioökonomischen Entwicklung (Bildung, soziale Sicherheit, Ernährung, Medikamente)	Belastung von Wasser, Boden und Luft Belastung der Nahrungsmittelkette Unfälle, Intoxikationen Lärm	Starke gesellschaftliche Effekte auf Häufigkeit und Verlauf von: Infektionen Allergien/Asthma Herzinfarkt Einige Krebserkrankungen Psychische Erkrankungen/Sucht

Die enorme Zunahme der durchschnittlichen Lebenserwartung ist ohne das enorme Wirtschaftswachstum in entwickelten Industriegesellschaften wie Deutschland nicht vorstellbar, wie gleichermaßen die konkrete Ausgestaltung der Arbeitswelt und der gesellschaftlichen Infrastruktur immer auch negative Folgen zeitigen kann. Am eindringlichsten wird dies bei den Themen Humanisierung der Arbeitswelt und Massenerwerbslosigkeit deutlich. Hier zu bestimmen, was nachhaltige Entwicklung im Kontext von Gesundheit bedeutet, ist nur im Rahmen einer entwickelten gesellschaftlichen Debatte und nicht in Expertendiskursen zu ermitteln.

Das kurative Gesundheitswesen ist mittlerweile selber ein wichtiger Wirtschaftsfaktor geworden, dessen Entwicklung unter Aspekten der Nachhaltigkeit betrachtet werden sollte. Wie dies aussehen könnte (machbare Modelle für derartige Berechnungen bestehen bislang nicht), skizziert nachfolgende Tabelle:

Tab. 2:

Wirtschaftsfaktor Kurative Medizin	Gesundheits- förderung durch die Medizin	Schädigung der Gesundheit durch die Medizin	Effekte auf Lebenserwartung und Lebensqualität
Beschäftigung/ Leistungen/ sozialer Friede	Früherkennung (bei Beachtung der Screening-Kriterien) (begrenzt) primäre Prävention (begrenzt) psychosoziale Unterstützung	Iatrogene Krankheiten (unerwünschte Wirkungen) Medikalisierung psychischer und sozialer Konflikte	Beitrag zur Verlängerung der Lebenserwartung nicht ganz klar (20 bis 30 %?) (potentieller) Beitrag zur Lebensqualität empirisch bisher ungenügend ermittelt, von wach- sender Bedeutung

Es wird deutlich, daß allein das Betrachtung der enormen Wirtschaftspotentiale, die im Gesundheitswesen ein- und umgesetzt werden, bezüglich des Focus Gesundheit keine eindimensionalen Aussagen ermöglicht. Es ist vermutlich auch nach wie vor ungewohnt, die Nebenwirkungen des Medizinbetriebs in eine derartige Betrachtung einzubeziehen. In einer Zeit, in der es nur ganz wenige Sektoren mit Beschäftigungswachstum gibt, steht diese bilanzierende Betrachtung zudem noch in der Gefahr, der Schaffung weiterer Arbeitsplätze im Wege zu stehen. Hier mag der kursorische Hinweis genügen, daß es im psychosozialen Bereich massive Defizite gibt, die bei Umsteuerung im Gesundheitswesen finanzierbar wären und die alle- samt personalintensiv sind.

Weniger eingängig ist die letzte These, daß auch öffentliche Gesundheitsdienste, Public Health und Präventivmedizin als Wirtschaftsfaktor begriffen werden können. Hier sind ökonomische Bilanzierungsmodelle nur schwer zu erstellen. Die nachfolgende Tabelle ist insofern nicht mehr als eine Aufforderung zur besseren Einbin- dung dieser Felder in den Gesamtdiskurs um Gesundheit, Wirtschaft und Nachhal- tigkeit:

Tab. 3:

