

1

Integrierte Programme und Aufgabentrias

1.0 Überblick

Rainer Fehr, Hermann Neus

Buchabschnitt 1 behandelt integrierte Programme, Strukturmodelle und die Public Health-Aufgabentrias. Die integrierten Programme sind ihrer Bedeutung halber an den Anfang gestellt, denn hier liegt eine innovative Entwicklung gesellschaftlicher Realität vor, welche theoretisch noch wenig aufgearbeitet ist.

Monothematische und integrierte Programme

Herkömmliche Präventions- und Gesundheitsförderungsprogramme beziehen sich in der Regel auf eine ausgewählte Wirkung, eine Noxe(ngruppe), ein Umweltmedium oder – seltener – auf einen Lebensbereich. Thematisch auf Wirkung bezogen sind z.B. ein Gesamtprogramm zur Krebsbekämpfung sowie Allergiekampagnen, während ein Programm zur Minderung von Dioxin-Emissionen, ein Lärmminierungsprogramm oder ein Programm gegen Bleibelastung („lead abatement“) auf Minderung der Exposition gegenüber spezifischen Noxen zielen. Luftreinhaltepläne zur Überwachung und Verbesserung der Luftqualität oder Bodenschutzgesetze setzen bei einzelnen Umweltmedien an. Schließlich definieren sich Programme über Lebensbereiche wie z.B. Verkehr oder Wohnen. Diesen auf Einzelthemen bezogenen, **„monothematischen“ Programmen** ist gemeinsam, dass sie in der Regel unmittelbar einleuchten, eine z.T. sehr ausgeprägte Tradition aufweisen und im Regelfall auf vorhandene Konzepte und Strukturen zurückgreifen können.

Auch wenn es hier um durchaus komplexe Zusammenhänge geht, bleiben diese Ansätze übersichtlich und lassen sich zumeist gut kommunizieren.

In der Aufstellung und Durchführung eines jeden monothematischen Programms drückt sich eine Priorisierung aus, die manchmal explizit und begründet ist, in anderen Fällen aber nur implizit und nicht unmittelbar nachvollziehbar. Auch können diese Ansätze aus übergeordneter Sicht durchaus problematisch erscheinen, wie z.B. Luftreinhaltung durch hochgradig gewässerbelastende Abluft-Reinigungsmaßnahmen. So bleiben die genannten Ansätze, trotz unbestrittener Bedeutung und positiver Wirkung der verschiedenen Einzelprogramme, in gewisser Weise fragmentarisch und verlangen danach, in einen plausiblen Gesamtzusammenhang gebracht zu werden. Die Limitationen der monothematischen Programme liefern die Motivation, nach umfassenderen Ansätzen zu suchen. Programme, die eine Anzahl von Einzelzielen gleichzeitig verfolgen und dabei Raum bieten, zahlreiche Einzelthemen in geordneten Zusammenhang zu setzen, lassen sich als **„integrierte“ Programme** bezeichnen¹.

Mittlerweile existieren sowohl im internationalen Raum wie auch in Deutschland Programme, in denen es nicht nur um ein einzelnes Ziel geht, sondern um ein Ensemble aufeinander abgestimmter Ziele. Schon die Ottawa-Charta von 1986 repräsentiert ein solches integriertes Programm, das Gleiche gilt für die (enorm anspruchsvolle) Agenda 21. Nach einer abge-

Box 1.0-1: Ottawa-Charta 1986: Textauszüge zu Vernetzung, gesundheitsförderlichen Lebenswelten und gemeinsamer Verpflichtung (WHO et al. 1986)

Vermitteln und vernetzen: „Der Gesundheitssektor allein ist nicht in der Lage, die Voraussetzungen und guten Perspektiven für die Gesundheit zu garantieren. Gesundheitsförderung verlangt vielmehr ein koordiniertes Zusammenwirken unter Beteiligung der Verantwortlichen in Regierungen, im Gesundheits-, Sozial- und Wirtschaftssektor, in nichtstaatlichen und selbstorganisierten Verbänden und Initiativen sowie in lokalen Institutionen, in der Industrie und den Medien. Menschen in allen Lebensbereichen sind daran zu beteiligen als einzelne, als Familien und Gemeinschaften. ...“

Gesundheitsförderliche Lebenswelten schaffen: „Die enge Bindung zwischen Mensch und Umwelt bildet die Grundlage für einen sozial-ökologischen Weg zur Gesundheit. Oberstes Leitprinzip für die Welt, die Länder, Regionen und Gemeinschaften ist das Bedürfnis, die gegenseitige Unterstützung zu fördern – sich um den anderen, um unsere Gemeinschaften und unsere natürliche Umwelt zu sorgen. Besondere Aufmerksamkeit verdient die Erhaltung der natürlichen Ressourcen als globale Aufgabe. ... Eine systematische Erfassung der gesundheitlichen Folgen unserer sich rasch wandelnden Umwelt – insbesondere in den Bereichen Technologie, Arbeitswelt, Energieproduktion und Stadtentwicklung – ist von essentieller Bedeutung und erfordert aktives Handeln zugunsten der Sicherstellung eines positiven Einflusses auf die Gesundheit der Öffentlichkeit. Jede Strategie zur Gesundheitsförderung muss den Schutz der natürlichen und der sozialen Umwelt sowie die Erhaltung der vorhandenen natürlichen Ressourcen mit zu ihrem Thema machen.“

Gemeinsame Verpflichtung zur Gesundheitsförderung: „Die Teilnehmer der Konferenz rufen dazu auf:

- an einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik mitzuwirken und sich dafür einzusetzen, dass ein eindeutiges politisches Engagement für Gesundheit und Chancengleichheit in allen Bereichen zustande kommt;
- allen Bestrebungen entgegenzuwirken, die auf die Herstellung gesundheitsgefährdender Produkte, auf die Erschöpfung von Ressourcen, auf ungesunde Umwelt- und Lebensbedingungen oder eine ungesunde Ernährung gerichtet sind. Es gilt dabei, Fragen des öffentlichen Gesundheitsschutzes wie Luftverschmutzung, Gefährdungen am Arbeitsplatz, Wohn- und Raumplanung in den Mittelpunkt der öffentlichen Aufmerksamkeit zu stellen;
- die gesundheitlichen Unterschiede innerhalb der Gesellschaften und zwischen ihnen abzubauen und die von den Vorschriften und Gepflogenheiten dieser Gesellschaften geschaffenen Ungleichheiten im Gesundheitszustand zu bekämpfen; ...
- die Gesundheit und ihre Erhaltung als eine wichtige gesellschaftliche Investition und Herausforderung zu betrachten und die globale ökologische Frage unserer Lebensweisen aufzuwerfen.“

milderten, damit vielleicht realistischeren Form von Integration streben auch die Aktionsprogramme Umwelt und Gesundheit.

Integrationsaspekte

Unter dem Blickwinkel von Gesundheit und Umwelt lassen sich verschiedene Formen integrierter Programme unterscheiden. „**Integration**“ bezieht sich hierbei sowohl auf Inhaltsthemen wie auf die politisch-administrativen Ebenen und Sektoren. Bei den Inhaltsthemen

besteht durchaus Ähnlichkeit zwischen „integrierten“ Programmen auf der einen Seite und weit gefassten monothematischen Programmen auf der anderen. Offenkundig behandeln auch Programme zur Luftreinhaltung oder zur Lärm-minderung eine Vielzahl unterschiedlicher Teilaspekte; jedoch beschränken sie sich in mindestens einer der fünf Dimensionen des ökologischen Quintetts auf eine einzige Ausprägung, z.B. auf das Umweltmedium Luft oder auf die Noxe Lärm. Entscheidendes Kriterium inhalt-

Box 1.0-2: Europäische Charta Umwelt und Gesundheit 1989 (WHO-Euro 1990): Textauszüge zu Rechten und Pflichten, Grundsätzen und strategischen Elementen (Hervorhebungen im Original)

Rechte und Pflichten (pp.5-6)

1. Jeder Mensch hat Anspruch auf
 - eine Umwelt, die ein höchstmögliches Maß an Gesundheit und Wohlbefinden ermöglicht
 - Information und Anhörung über die Lage der Umwelt sowie über Pläne, Entscheidungen und Maßnahmen, die voraussichtlich Auswirkungen auf Umwelt und Gesundheit haben
 - Teilnahme am Prozess der Entscheidungsfindung.
2. Jeder einzelne ist verpflichtet, im Interesse seiner eigenen Gesundheit und der anderer zum Schutz der Umwelt beizutragen.
5. Jede Regierung und Behörde hat die Pflicht, ... die Umwelt zu schützen, die Gesundheit zu fördern ...
8. Nichtstaatliche Organisationen haben ... eine wichtige Rolle bei der Weitergabe von Informationen an die Öffentlichkeit sowie bei deren Sensibilisierung und Aktivierung.

Allgemeine Grundsätze (pp.7-9)

1. Für Gesundheit und Wohlergehen ist eine saubere und harmonische Umwelt erforderlich
2. Der bevorzugte Ansatz sollte darin bestehen, den Grundsatz „Vorbeugen ist besser als heilen“ zu fördern.
3. ... Besondere Aufmerksamkeit muss den benachteiligten Gruppen gelten.
5. Neue politische Maßnahmen, Technologien und Entwicklungen sollten ... nur nach ... vorheriger Beurteilung der eventuellen Folgen für Umwelt und Gesundheit eingeführt werden. ...
12. Die Kriterien und Verfahren zur Quantifizierung, Beobachtung und Bewertung von Umwelt- und Gesundheitsschäden sollten weiterentwickelt und angewandt werden. ...

Strategische Elemente (pp.10-13)

2. Der Schutz der Gesundheit erfordert umfassende Strategien, einschließlich folgender Elemente:
 - ... Kontrollmaßnahmen ... in geeignetem Umfang ... Finanzpolitische, administrative und wirtschaftliche Instrumente sowie Raumplanung ...
 - Umweltfreundliche Technologien und Produkte ...
 - ... anspruchsvolle Management- und Verfahrensstandards ...
 - Informationssysteme zur Überwachung der Wirksamkeit getroffener Maßnahmen, zur Trendanalyse, Festlegung von Prioritäten und Entscheidungsfindung ...
 - Bei der Umweltverträglichkeitsprüfung sollten die Gesundheitsaspekte stärker berücksichtigt werden. ...

lich integrierter Programme ist hingegen, dass sie – zumindest dem Anspruch nach – in keiner Dimension des ökologischen Quintetts eine solche Beschränkung aufweisen, sondern in allen fünf Dimensionen die Integration anstreben.