Wirtschaftsfaktor öffentlicher Gesundheitsdienst/ Public Health	Gesundheits- förderung durch ÖGD/ Public Health/ Prävention	Schädigung der Gesundheit durch ÖGD/ Public Health/ Prävention	Effekte auf Krank- heitshäufigkeiten
Sanierung der Industriestädte Voraussetzung für Industrialisierung Moderne Umwelt- hygiene (z. B. Luft- reinhaltepläne) von gleicher Bedeutung	Gesundheits- förderung ist der eigentliche Auftrag: gleichwohl Effekte nur teilweise meßbar (sie werden weithin als „plausibel“ betrachtet)	Widerspruch in sich selbst? Vermutlich aber vorhanden (so im Falle ungerechtfertigter Verängstigung, so indirekt bei Fehlallokation von Ressourcen)	Im Bereich Hygiene präventive Wirkung gesichert (z. B. Krankenhaus- infektionen). Im Bereich Umwelthygiene (bei Allergien und Asthma Prävention gut darstellbar, bei vielen multifak- toriellen Erkrän- kungen (so Krebs) methodisch immer nur sehr aufwendig nachzuweisen „soziale“ Prävention von hoher Bedeu- tung (z. B. bei Herz- infarkt)

Prävention, Gesundheitsschutz und Gesundheitsförderung sind vermutlich massiv unterschätzte Faktoren der Wirtschaftsförderung von Gesellschaften; das Dilemma ist ganz wesentlich, daß die Ergebnisse aller primärpräventiven Ansätze schwer zu evaluieren sind und wenig finanziell gefördert werden und aus beiden Gründen weithin mit Plausibilität argumentieren müssen.

7. Auflösung der Komplexitäten?

Man kann sich in dem aufgezeigten Gelände verirren. Vielleicht gibt es aber doch Wege zur Bündelung der Aufmerksamkeit. Hierzu sollen folgende Behauptungen dienen:

- Im internationalen Vergleich besteht in Deutschland ein hoher Standard an Gesundheits- und Umweltschutz. Qualität und Wirksamkeitsnachweise sind sicher noch deutlich verbesserungsbedürftig, es gibt aber durchaus von der Arbeitswelt bis in den Freizeitbereich hinein aus den letzten Jahrzehnten auch wichtige Fortschritte zu vermelden.

- Heute besteht eher die Gefahr des Nachlassens der Aufmerksamkeit in klassischen Bereichen des Gesundheitsschutzes wie der Orts- und Umwelthygiene. Aus der richtigen Erkenntnis heraus, daß häufig weniger staatliche Aufsicht als Förderung der Eigeninitiative von Krankenhäusern, lebensmittelproduzierenden Firmen und chemischer Industrie protektiv wirkt, wird im Rahmen der „Verschlankung“ des Staates an manchen Stellen das Kind mit dem Bade ausgeschüttet, weil der verbleibende Stamm an Fachleuten in Ämtern und Behörden seinen Aufgaben nicht mehr nachkommen kann.
- In engeren Bereich des umweltbezogenen Gesundheitsschutzes mangelt es nach wie vor an einem gekonnten Ausbalancieren von Individualmedizin in der ärztlichen Sprechstunde und öffentlichem Gesundheitsschutz in der Umweltmedizin (Verhältnisprävention, Beratung von Öffentlichkeit und Institutionen). Die Erwartungen an diese beiden unterschiedlichen Systeme sind keineswegs immer allen Beteiligten klar. Prävention und Beratung im Gesundheitswesen könnten insgesamt wesentlich stärker ausgebaut werden, wenn die interne Ressourcenverwaltung des Systems sich stärker Ansätzen der Qualitätssicherung stellen würde.
- Unausgeschöpft ist prinzipiell sicher auch die Förderung der Partizipation der Bevölkerung in Sachen Gesundheit und Umwelt. Nur wer beteiligt wird, wird in die Lage versetzt, sich ein eigenes Bild zu machen und die wie immer definierten und vereinbarten Risiken dann auch auszuhalten. Mediationsverfahren bei Straßenverkehrsplanung oder anderen Großprojekten - etwas anderes als förmliche Bürgerbeteiligung - sind insoweit sicher kein moderner Luxus.
- Vielleicht gibt es ungenutzte Synergieeffekte bei einer Zusammenführung von ökologischer und gesundheitlicher Perspektive. Umwelt- wie Gesundheitsexperten wissen inzwischen, daß das Beschwören von Katastrophen kein geeignetes pädagogisches Mittel ist, um Bewegung zu erzeugen. Vielmehr geht es immer um das Aufzeigen individueller Handlungsmöglichkeiten und das Aufzeigen größerer Handlungsspielräume. Die Erkenntnis, daß „empowerment“ und „participation“ gesundheitsfördernd sind und insoweit fester Bestandteil einer „healthy public policy“ sein sollten, müßte für die Intensivierung der Kontakte zwischen Umwelt- und Gesundheitsexperten und „Laien“ eigentlich eine große Hilfe sein.