Auch monothematische Programme beziehen häufig mehrere politisch-administrative

Ebenen ein, z.B. durch Verbindung eines Landesprogramms mit konkreten Aktionen auf lokaler Ebene. Zunehmend bedeutsam ist die internationale Ebene, insbesondere in Form europäischer Integration, so dass oftmals eine ganze Kaskade hierarchisch überlagerter Ebenen zu berücksichtigen ist, von international bis

Box 1.0-3: WHO-Programm „Gesundheit 21“ von 1998: Auswahl von vier Zielen (WHO 1998)

Ziel 10: Eine gesunde und sichere natürliche Umwelt: Gesundheit entsteht durch gesamtgesellschaftliches Handeln. ... Ein integriertes, multidisziplinäres und sektorübergreifendes Konzept der gesundheitlichen Entwicklung ist ... effektiver, effizienter und kostenwirksamer als getrennte, vertikale Ansätze einzelner Sektoren. ... Allerdings entscheidet der Gesundheitssektor nicht allein über Erfolg oder Misserfolg. Grundlegende gesundheitliche und wirtschaftliche Fortschritte lassen sich auch mit durchdachten Konzepten für Bildung, Beschäftigung, Industriestruktur, Besteuerung und Sozialpolitik erzielen. ...

Ziel 11: Gesünder leben: Die Handels- und Landwirtschaftspolitik sollte weiterhin auf die Förderung der Gesundheit, eine sichere Versorgung mit bedarfsgerechten Nahrungsmitteln und den Schutz der Gesundheit ausgerichtet werden. ...

Ziel 13: Gesundheit in „Settings“ fördern: Auf Gemeinde- und Stadtebene ... sollte sich das Modellnetz Gesunde Städte auf jede Stadtgemeinde in allen Mitgliedstaaten erstrecken. Es sollte die politische Führung, den Gesundheitssektor wie auch andere Sektoren und wichtige nicht-staatliche Organisationen in eine strukturierte, permanente Partnerschaft einbinden, die durch einen lokalen Plan zur „Gesundheit für alle“ Fragen der Lebensweise, Umwelt und Gesundheit als Gesamtkomplex aufgreift. Der Mensch und seine Lebensumwelt sollte zentrale Bedeutung bei der Städteplanung erhalten. ...

Ziel 14: Multisektorale Verantwortung für die Gesundheit: Ein wirkungsvoller Ansatz zur gesundheitlichen Entwicklung setzt voraus, dass alle Sektoren der Gesellschaft für die gesundheitlichen Auswirkungen ihrer Politik und Programme Verantwortung übernehmen und den Nutzen, den sie selbst aus der Förderung und dem Schutz der Gesundheit ziehen, erkennen. Deshalb sollten alle sozialen und wirtschaftlichen Konzepte oder Programme und alle Entwicklungsprojekte, die sich auf die Gesundheit auswirken könnten, einer Gesundheitsverträglichkeitsprüfung unterzogen werden.

lokal. Monothematische Programme sind häufig ebenenübergreifend angelegt, „integrierte Programme“ sind es immer.

Bekanntlich ist Gesundheit ein Gut, welches nicht etwa nur in dem entsprechend benannten Sektor „produziert“ wird; vielmehr üben zahlreiche weitere Sektoren förderliche wie auch gefährdende Einflüsse auf die Gesundheit aus. Daher spielen sektorübergreifende Programme für Theorie und Praxis von Gesundheitsschutz und Gesundheitsförderung eine zunehmend wichtige Rolle. Hier lassen sich verschiedene Ansätze unterscheiden. Einerseits kann aus dem Gesundheitssektor heraus versucht werden, sektorenübergreifend wirksam zu werden. Alternativ kann der Gesundheitssektor mit anderen Sektoren gemeinsam entsprechende Programme auflegen. Daneben sind integrierte Programme von Bedeutung, bei denen der Gesundheitssek-

tor primär eine untergeordnete Rolle spielt, das Thema Gesundheit aber durchaus einen Stellenwert hat.

Ottawa-Charta, Europäische Charta Umwelt und Gesundheit und Gesundheit21

Im Bewusstsein der multifaktoriellen, intersektoralen Bestimmung von Gesundheit und Krankheit entstanden schon früh umfassende Ansätze. Dieser Abschnitt führt kurz in drei ausgewählte Dokumente ein, nämlich die Ottawa-Charta von 1986, die Europäische Charta Umwelt und Gesundheit von 1989 und das Rahmenkonzept „Gesundheit 21“ von 1998. Die „**Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung**“ repräsentiert eine anspruchsvolle Programmatik, jedoch noch ohne konkretes Umsetzungsprogramm (Box 1.0-1). Wie die Charta ausführt, zielt Gesundheitsförderung auf einen Prozess, allen

Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Die Verantwortung für Gesundheitsförderung liege nicht nur beim Gesundheitssektor, sondern bei allen Politikbereichen. Gesundheitsförderung zielt über die Entwicklung gesünder Lebensweisen hinaus auf die Förderung umfassenden Wohlbefindens. Grundlegende Bedingungen und konstituierende Momente von Gesundheit seien Frieden, angemessene Wohnbedingungen, Bildung, Ernährung, Einkommen, ein stabiles Öko-System, eine sorgfältige Verwendung vorhandener Naturressourcen, soziale Gerechtigkeit und Chancengleichheit (WHO et al. 1986).

Die erste Europäische Ministerkonferenz Umwelt und Gesundheit im Jahre 1989 verabschiedete die **Europäische Charta Umwelt und Gesundheit** (WHO-Euro 1990). Für den umweltbezogenen Gesundheitsschutz beschreibt dieses Dokument die Rechte und Pflichten der verschiedenen gesellschaftlichen Gruppen, allgemeine Grundsätze, strategische Elemente und inhaltliche Prioritäten (Box 1.0-2). Ein ausführlicher Kommentar (a.a.O., pp.21-124) erläutert den Zweck der Charta und die Vielzahl angesprochener Einzelthemen². Im Anhang der entsprechenden Broschüre (a.a.O., pp. 125-181) sind ausgewählte Ziele des Programms „Gesundheit für alle“, nämlich Ziele 11 und 18-25, sowie je zwei Resolutionen der UN-Generalversammlung und der Weltgesundheitsversammlung wiedergegeben.

Wichtiger Repräsentant eines an die Nationalstaaten gerichteten Programmes ist das Rahmenkonzept **„Gesundheit 21“** der WHO mit seinen 21 Einzelzielen (Box 1.0-3). Unter Berufung auf die Weltgesundheitserklärung von 1998 wird dort ausgeführt, Gesundheit gehöre zu den Grundrechten jedes Menschen. Gesundheit sei eine Voraussetzung für Wohlbefinden und Lebensqualität sowie für nachhaltiges Wirtschaftswachstum. Das oberste Ziel laute, für alle Menschen das volle gesundheitliche Potential zu erreichen. Hauptziele bestünden darin, die Gesundheit der Bevölkerung während der gesamten Lebensspanne zu fördern und zu schützen sowie die Inzidenz der wichtigsten Krankheiten und Verletzungen zu reduzieren

und das auf Krankheiten und Verletzungen zurückzuführende Leiden zu mindern. Die ethische Grundlage von Gesundheit²¹ werde von drei Grundwerten gebildet: (1) Gesundheit als ein fundamentales Menschenrecht, (2) gesundheitliche Chancengleichheit und Solidarität im Handeln zwischen den Ländern und innerhalb der Länder sowie (3) Partizipation und Rechenschaftspflicht des einzelnen wie auch von Gruppen, Institutionen und Gemeinschaften in Hinsicht auf eine kontinuierliche gesundheitliche Entwicklung. Formuliert wurden 21 Ziele, die in ihrer Gesamtheit einen inspirierenden Rahmen zur Gestaltung der Gesundheitspolitik in den Ländern der Europäischen Region bilden sollen (WHO 1998).

Hauptvertreter integrierter Programme

Als wichtige Beispiele integrierter Programme mit Gesundheits- und Umweltbezug wurden für das vorliegende Werk ausgewählt: das International Healthy Cities Network bzw. das deutsche Gesunde-Städte-Netzwerk, Aktionsprogramme Umwelt und Gesundheit, das Programm „Soziale Stadt“ sowie „Agenda 21“ einschließlich der Sonderform „Lokale Agenda 21“. Das **Gesunde-Städte-Netzwerk** verkörpert die erste genannte Form integrierter Programme, denn aufbauend auf „Gesundheit für alle“ und Ottawa-Charta wird hier aus dem Gesundheitssektor heraus versucht, im Sinne einer umfassenden Gesundheitsförderung sektorenübergreifend Einfluss auf Stadtentwicklung und -gestaltung zu nehmen, um möglichst „gesunde“ Lebensverhältnisse und Lebensweisen zu erreichen (Kap. 1.1).

Nach der Entstehung eines eigenständigen Umweltsektors seit den 1970er Jahren stellte sich die Zusammenarbeit von Umwelt- und Gesundheitssektor in vielen Ländern nicht einheitlich positiv dar, so dass gegen Ende der 1980er Jahre die erste Europäische Ministerkonferenz Umwelt und Gesundheit sich u.a. dem Ziel widmete, diese Nahtstelle konstruktiv zu entwickeln. Die zweite dieser Ministerkonferenzen legte einen Europäischen **Aktionsplan Umwelt und Gesundheit** auf, welcher die Länder auffordert, entsprechende nationale Aktionspläne aufzustellen und durchzuführen (Kap. 1.3). Im Sinne der oben getroffenen Unterscheidung liegt

hier die zweite Form integrierter Programme vor, wo der Gesundheitssektor gemeinsam mit anderen Sektoren ein entsprechendes Programm auflegt.

Als Beispiele der dritten Form, bei denen die Initiative von anderen Sektoren ausgeht, seien die Programme „Soziale Stadt“ und „Agenda 21“ erwähnt. Das Bund-Länder-Programm **„Stadtteile mit besonderem Erneuerungsbedarf – die Soziale Stadt“** besteht – als Ergänzung der Städtebauförderung – seit 1999; es umfasst gegenwärtig 300 Gebiete in 214 Städten und Gemeinden und wurde mit erheblichen Finanzmitteln ausgestattet (Kap. 1.4). Hier ist Gesundheit nur eines unter zahlreichen Themen; dies gilt auch für die unter der Überschrift **„Agenda 21“** auf der Rio-Konferenz 1992 gestarteten Bemühungen. Wesentlich breiter als alle anderen genannten Programme angelegt, wird hier das Konzept gesellschaftlicher Nachhaltigkeit in einer Trias von ökologischer, ökonomischer und sozialer Dimension betrachtet. Besondere Bedeutung kommt dabei den Städten, Kreisen und Gemeinden zu, die sich durch Aufstellung und Umsetzung ihrer jeweils eigenen „Lokalen Agenda 21“ an dem Gesamtprozess beteiligen sollen (Kap. 1.2). Ohne Vertiefung erwähnt seien Kampagne und Projekt „European Sustainable Cities“ (URL 1) sowie „EcoCities“ (URL 2) als weitere Ansätze integrierter Programme im europäischen Rahmen, allerdings mit deutlich geringeren Gesundheitsbezügen.

Strukturmodelle, Lebensbereiche, Public Health-Aufgabentrias

Wie in der fachlichen Einführung angedeutet sind Strukturmodelle und Lebensbereiche zentral wichtige Konzepte für eine theoretische Durchdringung und für langfristig erfolgreiche Praxis, besonders in integrierten Programmen mit der dort herrschenden Interdisziplinarität sowie Vielzahl und Heterogenität beteiligter Gruppen. Hier haben Strukturmodelle die Funktion, für gemeinsame Orientierung zu sorgen, Informationen zu bündeln, sowie das Potenzial für Missverständnisse und Beliebigkeiten zu mindern. Wie in Kap. 1.5 näher ausgeführt wird, sind die Konsequenzen getroffener Modellentscheidungen weitreichend und verdienen eine sorgfältige Betrachtung. Das Kapitel führt in die

Begrifflichkeit ein, gibt Beispiele aus dem Umwelt- und dem Gesundheitssektor, benennt Gliederungs- und Qualitätskriterien und stellt wichtige Modelle synoptisch gegenüber. Dasselbe Kapitel stellt das handlungsorientierte Konzept von „Lebensbereichen“ dar, wobei ausgewählte Lebensbereiche anhand eines Strukturmodells charakterisiert werden. Die theoretischen Arbeiten zu Strukturmodellen und Lebensbereichen sind noch in einer frühen Phase, wie der streckenweise noch etwas „holrigen“ Darstellung sicherlich anzumerken ist. Dennoch sollte die Lektüre auch dieses Kapitels lohnen, welches Informationen zu einem bisher wenig beachteten Thema zusammenträgt.

Bereits viel stärker entwickelt ist die Anwendung der Public health-Aufgabentrias auf das Themenfeld Umwelt und Gesundheit im Sinne ökologischer Prävention und Gesundheitsförderung. Kapitel 1.6 gibt einen Überblick über die drei Komponenten Analyse, Strategieentwicklung und Umsetzung mit Evaluation; wie erwähnt liegt diese Dreigliederung ja dem vorliegenden Werk insgesamt zugrunde.

Literatur

- WHO / Weltgesundheitsorganisation (1998): *Gesundheit 21: Eine Einführung zum Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“* für die Europäische Region der WHO. Europäische Schriftenreihe „Gesundheit für alle“ Nr. 5, WHO-Regionalbüro für Europa, Kopenhagen, DK. www.euro.who.int/document/EHFA5-G.pdf, Zugriff: 12.9.2004.
- WHO et al. / World Health Organization, Health and Welfare Canada, Canadian Public Health Association (1986): *Ottawa charter for health promotion*. Ottawa, Ontario, Canada. www.who.dk/AboutWHO/Policy/20010827_2, Zugriff: 12.9.2004.
- WHO-Europa / Weltgesundheitsorganisation, Regionalbüro für Europa (1990): *Umwelt und Gesundheit. Europäische Charta mit Kommentar*. Regionale Veröffentlichungen der WHO, Europäische Schriftenreihe Nr. 35. Kopenhagen, DK. Englische Fassung: http://whqlibdoc.who.int/euro/-1993/ICP-RUD_113.pdf, Zugriff: 11.9.2004.

URL 1: www.sustainable-cities.org/, Zugriff: 12.9.2004.

URL 2: www.ecocityprojects.net/, Zugriff: 12.9.2004.

Endnoten

¹ Alternativ kann man, um die Erwartungen an erfolgreiche Integration nicht zu hoch zu setzen, auch von „integrieren-

den“ oder „integrativen“ Programmen sprechen.

²Übrigens verweist eine Fußnote des Kommentares am Beispiel des Abschnittes „Rechte und Pflichten“ auf die nicht unbedeutende Problematik, die häufig mit der Übersetzung programmatischer Dokumente verbunden ist: „Anm. des Übersetzers: Der Übersetzer folgt hier rein formalistisch dem englischen Gebrauch von ‚entitlement‘ und ‚right‘, bezweifelt aber eine genaue Entsprechung der deutschen Begriffe ‚Anspruch‘ und ‚Recht‘ im vorliegenden Text“ (a.a.O., p.33).

1.1 Gesunde Städte und ähnliche Settings-Ansätze: Gesundheit und Lebensqualität durch Verknüpfung kommunaler Fachpolitiken

Klaus-Peter Stender, Hermann Neus

Die Zunahme der Lebenserwartung und die Verbesserung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung sind in erster Linie auf die Verbesserung der Lebensbedingungen zurückzuführen und nicht auf den „medizinischen Fortschritt“. In seinen richtungsweisenden Arbeiten über die Entwicklung der Gesundheit im 19. Jahrhundert hat McKeown (1982) nachgewiesen, dass politische und soziale Reformen die wesentlichen Erfolge der Gesundheitsentwicklung begründet haben. Hierzu gehören u.a. die Einführung der allgemeinen Schulpflicht; das insgesamt verbesserte Nahrungsangebot; Verbesserungen der Wohn- und Arbeitsbedingungen; die Einführung gezielter Maßnahmen des öffentlichen Gesundheitsdienstes (in diesen Zusammenhang gehören auch die Anti-Alkoholkampagnen der Arbeiterbewegung); Initiativen zur Familienplanung und zunehmend auch die wachsenden Rechte spezifischer Bevölkerungsgruppen wie z. B. der Frauen, Arbeiter und Kinder.

Diese Erkenntnis ist nicht grundsätzlich neu, wie sich an historischen Beispielen zeigen lässt. So hielt Rudolf Virchow im Rückblick auf die Flecktyphusepidemie Mitte des 19. Jahrhunderts in Oberschlesien „Bildung mit ihren Töchtern Freiheit und Wohlstand“ für die erforderlichen

Präventionsstrategien, um die Verbreitung dieser Infektionskrankheit zukünftig zu verhindern. In dem Bericht „Die Gesundheitsverhältnisse Hamburgs im 19. Jahrhundert“ wurde bereits 1901 anschaulich beschrieben, dass eine Stadt nicht deshalb als gesund zu bezeichnen ist, weil „von 1.000 Einwohnern nur 15-17 sterben“, sondern eine gesunde Stadt müsse insbesondere für die große Anzahl der Überlebenden sorgen, damit diese sich wohl fühlen und Lebensfreude empfinden (Gesundheitsverhältnisse 1901).

Bereits in diesem frühen Bericht kommt ein Gesundheitsverständnis zum Ausdruck, das dem modernen Begriffsverständnis entspricht. Die Weltgesundheitsorganisation hat Gesundheit als körperliches, geistiges und soziales Wohlbefinden definiert. Entsprechend dieser ganzheitlichen Definition von Gesundheit müssen auch die Umsetzungsstrategien umfassend und integrierend ausgerichtet sein. Gesundheit wird zwar auch im Gesundheitssektor gefördert, unstrittig ist aber, dass andere Politikbereiche weit mehr Einflussmöglichkeiten haben: Die Förderung eines gesundheitsbewussten Lebensstils durch Vermittlung von Gesundheitswissen und -kompetenz ist auch eine Aufgabe des Bildungsbereichs, die Entwicklung gesundheitsgerechter Rahmenbedingungen auch eine Aufgabe des Umwelt-, Sozial- und Stadtentwicklungssektors.

In jüngerer Zeit haben diese Zusammenhänge zur Entwicklung des Konzeptes der Gesundheitsförderung geführt. Nach der von der WHO initiierten und 1986 verabschiedeten Ottawa-Charta zielt Gesundheitsförderung auf einen Prozess ab, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Die Verantwortung für Gesundheitsförderung liegt nicht nur beim Gesundheitssektor, sondern bei allen Politikbereichen. Gesundheitsförderung zielt über die Entwicklung gesünder Lebensweisen hinaus auf die Förderung von umfassendem Wohlbefinden. Die Vernetzung der unterschiedlichen gesellschaftlichen Akteure, die Entwicklung einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik, die Schaffung gesundheitsförderlicher Lebenswelten, gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen sowie die Entwicklung persön-

Box 1.1-1: Internationale und nationale Meilensteine: Gesundheitsförderung, Stadtentwicklung und Umwelt, 1984 - 2004

1984	Strategieprogramm der Weltgesundheitsorganisation (WHO) "Gesundheit für alle"
1986	Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung
1988	Gründung des internationalen Netzwerkes der Gesunden Städte durch die WHO
1989	Gründung des bundesdeutschen Gesunde Städte Netzwerkes in Frankfurt/M.
1989	Erste Europäische Konferenz "Umwelt und Gesundheit" in Frankfurt/M.
1992	Konferenz von Rio de Janeiro "Umwelt und Entwicklung"
1994	Charta der Europäischen Städte und Gemeinden auf dem Weg zur Zukunftsbeständigkeit, Aalborg
1994	Zweite Europäische Konferenz "Umwelt und Gesundheit" in Helsinki; Verpflichtung der teilnehmenden Mitgliedsstaaten, bis 1997 Nationale Aktionspläne Umwelt und Gesundheit zu erarbeiten
1996	Die Ministerkonferenz der ARGEBAU beschließt in Potsdam die Bund-Länder-Gemeinschaftsinitiative "Soziale Stadt"
1998	Nachhaltige Stadt – Athener Erklärung für Gesunde Städte
1998	Gesundheit21, Rahmenkonzept "Gesundheit für alle" für die Europäische Region der WHO
1999	Dritte Europäische Konferenz "Umwelt und Gesundheit" in London
1999	Veröffentlichung des "Aktionsprogramms Umwelt und Gesundheit (APUG)" durch die Bundesministerien für Gesundheit und für Umwelt
2002	Konstituierung des Deutschen Forums Prävention und Gesundheitsförderung in Berlin
2004	Vierte Europäische Konferenz "Umwelt und Gesundheit" in Budapest

licher Kompetenzen bilden Kernelemente des Gesundheitsförderungskonzeptes. Box 1.1-1 stellt Meilensteine der bisherigen Entwicklung zusammen.

1.1.1 Gesundheitsförderung im kommunalen Umfeld

Die Bedingungen für Lebensqualität und Gesundheitsförderung werden entscheidend vom unmittelbaren Lebensumfeld der Bürgerinnen und Bürger beeinflusst. Zur Umsetzung der Gesundheitsförderung wurde daher im Jahre 1988 von der WHO das internationale Gesunde Städte-Netzwerk gegründet. Bevor darauf eingegangen wird, sollen zunächst in einer problemorientierten Darstellung die Bedeutung des kommunalen Umfelds für die Gesundheitsförderung illustriert und die Rahmenbedingungen kommunaler Gesundheitsförderung kommentiert werden.