Natürlich gibt es Dilemmata, die über allem liegen und einfachen Lösungen für eine „nachhaltige Entwicklung von Gesundheit“ entgegenstehen. Im Global Village profitieren die Habenden über die Maßen. Auch in den reichen Ländern der Erde geht die Schere der Ungleichheit vor Krankheit und Tod wieder weiter auseinander. Moral und Ökonomie müßten besser ins Gleichgewicht gebracht werden. Das Beispiel Tourismus und Mobilität ist zur Veranschaulichung dieses Konfliktes besonders geeignet. Eine Mobilitätssteuer für Geschäftsleute, Banken, Versicherungen und Touristen wäre eine naheliegende Idee, um Projekte mit „nachhaltiger gesundheitlicher Wirkung“ mehr als bisher finanzieren zu können.

Weiterführende Literatur

Aurand K., Hazard B., Tretter F. (Hg.). Umweltbelastungen und Ängste. Opladen: Westdeutscher Verlag, 1993

Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz und Reaktorsicherheit (Hg.). Schritte zu einer nachhaltigen, umweltgerechten Entwicklung. Berichte der Arbeitskreise anlässlich der Zwischenveranstaltung am 13. Juni 1997. Eigendruck, Bonn 1997

Eis, D. Gesundheit und Krankheit: Welchen Einfluß hat die Umwelt? In: Schwartz F. W. u. a. (Hg.). Das Public Health Buch. München Wien Baltimore: Urban & Schwarzenberg 1997, 51-80

Schmacke, N. Öffentlicher Gesundheitsdienst: Entwicklung und Perspektiven. Ein Beitrag zur Wiederentdeckung der Kommune in der Gesundheitspolitik. Vortrag für die Fachtagung „Kommunale Gesundheitspolitik. Gesundheitsförderung in der Stadt auf neuen Wegen“ des Deutschen Institut für Urbanistik Berlin vom 08. bis 11.12.1997

Schmacke N. Konzentration auf die „wirklich wichtigen Leistungen“? Das Krankheitspanorama erfordert neue Antworten. Die Ersatzkasse Heft 11: 1997, 397-401

Seidel H J. Umweltmedizin. Stuttgart New York, Thieme Verlag, 1996

Siegrist J u. Möller-Leimkühler A. M. Gesellschaftliche Einflüsse auf Gesundheit und Krankheit. In: Schwartz F. W. u. a. (Hg.). Das Public Health Buch. München Wien Baltimore: Urban & Schwarzenberg 1997, 94-109

WHO European Centre for Environment and Health (Hg). Concern for Europe's tomorrow: health and environment in the WHO European region. Stuttgart, Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH Stuttgart, 1995

Über den Autor

Norbert Schmacke, geb. 1948, Dr. med., Arzt für innere Medizin, öffentliches Gesundheitswesen und Sozialmedizin. Dozent für Gesundheitswissenschaften an der Universität Bremen. Leiter der Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf. Publikationen zu Psychatriegeschichte, NS-Medizin, Öffentlichem Gesundheitsdienst, Gesundheitsreform. Letzte Buchpublikation „Ärzte oder Wunderheiler. Die Macht der Medizin und der Mythos des Heilens“, Wiesbaden 1997