Städte sind aus zahlreichen Gründen geeignete Strukturen, um die in der Ottawa-Charta formulierten Ziele der Gesundheitsförderung zu erreichen. Die Stadt ist zentraler Lebensraum

für eine bedeutende Zahl von Menschen (URL 1): Etwa 31% der Deutschen leben in Großstädten von mehr als 100.000 Einwohnern (über 25 Mio BürgerInnen), 52% leben in Gemeinden von 5.000 bis 100.000 Einwohnern (über 40 Mio BürgerInnen). Dieser Prozentsatz wächst, weil zahlreiche Menschen aus Großstädten in umgebende Kommunen der Metropolregionen ziehen. Nur 17% leben in Gemeinden bis zu 5.000 Einwohnern (ca. 14 Mio BürgerInnen), also im ländlich geprägten Raum. Außerdem sind Städte identitätsstiftender Nahraum für Quartiere und eine Vielzahl von Institutionen; städtische Settings wie Stadtteile, Schulen, Kindertagesstätten, Betriebe, Krankenhäuser sind geeignete und bewährte Ansatzpunkte für gesundheitsfördernde Initiativen.

Auch hat kommunales Handeln einen wesentlichen Einfluss auf die Lebensumwelt der Bürgerinnen und Bürger und damit auf deren Gesundheit: Sport- und Bewegungsaktivitäten haben nachweisbar einen gesundheitsfördernden Einfluss und steigern Lebensqualität (URL 2); Gesundheit ist ungleich verteilt: Wer sozial benachteiligt ist, lebt in benachteiligten Stadtgebieten, verhält sich gesundheitsriskanter, ist verstärkt von Gesundheitsproblemen betroffen und stirbt früher; ein tragfähiges Netz sozialer

Beziehungen fördert Gesundheit und erleichtert das Leben mit Krankheiten.

Hieraus lassen sich wichtige gesundheitsbezogene Aufgaben für Kommunen ableiten: Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit, z.B. gesundheitsfördernde Aktivitäten in benachteiligten Stadtgebieten; Förderung der Gesundheitskompetenzen u.a. in Schulen, Kindertagesstätten, Volkshochschulen; Entwicklung geeigneter Rahmenbedingungen für eine gesundheitsverträgliche und -förderliche Umwelt, Stärkung von Gesundheit in kommunalen Entscheidungsprozessen; Unterstützung von Selbsthilfeförderung, Bürgerengagement, Nachbarschaftshilfe und sozialen Netzwerken. Schließlich weisen Städte nach wie vor Gestaltungsspielräume auf: In Städten werden die örtlichen Angelegenheiten selbst geregelt und organisiert. In Artikel 28 (2) des Grundgesetzes heißt es: „Den Gemeinden muss das Recht gewährleistet sein, alle Angelegenheiten der örtlichen Gemeinschaft im Rahmen der Gesetze in eigener Verantwortung zu regeln.“

Die Einsicht in die Bedeutung der kommunalen Ebene für die Gesundheit ist nicht grundsätzlich neu. So wird beispielsweise in dem 1957 erschienenen „Handbuch für gesundheitlichen Städtebau: Medizin und Städtebau“ eine gesundheitsgerechte Stadtentwicklung eingefordert, die auch Ansprüche an eine intersektorale Politik stellt (Vogler & Kühn 1957): Der Kerngedanke besagt, dass an alle Dinge und Verhältnisse der Stadt der Maßstab des Menschlichen anzulegen ist. Für diese Stadtentwicklung „vom Menschen her“ werden z.B. folgende Forderungen aufgestellt:

- für jede Wohnung soll eine Mindestzeit der Sonnenbestrahlung festgesetzt werden,
- jedes Wohnviertel soll mit ausreichenden Grünflächen versorgt werden, die eine unmittelbare Verbindung mit der Wohnung haben, für Spiel und Sport der Kinder, der jungen Menschen und Erwachsenen,
- der Bau von Wohnhäusern entlang der Hauptverkehrsstraßen soll untersagt werden,
- ungesunde Baublöcke müssen abgerissen und durch Grünflächen ersetzt werden.

Um das Ziel eines „höchstmöglichen Gesundheitszustandes für alle Menschen“ zu erreichen,

wie es in Artikel 1 der WHO-Verfassung heißt, bedarf es also einer Kommunalpolitik, die eine stärkere Gewichtung von Gesundheit in politischen Entscheidungen gewährleistet. Alle kommunalen Planungen und Entscheidungen, welche die gesundheitlichen Belange der Bevölkerung berühren können, sollten unter diesem Gesichtspunkt geprüft und bewertet werden.

McKeowns These (McKeown 1982) besagt, dass Gesundheit ein eigenständiges Konzept, ein gesellschaftlicher Begriff und eine gesellschaftliche Aufgabe ist. Dass sich diese Sichtweise bisher nicht stärker verbreitet hat, mag zum einen an der wirtschaftlichen Bedeutung des kurativen Sektors liegen. Außerdem gibt es offenkundig seitens der PatientInnen ein erhebliches Bedürfnis, ÄrztInnen die zentrale Rolle der „Produzenten von Gesundheit“ zu übertragen. Demgegenüber ist eine auf Gesundheit ausgerichtete Kommunalpolitik weniger „marktgängig“ und zumindest auf den ersten Blick auch ökonomisch weniger profitabel. Vor diesem Hintergrund ist die Bereitschaft anderer Sektoren, Verantwortung für Gesundheit und Gesundheitsförderung zu übernehmen, deutlich gesunken, zumal in Zeiten knapper Ressourcen. Damit fallen aber zentrale Akteure für die Förderung der Gesundheit aus. Die Herausforderung besteht also darin, die für Bildung, Stadtentwicklung, Umwelt, Soziales und Arbeit zuständigen Sektoren dafür zu gewinnen, ihren Aufgaben und ihrer Verantwortung für die Gesundheit konsequent nachzukommen.

Dabei können gute Argumente ins Feld geführt werden, denn die komplexen gesellschaftlichen Herausforderungen an Aktivität und Flexibilität setzen ein hohes Maß an Gesundheit voraus. Leistungsfähigkeit im Berufsleben oder in der Ausbildung, freiwilliges Engagement in Sportvereinen, Parteien, Gewerkschaften oder im Stadtteil, Gründung und Gestaltung einer Familie, Einklang von Berufstätigkeit und Kindererziehung sind auch geknüpft an ein möglichst gesundes Leben. Gesundheit fördert Lebenschancen, Zufriedenheit und Produktivität von Bürgerinnen und Bürgern.

Gesundheitsförderung als politische Aufgabe ist auch eine Investition in Gerechtigkeit, Fairness und Stabilität einer Gesellschaft, wenn sie dazu beiträgt, dass von dem Ziel der Ver-



Abbildung 1.1-1: Gesunde-Städte-Netzwerk Deutschland. Kompetenzzentren sind unterstrichen. Stand: März 2004

längerung eines gesunden aktiven Lebens auch benachteiligte Bevölkerungsgruppen profitieren (Kickbusch 2000). Damit ist Gesundheit ein Faktor, der Lebensqualität ebenso befördert wie er die Standortqualität von Kommunen unterstützt. Deshalb müssen alle Behörden, Ämter, Institutionen und freien Träger, letztlich also die ganze Stadt an der Gesundheitsförderung interessiert sein bzw. für dieses Ziel interessiert werden.

Trotz schwieriger Rahmenbedingungen zeichnet sich eine grundsätzliche Umorientierung hin zu einem Präventionsprinzip, zu einer Stärkung der Prävention und Gesundheitsförderung und generell zu einer vorsorgenden Kommunalpolitik ab. Diese Entwicklung wurde maßgeblich unterstützt durch die Gesunde Städte-Netzwerke (Stender 2002).

Box 1.1-2: Gesunde Städte-Symposien, -Preise und -Kompetenzzentren, 1990-2003

Gesunde Städte-Symposien

- "Bürgerbeteiligung", Nürnberg, Oktober 1990
- "Investition in die Zukunft", Dresden, Juni 1991
- "Chancengleichheit", Köln, November 1993
- "Gesundheit - Landschaftsschutz - Stadtentwicklung", Lünen, Kreis Unna, September 1996
- "Für immer gesund?!" (Gesundheitsförderungsbilanz der letzten 10 Jahre), München, Oktober 1998
- "Gesundheit für alle – eine Herausforderung (nicht nur) für Gesunde Städte", Köln, November 1999
- "Standortfaktor Gesundheit", Osnabrück, Juni 2000
- "Gesundheit, Stadtentwicklung, Umwelt: Netzwerke für Lebensqualität", Berlin, Mai 2001
- "Gesundheit lebenslang – finanzierbar?!", Münster, Juni 2003.

Gesunde Städte-Preise

- Erstmals Verleihung des Gesunde Städte-Preises: "*Gesundheit und soziale Lage*" in Köln an fünf gleichgewichtete Preisträger: Frankfurt/M., Halle, Hamburg, Köln, Marzahn in Berlin, November 1999
- Verleihung des Gesunde Städte-Preises 2000: "*Gesunde Städte / Gesundheit und Agenda 21*" in Osnabrück an drei gleichgewichtete Preisträger: Kreuzberg in Berlin, München, Rostock sowie Vergabe eines Sonderpreises an Heidelberg, Juni 2000
- Verleihung des Gesunde Städte-Preises 2001: "*Erfolgversprechende Organisationsmodelle einer gesundheitsfördernden, vorbeugenden, kooperativen Stadtpolitik*" in Berlin an zwei gleichgewichtete Preisträger: München und Münster, Mai 2001
- Verleihung des Gesunde Städte-Preises 2003: "*Vorbildliche und erfolgversprechende Beispiele der Förderung von Selbsthilfe, freiwilligem Engagement, Patientenunterstützung und Bürgerbeteiligung*" in Münster an drei gleichgewichtete Preisträger: Chemnitz, Herne, Viernheim, Juni 2003.

Gesunde Städte-Kompetenzzentren

- Gesundheitlicher Verbraucherschutz, Kreis Unna
- Gesundheitsförderung und Gesundheitsberichterstattung im Kindes- und Jugendalter, Kreis Neuss
- Kinder- und Jugendgesundheit, Stuttgart
- Kommunale Gesundheitskonferenzen, Herne
- Kommunales Gesundheitsmanagement, Kreis Unna
- Migration und Gesundheit, Friedrichshain-Kreuzberg von Berlin
- Migration und öffentliche Gesundheit, Frankfurt/M.
- Stadtteilbezogene, bürgerorientierte Stadtentwicklung, Halle a. d. Saale
- Gesundheitshäuser, Münster.

1.1.2 Gesunde Städte: Kommunale Kompetenzen für die Gesundheit

Mit ausdrücklichem Bezug auf die Ottawa-Charta hat die WHO im Jahre 1988 das internationale Gesunde Städte-Netzwerk begründet. Nach dem Begriffsverständnis der WHO ist eine „Gesunde Stadt“ – unabhängig vom tatsächlichen Gesundheitsstatus ihrer BewohnerInnen – dadurch gekennzeichnet, dass sie eine Selbstverpflich-

tung zur Stärkung der Gesundheit eingeht und Prozesse und Strukturen entwickelt, mit denen die Ziele der Gesundheitsförderung in systematischer Weise verfolgt werden. Dies beinhaltet den Aufbau geeigneter Organisationsstrukturen, die Selbstverpflichtung zur Entwicklung von auf breiter Ebene getragenen Leitbildern, Gesundheitsplänen und spezifischen Projekten sowie den Aufbau formeller und informeller Kooperationsstrukturen und Netzwerke. Die konzeptionelle Weiterentwicklung wird in Projektphasen von jeweils 5 Jahren Dauer vorangetrieben. In jeder Projektphase werden dabei unter Einbe-

ziehung von bis zu 50 Städten spezifische Ziele und Ergebnisse verfolgt (URL 3).

Die zentrale Herausforderung der Gesunden Städte heißt: Wie gestalten wir Städte nachhaltig zu Orten der Gesundheit und der Lebensqualität (Trojan & Legewie 2001) – oder in Formulierung der WHO: Die Gesundheit der BürgerInnen muss auf die politische Tagesordnung der Kommunen, und Kommunen müssen Gesundheit im Sinne „vorsorgender Kommunalpolitik“ in ihre Zielkataloge aufnehmen. Eine Stärke der Gesundheitsförderung liegt in ihrem interdisziplinären und intersektoralen Wesen. Für jede Strategie der Gesundheitsförderung ist es unentbehrlich, dass die Öffentlichkeit, Fachleute und Politiker kommunalpolitische Planungen und Entscheidungen auch unter dem Blickwinkel der Förderung von Gesundheit zu betrachten und abzuschätzen lernen.

In Ergänzung zu dieser internationalen Entwicklung haben sich anschließend auch auf nationaler Ebene Gesunde Städte-Netzwerke gebildet. Das Netzwerk der Bundesrepublik Deutschland wurde 1989 in Frankfurt am Main ins Leben gerufen. Derzeit sind 58 Städte Mitglied dieses Netzwerks (s. Abbildung 1.1-1). Die Mitgliedschaft in dem Gesunde Städte-Netzwerk der Bundesrepublik Deutschland ist an bestimmte Kriterien gebunden, die an das WHO-Konzept angelehnt sind. Dies beinhaltet u.a. eine formelle Zustimmung zu der Gesunde Städte-Konzeption durch den Rat der Stadt, die Benennung einer verantwortlichen Person, die Entwicklung und Stärkung intersektoraler Kooperationsstrukturen und die Schaffung geeigneter Unterstützungs- und Koordinierungsstrukturen für die Beteiligung von Bürgerinnen und Bürgern an der Gestaltung der Lebens- und Umweltbedingungen (URL 4).

Das Gesunde Städte-Netzwerk hat die Funktion, ein Forum für den gegenseitigen Informations- und Erfahrungsaustausch zwischen den Mitgliedstädten zu bilden und zur Weiterentwicklung der Gesunde Städte-Konzeption beizutragen. Hierzu werden seit 1990 in regelmäßigen Abständen internationale Symposien durchgeführt und seit 1999 Gesunde Städte-Preise vergeben (Mielck, Abel, Heinemann et al. 2002); darüber hinaus wurden im Jahre 2002 Kompetenzzentren begründet, die sich in beson-

derer Weise auf wichtige Themenfelder spezialisiert haben und andere Mitgliedsstädte beraten können (Box 1.1-2).

Die Kompetenzen der Gesunden Städte bei der Umsetzung kommunaler Gesundheitsförderung sind inzwischen bundesweit anerkannt. Diese Akzeptanz fußt auch auf dem vielfältig erprobten Gesunde Städte-Handlungskonzept:

- Auf der Grundlage kommunalpolitischer Unterstützungen wird die gesundheitliche Lage u. a. durch Gesundheitsberichterstattung beschrieben, bewertet, öffentlich kommuniziert und in politische Planungen einbezogen,
- gesundheitsbezogene Problemfelder werden definiert,
- auf kommunalen Gesundheitskonferenzen werden diese Problemfelder diskutiert und gemeinsam kommunale Gesundheitsziele vereinbart,
- ein kommunales Gesundheits-Aktions-Programm wird – aufsetzend auf die jeweiligen Ressourcen und Kompetenzen – gemeinsam entwickelt, konkret umgesetzt und auf seine Wirkungen überprüft,
- der gesamte Prozess wird von einer breiten und intensiven Information, Kommunikation und Zusammenarbeit mit Politik, Verwaltung und (Fach-)Öffentlichkeit unterstützt.

1.1.3 Praktische Erfahrungen

Die kommunale Gesundheitsförderung hat sich nachweisbar vor allem in denjenigen Städten zielführend entwickelt, in denen Kommunalpolitikerinnen und -politiker für dieses Konzept erkennbar eintreten und fach- und kooperationskompetente MitarbeiterInnen diese Unterstützung zu nutzen wissen (Stender 2001). Dabei hat das Thema Gesundheit anderen Aufgaben gegenüber einen gewichtigen Vorteil: Gesundheit interessiert über den Gesundheitsbereich hinaus alle Personen, die diesem Thema eine persönliche Wertigkeit zuschreiben. Gesundheit wird als eine sinnvolle Aufgabe erlebt. Für dieses Ziel sind viele Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aufgeschlossen und bereit mitzuarbeiten. Damit wächst die Möglichkeit, ein intersektorales Kooperationsnetz aufzubauen. Dass sich

beispielsweise Oberbürgermeister und Bürgermeister oder auch Stadtentwicklungs- und Umweldezernenten von Gesunden Städten mit dem Thema Gesundheit deutlich identifizieren, ist u.a. auf dieses Phänomen zurückzuführen.

Die Bereitschaft, an ressortübergreifenden Fortbildungen, Workshops oder Tagungen teilzunehmen, ist bei diesem Thema vorhanden. Damit wird eine scheinbar triviale Voraussetzung für das Gelingen von Kooperationsprozessen angebahnt: Die Akteure müssen sich kennen lernen – und sie müssen wissen, wie sie sich wechselseitig bei der Verfolgung ihrer fachlichen Ziele unterstützen können. Die möglichst frühzeitige und umfassende Zusammenführung des Sachverständes bei Planungsprozessen wird in einigen Gesunden Städten bereits seit längerem erprobt. Dabei ist ein recht einfaches Instrument erfolversprechend, nämlich routinemäßige ressortübergreifende Dienstbesprechungen. Auf diesen „Planungskonferenzen“ teilen sich die beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter relevante Planungen gegenseitig mit und stimmen sich darüber ab, welche Beiträge die jeweils anderen Bereiche sinnvoll im Planungsprozess leisten können. Dieses Instrument funktioniert dort, wo sowohl ein politischer Wille als auch die Motivation der Beteiligten vorliegen.

Das Ziel: Gesunde, soziale Stadt

Eine sinnvolle Förderung und beständige Verbesserung der Zusammenarbeit verschiedener Fachpolitiken setzt die Transparenz und Aktivierung der vorhandenen personellen und sächlichen Ressourcen und die Vereinbarung lokaler, sektorübergreifender Ziele voraus. Ein Beispiel, das zur Zeit in Hamburg unter dem Titel „Kooperationsprojekt Gesunde, soziale Stadt Hamburg“ gestartet wird, ist das Ziel der „Verbesserung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen“, welches durch die Förderung umfassender Ernährungs- und Bewegungsansätze angesteuert wird. Dieses Ziel wurde auf der Grundlage von Problemdefinitionen der Hamburgischen Landesgesundheitsberichterstattung definiert. Als wichtige Arbeitspartner sind daran sowohl Akteure der Sozialen Stadtteilentwicklung wie auch der Gesunden Stadt beteiligt. Die Umwelt- und Gesundheitsbehörde arbeitet in diesem Kooperationsprojekt mit

der Bau- und Verkehrsbehörde, der Bildungs- und Sportbehörde, dem Öffentlichen Gesundheitsdienst sowie der Hamburgischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung zusammen. Die BürgerInnen sollen persönliche Entwicklungschancen, gesunde Ernährung und aktives Bewegungsverhalten als gesundheitsfördernde Strategien erfahren (Förderung von Gesundheitskompetenzen) wie auch wohnortnah bessere Bedingungen vorfinden, dieses Wissen umzusetzen (Entwicklung gesundheitsfördernder Rahmenbedingungen). Die Konzeption reicht deshalb von der Verbesserung der Angebote für eine gesunde Ernährung in Schulen und Kindergärten und der besseren Erreichbarkeit gesunder Lebensmittel über verstärkte offene Bewegungsangebote durch Sportvereine bis zum Ausbau von Bewegungs- und Spielflächen im Stadtteil. Die Umsetzung dieser Aktivitäten wird durch einen zielgerichteten Einsatz der Ressourcen der zentralen Akteure angestrebt.

Das Ziel: Gesunder Kreis

Der Kreis Unna hat im Rahmen seiner Kreisgesundheitskonferenz am 13.11.2002 in Anlehnung an das WHO-Programm Gesundheit 21 (WHO-Europa 1999) dreizehn Gesundheitsziele für den Kreis verabschiedet (Kreis Unna 2003). Auch diese Ziele wurden auf der Grundlage von Ergebnissen der Kreis-Gesundheitsberichterstattung erarbeitet. Die Mitglieder der Kreisgesundheitskonferenz haben sich dabei u.a. auf folgendes Ziel verpflichtet: „Bis zum Jahr 2025 sollten die Menschen im Kreis Unna bessere Möglichkeiten haben, zu Hause, im Kindergarten und in der Schule, am Arbeitsplatz und in ihrer Gemeinde in einem gesunden natürlichen und sozialen Umfeld zu leben.“ Dieses Ziel lässt sich erreichen, so heißt es weiter, „wenn die Idee der Gesunden Stadt unter der Beteiligung von Partnern aus dem Bereich der Gesundheit, der Umwelt, der Wirtschaft, der Ökologie, der Bildung, der Städteplanung und der Kommunalpolitik gefördert und unterstützt wird.“ Trotz des sehr weit gesteckten Zeitraums wurden mit dieser Selbstverpflichtung wichtige Voraussetzungen dafür geschaffen, die Kooperation der Fachpolitiken im Kreis Unna nachhaltig und konkret zu verbessern.

Landesrahmenprogramm Gesunde Stadt Hamburg

Mit diesem im Jahre 2002 gestarteten Entwicklungsprojekt soll Gesundheitsförderung als Aufgabe Hamburger Behörden und Ämter verdeutlicht und verstärkt werden. Je mehr Behörden und Ämter ihre Mitverantwortung für die Entwicklung von Rahmenbedingungen für Gesundheit erkennen und dauerhaft wahrnehmen, so die Philosophie, desto stärker wachsen Möglichkeiten für BürgerInnen, gesund zu bleiben und ihre Gesundheit zu fördern. Das Landesrahmenprogramm „Gesunde Stadt Hamburg“ verfolgt im wesentlichen vier Ziele:

- Gesundheitsfördernde und präventive Kompetenzen, Ansätze, Aktivitäten und Projekte im Rahmen Hamburger Behörden werden erhoben und veröffentlicht.
- MitarbeiterInnen werden motiviert und unterstützt, gesundheitsfördernde Themen verstärkt aufzugreifen bzw. gesundheitsfördernde und präventive Maßnahmen besser zu verknüpfen (Synergieentwicklung) und deren Qualität nachhaltig zu verbessern.
- Behörden und Ämter berücksichtigen bei Entscheidungen und Planungen zunehmend auch Auswirkungen auf Gesundheit.
- Ein Aktionsplan „Gesunde Stadt Hamburg“ mit abgestimmten Zielen, Projekten, Umsetzungsstrategien sowie Evaluationen wird erarbeitet.

Im ersten Schritt des von der Behörde für Umwelt und Gesundheit gesteuerten Prozesses wurden von den Fachämtern der Senatsbehörden und den Bezirksämtern Ansprechpersonen für Gesundheitsförderung benannt, mit denen leitfadengestützte Interviews durchgeführt wurden. Das Ziel, in jedem Amt verbindliche Ansprechpartner für Gesundheit zu gewinnen, wird bereits seit längerem in der Gesunden Stadt Lübeck umgesetzt.

Die Ergebnisse der Befragung führen zu der Schlussfolgerung, dass eine Stärkung von Gesundheitsförderung die verbesserte Kommunikation in die Behörden, in die Politik und in die Bevölkerung hinein voraussetzt: Erforderlich sind zielgerichtete Lobbyarbeit („Die Gesundheitsbehörde muss zu einem nachdrücklichen Lobbyisten für Gesundheit werden“),

Marketing („Die Vorteile und gelungenen Beispiele öffentlicher Gesundheit müssen offensiv herausgestellt werden“) sowie Schaffung von Transparenz, damit Ämter besser als bisher von sich aus aktiv werden können (Veröffentlichung von Unterstützungsressourcen, z. B. Forschungsergebnisse, Fachverstand, Finanzierungsquellen, gelungene Beispiele).

Zu den Ressourcen für eine deutlichere Ausrichtung auf Gesundheit gehören Programme, die eine vorsorgende Perspektive in der Kommunalpolitik stärken (Geene, Graubner, Papies-Winkler et al. 2002). Ihnen gemeinsam ist ihr integrativer Charakter, weil für deren Umsetzung viele Beteiligte Verantwortung tragen müssen: Neben dem Gesunde Städte-Projekt sind dies die Agenda 21 (Kap. 1.2), die Aktionsprogramme Umwelt und Gesundheit (Kap. 1.3) sowie die Programme „Soziale Stadt“ (Kap. 1.4). Die Programmgestalter haben zu Recht die Städte und Wohnquartiere als geeignetes Handlungsfeld erkannt. Diese Programme haben weitere Gemeinsamkeiten: Sie setzen auf Kooperation über Ressortgrenzen hinweg, arbeiten in vernetzten Strukturen und bauen auf die Verknüpfung des vielfältigen Sachverständes sowie auf eine gemeinsame Verantwortung für die Aufgabenumsetzung. Aktivierung und Beteiligung von BürgerInnen sind hierbei grundlegende Strategien.

Dass ihre Kommune nicht nur Gesunde Stadt ist, sondern sich auch der Lokalen Agenda 21 angeschlossen hat oder dass ein Quartier durch das Bundesprogramm Soziale Stadt gefördert wird, haben manche Akteure erst zu spätem Zeitpunkt bei konkreter Praxisarbeit erfahren. Das hat einen wesentlichen Grund: Die Aufgaben werden einzelnen Ressorts zugeordnet, zu denen sie vordergründig „gehören“, und werden dann in diesem Ressort bearbeitet. Besonders sinnfällig wird dies bei der Gesunden Stadt, die mehrheitlich Gesundheitsämtern als Aufgabe übertragen wurde. Aber auch die Agenda 21 wurde – obwohl kein Umweltbezug im Namen erkennbar ist – schnell den Umweltämtern zugeteilt, entsprechend das Programm Soziale Stadt den Stadtentwicklungs- oder Bauämtern.

Diese Zuordnung läuft Gefahr, den weitergehenden Ansprüchen nicht gerecht zu werden. Denn diese Querschnittsaufgaben treffen

auf eine Verwaltungspraxis, die aufgrund ihrer sektoralen Organisation bei übergreifenden, ganzheitlichen Ansprüchen auf Probleme stößt. Das Konzept der Querschnittsaufgaben setzt auf Zusammenarbeit über Ressortgrenzen hinweg – ihr Aktionsfeld ist das Gesamtsystem „Kommune“. Die erfolgversprechende und nachhaltige Umsetzung integrierender Handlungsansätze wie der kommunalen Gesundheitsförderung ist abhängig von kommunalen Zielsetzungsprozessen sowie von der Existenz und Funktionsfähigkeit steuernder und vernetzender Infrastrukturen. Fehlen derartige Strukturen oder sind sie nicht ausreichend arbeitsfähig, arbeiten solche Programme häufig unverbunden nebeneinander her. Damit gehen wertvolle Synergiechancen verloren.

1.1.4 Perspektiven

Verschiedene Entwicklungen tragen dazu bei, dass eine grundsätzliche Umorientierung hin zu einer Stärkung der Prävention und Gesundheitsförderung und generell zu einer vorsorgenden Kommunalpolitik möglich wird. Neben dem Gesunde Städte-Projekt und anderen integrierten Programmen wird diese Umorientierung unterstützt durch:

- Landes-Gesundheitsdienstgesetze in mittlerweile fast allen Ländern der Bundesrepublik Deutschland, die auch Gesundheitsberichterstattung, Prävention und Gesundheitsförderung als Aufgabe der Kommunen festschreiben,
- die Gründung des Deutschen Forums für Prävention und Gesundheitsförderung im Sommer 2002 durch die Bundesgesundheitsministerin. Dem Deutschen Forum, einer Art nationaler Gesundheitskonferenz, gehören auch die Gesunden Städte Deutschlands an,
- das von der Bundesregierung geplante Präventions- und Gesundheitsförderungsgesetz,
- Aktivitäten der Gesundheitsministerkonferenz (GMK), die ebenfalls eine Stärkung der Prävention und Gesundheitsförderung einfordern,
- das Aktionsprogramm Umwelt und Gesundheit der Bundesministerien für Gesundheit,

Umwelt und Verbraucherschutz,

- die angestrebten engeren Verknüpfungen der Programme Soziale Stadt und Gesunde Stadt.

Um aus diesen günstigen Rahmenbedingungen Nutzen zu ziehen, müssen die Gesunden Städte die Kommunikation mit der Öffentlichkeit erkennbar intensivieren. Die Mitgliederversammlung 2003 der Gesunden Städte in Münster stellte hierfür einen guten Anfang dar: „Qualitätsentwicklung“ und „verbesserte Akzeptanz in der Öffentlichkeit“ stehen als zukünftige Ziele des Netzwerkes auf einer Stufe. Wer den Stellenwert von Gesundheit und Lebensqualität in den Städten verbessern will, muss diese Themen attraktiv und kompetent in Fachöffentlichkeit und allgemeine Öffentlichkeit bringen. Beispiele dafür sind Umwelt- und Gesundheitsmärkte z.B. in Rostock, Gesundheitswochen z.B. in Göttingen, Herne und Köln oder Gesunde Städte-Zeitungen z.B. in Berlin sowie öffentlichkeitswirksame Schwerpunktaktionen, z.B. zu Gesundheit und Verkehr in Heidelberg und Trier oder zu gesundheitsbezogenen Beteiligungsaktivitäten von Kindern in Friedrichshain-Kreuzberg von Berlin und in München.

Darüber hinaus müssen die für die Entwicklung und für die Ziele kommunaler Gesundheitsförderung in den letzten Jahren als richtungsweisend anerkannten Strukturen und vernetzenden Instanzen konsequent gestärkt werden. Zu diesen Aktivitäten und Einrichtungen gehören kommunale Gesundheitskonferenzen, wie sie in fast jeder Gesunden Stadt bestehen, vor allem in den Kommunen, bei denen – wie in NRW – ein Landesgesundheitsgesetz die Einrichtung erwartet, vorbildlich z.B. in Herne; Gesundheitshäuser z.B. Kreis Unna, Münster, Gelsenkirchen und Hamburg; kleine Vernetzungs- und Beteiligungsbüros (z.B. Gesunde Städte-Büros, Projekt Gesundheitsförderung in Göttingen, Münchner Aktionswerkstatt Gesundheit (MAG's), Vernetzte Dienste in Hannover, Servicestelle für BürgerInnen-Beteiligung in Frankfurt); ämterübergreifende Ansätze (z.B. gesundheitsfördernde Aktivitäten in Kindertagesstätten und Schulen durch den Verein Gesunde Stadt Stuttgart, Kooperation von u. a. Jugend-, Schul-, Gesundheits-, Sportamt; Aktivitäten zur

Förderung der Kinder- und Jugendgesundheit im Kreis Neuss) oder Aktivitäten zur Förderung der Gesundheitsverträglichkeit wie z.B. abgestimmte Prüfverfahren zur kinderfreundlichen Stadtplanung in Rostock.

Diese Infrastrukturen und Aktivitäten organisieren den Brückenschlag zwischen den verschiedenen Berufsgruppen, Ressorts und Institutionen und verknüpfen zielgerichtet und systematisch die unterschiedlichen Ressourcen miteinander. Fortschritt und Nachhaltigkeit kommunaler Gesundheitsförderung sind an die Qualität dieser Vernetzungs- und Vermittlungsaktivitäten gebunden.

Literatur

- Geene, R., Graubner, S., Papies-Winkler, I., Stender, K.-P. (Hrsg.) (2002): Gesundheit – Umwelt – Stadtentwicklung. Netzwerke für Lebensqualität. b_books, Berlin.
- Gesundheitsverhältnisse / Die Gesundheitsverhältnisse Hamburgs im 19. Jahrhundert (den ärztlichen Teilnehmern der 73. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte gewidmet von dem Medicinalcollegium) (1901). Verlag von Leopold Voss, Hamburg. Zitiert nach: Trojan, A., Legewie, H. (2001): Nachhaltige Gesundheit und Entwicklung. Leitbilder, Politik und Praxis der Gestaltung gesundheitsförderlicher Umwelt- und Lebensbedingungen. VAS, Frankfurt/M., p.393.
- Kickbusch, I. (2000): Das Soziale ist die beste Medizin. Vortrag auf dem Berliner Kongress „Armut und Gesundheit“. Dezember 2000.
- Kreis Unna (2003): Fachbereich Gesundheit und Verbraucherschutz: Dokumentation 2002. Gesundheitsziele im Kreis Unna und Arbeitsweise der Kreisgesundheitskonferenz. Unna.
- McKeown, T. (1982): Die Bedeutung der Medizin. Suhrkamp Verlag, Frankfurt /M.
- Mielck, A., Abel, M., Heinemann, H., Stender, K.-P. (Hrsg.) (2002): Städte und Gesundheit. Projekte zur Chancengleichheit. Jacobs, Lage.
- Stender, K.-P. (2001): Operation Verwaltung: Gewinn durch kooperatives und integrierendes Handeln? In: Alisch, M. (Hrsg.): Sozial – Gesund – Nachhaltig. Vom Leitbild zu verträglichen Entscheidungen in der Stadt des 21. Jahrhunderts. Leske & Budrich, Opladen, pp.117-130.
- Stender, K.-P. (2002): Das Gesunde Städte Netzwerk Deutschland. In: Gesundheit als Standortfaktor und Querschnittsaufgabe in der Stadt. Dokumentation der Fachtagung des Forums „Gesunde Stadt“ in Brandenburg a. d. Havel, pp.11–15.

Trojan, A., Legewie, H. (2001): Nachhaltige Gesundheit und Entwicklung. Leitbilder, Politik und Praxis der Gestaltung gesundheitsförderlicher Umwelt- und Lebensbedingungen. VAS, Frankfurt/M.

Vogler, P., Kühn, E. (Hrsg.) (1957): Medizin und Städtebau. Ein Handbuch für gesundheitlichen Städtebau. Urban & Schwarzenberg, München.

WHO-Europa / Weltgesundheitsorganisation, Regionalbüro für Europa (1999): Gesundheit21: Das Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ für die Europäische Region der WHO. Europäische Schriftreihe „Gesundheit für alle“, Nr. 6, Kopenhagen, DK.

URL 1: www.destatis.de, Zugriff: 26.7.2004.

URL 2: www.weltgesundheitsstag.de/2002/index.html, Zugriff: 26.7.2004.

URL 3: www.who.dk/healthy-cities/, Zugriff: 26.7.2004.

URL 4: www.gesunde-staedte-netzwerk.de, Zugriff: 26.7.2004.

Vignette 1.1.A Gesundheit und Umwelt – Integration und Zusammenarbeit am Beispiel von München

Reinhard Fuß, Joachim Lorenz

Im Jahre 1998 wurden in München die beiden Referate für Gesundheit und für Umwelt fusioniert, vorwiegend aus Gründen der Kostenminimierung und als politisches Signal in Richtung Bürokratieabbau. Gleichwohl wurden damit Veränderungen eingeleitet, die zu einer organisatorischen und inhaltlichen Neuorientierung in der Vernetzung von Gesundheits- und Umweltthemen gelangten.

Die Landeshauptstadt München hat ca. 1,3 Millionen EinwohnerInnen. In den 11 Referaten (Dezernaten) der Stadt arbeiten 26.000 MitarbeiterInnen (ohne Eigenbetriebe), im Referat für Gesundheit und Umwelt annähernd 1.000; dazu kommen noch 9.000 MitarbeiterInnen in den Betrieben des Krankenhausbereiches. Das derzeitige Volumen des Verwaltungshaushaltes beträgt 156 Millionen €. Die Aufgaben des Referates für Gesundheit und Umwelt lassen sich

für den **Gesundheitsbereich** folgendermaßen zusammenfassen: Trägerschaft Krankenhäuser mit vier Großkrankenhäusern der höchsten Versorgungsstufe, einem Fachkrankenhaus, Institut für Pflegeberufe, Zentralwäscherei; Öffentlicher Gesundheitsdienst (Gesundheitsschutz, Amtsärztliche Gutachten, Schulärztlicher Dienst); Prävention und Gesundheitsförderung; Gesundheitsberatung (z.B. Beratungsstellen für Aids, Krebs, Multiple Sklerose, Epilepsie, für Frauen, MigrantInnen, Schwangere) mit eigenen und finanzierten Angeboten; Suchthilfe und Psychiatrische Hilfe mit eigenen und finanzierten Angeboten; Koordinierung der Gesundheitsversorgung; und Gesundheitsberichterstattung. Die Aufgaben des Referates für Gesundheit und Umwelt im **Umweltbereich** sind: Umweltvorsorge (Energie, Mobilität, Umweltverträglichkeitsprüfung, Innenraumschadstoffe, Biotop- und Artenschutz, Boden- und Wasserschutz); Immissionsschutz; Altlasten, Abfall und Wasserrecht; und Umweltberichterstattung.

Nach der Fusion der beiden Referate Gesundheit und Umwelt gewannen auch die Überlegungen an Aktualität, wie die unterschiedlichen Aufgaben insbesondere die Programme besser aufeinander abgestimmt werden können. Organisatorisch wurde dieses mit einer „Stabsstelle Koordinierung“ gelöst, in der folgende Programme und Aufgaben zusammengeführt wurden: Agenda 21-Prozess, Gesunde Städte-Projekt, Programm Soziale Stadt, Aktionsprogramm Umwelt und Gesundheit (APUG), Koordination der Gesundheits- und Umweltakteure, Finanzierung von Gesundheitsangeboten und Umweltaktivitäten, Bürgerschaftliches Engagement.

Zur Koordination der **Agenda 21-Aktivitäten** wurde im Jahre 1994 ein Agenda 21-Büro im damaligen Umweltschutzreferat eingerichtet. Vier thematische Foren entwickelten eine umfangreiche Liste von Projekten, darunter „Ökoprofit“, das sicherlich bekannteste, welches mittlerweile viele Nachahmende in der Bundesrepublik gewonnen hat. Es wurden regionale und themenspezifische Agenden gegründet. Nach der Fusion beider Referate 1998 wurden eine Agenda 21-Projektförderung mit ca. 180.000 € aufgelegt, ein „Agenda Koordinationsbüro Eine Welt“ bei einem freien Träger gegründet und

finanziert, die Münchner Stadtgespräche als regelmäßig erscheinende Zeitschrift des Agenda 21-Prozesses herausgegeben, die Gründung der „Bürgerstiftung Zukunftsfähiges München“ finanziell und organisatorisch unterstützt, Nachhaltigkeitsindikatoren für die gesamte Stadt entwickelt, ein Arbeitsschwerpunkt zur Förderung regionaler Wirtschaftskreisläufe für ökologische Produkte entwickelt und im Jahre 2002 anlässlich von „Rio + 10“ eine Aktionsmeile organisiert, die über 100.000 BürgerInnen anzog.

Die Stadt München war bis 1992 Teilnehmerin am internationalen Gesunde Städte-Projekt, seitdem ist sie Mitglied im bundesdeutschen **Gesunde Städte-Netzwerk**. Im Auftrag des Referates für Gesundheit und Umwelt und mit finanzieller Unterstützung initiiert und koordiniert die Münchner Aktionswerkstatt Gesundheit (MAG's) vielfältige Gesundheitsförderungsaktivitäten stadtweit und in ausgewählten Stadtteilen. Dabei konzentrieren sich die Aktivitäten der Stadtteilgesundheitsförderung auf besonders benachteiligte Stadtteile vor allem mit den Themen Ernährung, Wohnumfeldgestaltung und neue Medien.

Seit dem Jahr 2001 beteiligt sich die Stadt München am bundesweiten Programm „**Soziale Stadt**“ mit derzeit zwei Regionen, Hasenberg und Milbertshofen. Im Jahr 2004 ist Berg am Laim / Ramersdorf neu hinzugekommen. Federführend ist in München zwar das Planungsreferat, an der „Lenkungsgruppe Soziale Stadt“ nimmt das Referat für Gesundheit und Umwelt jedoch regelmäßig teil. In diesem Programm werden in den sogenannten benachteiligten Gebieten verschiedene Projekte zur sozialen Infrastruktur, Sanierung von Gebäuden und Anlage von Grünflächen sowie Arbeitsprojekte, Umweltmaßnahmen, Gesundheitsförderungsprojekte initiiert und gefördert.

Das bundesweite **Aktionsprogramm Umwelt und Gesundheit** (APUG) wird von der Stadt München aktiv unterstützt. Eine bundesweite Auftaktveranstaltung im November 2001 fand in München unter dem Titel „Kinder-Umwelt und Gesundheit“ statt. In der Folge wurde ein kommunales Aktionsprogramm Umwelt und Gesundheit entwickelt, das den Einsatz geografischer Analysewerkzeuge zur Prüfung und Darstellung der Zusammenhänge von Umwelt- und

Gesundheitsdaten in kleinräumigen Maßstab, die Entwicklung und Umsetzung eines lokalen Umwelt- und Gesundheits-Aktionsplanes mit den Teilen Allergie, Ernährung, Medien und den Aufbau einer kommunalen Strategie zur erfolgreichen Risikokommunikation beinhaltet.

Die Einsetzung von Runden Tischen oder Arbeitskreisen ist häufig das einzige Mittel, mit dem die Kommune die **Gesundheits- und Umweltakteure koordinieren** kann. Dies geschieht immer dann relativ erfolgreich, wenn die Kommune selbst auch Ressourcen zur Verfügung stellt. Derzeit stellt das Referat für Gesundheit und Umwelt ca. 5 Millionen Euro pro Jahr für ca. 200 Einrichtungen und Projekte zur Verfügung. Im Rahmen des „Erweiterten Klimaschutzprogramms“ werden spezielle Maßnahmen zu diesem Thema gefördert. Es werden u.a. folgende Koordinationsgremien vom Referat für Gesundheit und Umwelt geschäftsführend organisiert:

- Seit 1989 besteht der Gesundheitsbeirat (analog zur Gesundheitskonferenz in NRW) mit den Arbeitsgruppen Versorgungskette, Gesundheitsförderung, Sucht, Psychiatrie, Migration und Gesundheit, Frauen und Gesundheit, um die kommunale Gesundheitsversorgung effizienter zu gestalten.
- Die „Arbeitsgemeinschaft Förderung von Selbsthilfe“ (Referat für Gesundheit und Umwelt, Krankenkassen, Selbsthilfezentrum, Bezirk Oberbayern) koordiniert die Verteilung der Mittel nach § 20 SGB V und die öffentlichen Zuschüsse.
- Die Münchner Arbeitsgemeinschaft Gesundheit im Kindesalter (MAGIK) initiiert und koordiniert vielfältige Maßnahmen im Bereich der Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche.
- Durch regelmäßige Arbeitstreffen des Referates für Gesundheit und Umwelt mit den Umweltverbänden zur Ermittlung von Bedarfen in der kommunalen Umweltpolitik und zur Verabredung inhaltlicher Schwerpunkte in der Förderung wurden unter anderem Projekte zur Umweltberatung, zum Biotopmanagement und zur nachhaltigen Mobilität auf den Weg gebracht.
- Vom Referat für Gesundheit und Umwelt werden Arbeitstreffen der Agenda 21-Initia-

tiven zur Verabredung inhaltlicher Schwerpunkte in der Förderung initiiert.

- Verschiedene Runde Tische zu den Themen Mobilfunk, Solarenergie, Wärmeschutz in Wohnungen wurden mit Unternehmen, Handwerkskammer, Architekten u.a. eingerichtet.

Im Rahmen der Koordinationsaufgaben bemüht sich das Referat für Gesundheit und Umwelt auch, möglichst vielen Bürgerinnen und Bürgern das Thema „**Bürgerschaftliches Engagement**“ näher zu bringen. Insbesondere wurde dazu eine Broschüre herausgegeben, aber es werden auch laufend Stadtteilagenden, Selbsthilfegruppen und verschiedene Initiativen unterstützt.

Noch ist der Prozess einer verbesserten Abstimmung zwischen den Arbeitsbereichen Gesundheit und Umwelt bis hin zu einer Integration der verschiedenen Programme mitten im Gange. Einzelne erfolgreiche Schritte in diese Richtung wurden in der Vergangenheit schon beschritten. Eine Konzentration innerhalb der Organisation des Referates für Gesundheit und Umwelt wurde schon erwähnt. Der organisatorischen Veränderung folgten einzelne Maßnahmen, um die Programme besser zu verzahnen. So werden seit dem Jahre 2001 sowohl Agenda 21-Aktivitäten als auch die Stadtteilgesundheitsförderung mit dem Programm Soziale Stadt verbunden, indem in den ausgewählten Stadtteilen der Sozialen Stadt Aktivitäten der Agenda 21 und der Stadtteilgesundheitsförderung konzentriert werden. Im Jahr 2003 wurde in der Agenda 21-Förderung explizit der Schwerpunkt Gesundheit und Umwelt mit den Themen Ernährung, Mobilität und Lärm festgelegt. Insbesondere aber in der Umsetzung des kommunalen Aktionsprogramms Umwelt und Gesundheit werden seit 2004 die Arbeitsbereiche von Sozialer Stadt, Agenda 21 und Stadtteilgesundheitsförderung in der modellhaften Region Berg am Laim / Ramersdorf zusammengeführt. Die vorgesehene Evaluation der verschiedenen Maßnahmen wird nach der 18-monatigen Modellphase auch neue Erkenntnisse in der Frage der sinnvollen Integration verschiedener Programme bringen.

Vignette 1.1.B Pilotprojekt „Evershagen – kinderfreundlicher Ortsteil“ im Gesunde Städte-Projekt der Hansestadt Rostock

Angelika Baumann

Die Hansestadt Rostock ist Mitglied im Gesunde Städte-Netzwerk der Bundesrepublik Deutschland. Gemeinsam mit 59 weiteren Städten und Landkreisen in Deutschland hat sie sich u. a. verpflichtet, bestehende soziale und gesundheitliche Chancenungleichheiten, insbesondere bei Kindern und Jugendlichen, zu verringern. So ist es auch in den Leitlinien zur Stadtentwicklung der Hansestadt Rostock festgeschrieben. Die Arbeitsgemeinschaft „Kommunale Gesundheitsförderung“ wurde im Jahre 1992 durch die Bürgerschaft der Hansestadt Rostock zur lokalen Umsetzung des Gesunde Städte-Projektes der Weltgesundheitsorganisation berufen.

Sie bekennt sich dabei entsprechend der UN-Kinderkonvention zu gemeinsamen Aktivitäten zur Verringerung sozialer und gesundheitlicher Chancenungleichheiten bei Kindern.

Eine gezielte Einflussnahme soll im Ortsteil Evershagen vorgenommen werden. Die Ergebnisse einer Kindergesundheitskonferenz vor Ort anlässlich der 7. Rostocker Gesundheits- und Umwelttage 2001 erforderten einen konkreten Handlungsbedarf. In Evershagen leben Kinder vermehrt in sozialer Ungleichheit und haben wenig Chancen, aus eigener Kraft ihre Lebenssituation positiv zu beeinflussen. Mit dem Bürgerschaftsbeschluss vom 10.04.2002 erhielten das „Gesunde Städte-Projekt“ und damit die AG „Kommunale Gesundheitsförderung“ den Auftrag, ein Pilotprojekt „Evershagen – kinderfreundlicher Ortsteil“ zu entwickeln und der Bürgerschaft in einer Informationsvorlage vorzustellen. Bei der Erarbeitung des Projektes wurden Kinder aus Evershagen, der Ortsbeirat und der Stadtteil in einer Informationsvorlage vorzustellen. Bei der Erarbeitung des Projektes wurden Kinder aus Evershagen, der Ortsbeirat und der Stadtteil in einer Informationsvorlage vorzustellen. Bei der Erarbeitung des Projektes wurden Kinder aus Evershagen, der Ortsbeirat und der Stadtteil in einer Informationsvorlage vorzustellen.

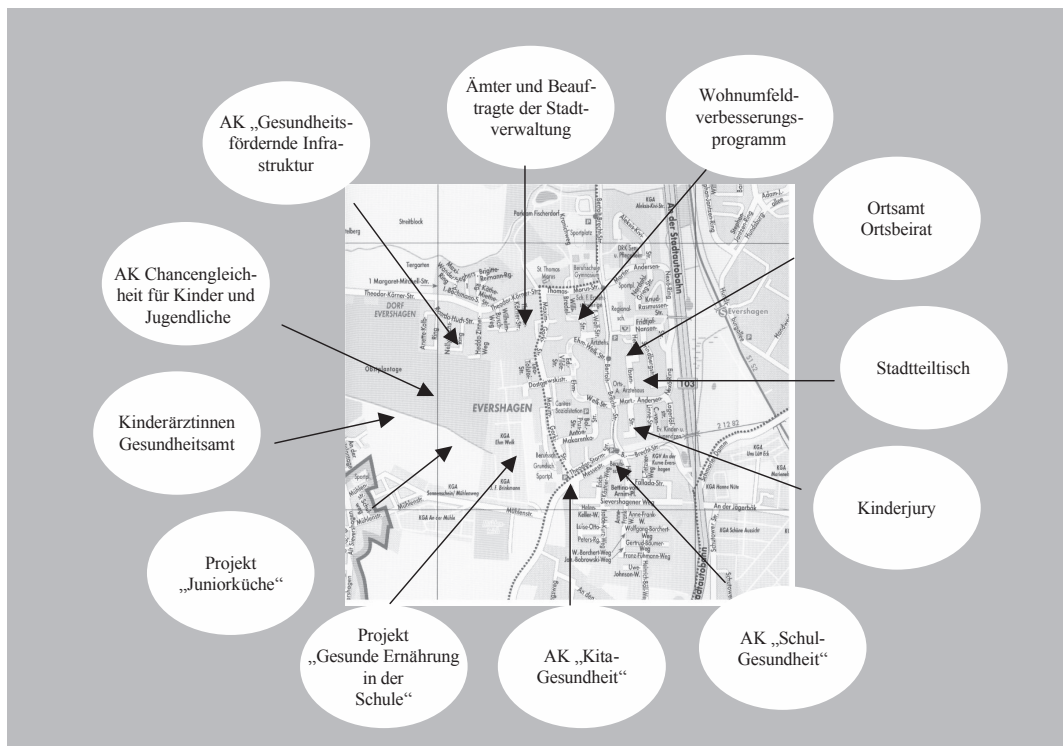


Abbildung 1.1.B-1: Pilotprojekt Evershagen: Akteure für „Kinderfreundlichen Ortsteil“ im Gesunde Städte-Projekt der Hansestadt Rostock (AK = Arbeitskreis)

hatten die Gelegenheit, durch eigene Zuarbeiten das Konzept mitzugestalten. Darüber hinaus erfuhr die Erarbeitung des Pilotprojektes eine fachliche Begleitung und Unterstützung durch zahlreiche Ämter und Büros der Stadtverwaltung (Büro Lokale Agenda 21, Amt für Stadtgrün, Schulverwaltungsamt, Bauamt, Ortsamt Evershagen, Amt für Stadtplanung, Jugendamt, Sozialamt, Gesundheitsamt, Gleichstellungs-, Ausländer- und Behindertenbeauftragtenbüros u. a.).

Es wird der Versuch unternommen, ausgehend von einer Situationsbeschreibung zur sozialen und gesundheitlichen Lage von Kindern, den Handlungsbedarf für die Entwicklung eines kinderfreundlichen Ortsteils zu ermitteln und Vorstellungen für eine nachhaltige Umsetzungsstrategie zu entwickeln. Dabei wurde in Kooperation mit allen an der Realisierung des Projektes Beteiligten eine Prioritätenliste erarbeitet, die nicht nur entsprechende Maßnahmen und Zuständigkeiten vorsieht, sondern auch die Beteiligung von Kindern detailliert festschreibt. Das hohe Engagement des Stadtteiltisches Evershagen unter Federführung des Jugendamtes wird dabei als Chance angesehen, eine Gemeinsamkeit für die Entwicklung eines kinder- und familienfreundlichen Ortsteils zu erzeugen und die Kraft für eine langfristige, gemeinwesenorientierte Zusammenarbeit aufzubringen.

Kinder als die kompetentesten Experten für ihre Stadtteile, wenn es um Kinderinteressen geht, werden in den gesamten Umsetzungsprozess des Projekts einbezogen. Grundlage dafür ist das im Gesunde Städte-Projekt entwickelte Prüfverfahren kinderfreundliche Stadt, dessen Anwendung auf der Basis einer Geschäftsanweisung des Oberbürgermeisters der Hansestadt Rostock seit 1999 für alle Beschäftigten der Stadtverwaltung bindend ist. Das Pilotprojekt „Evershagen – kinderfreundlicher Ortsteil“ soll beispielgebend für andere Ortsteile in der Hansestadt Rostock aufzeigen, welche Möglichkeiten und Chancen ohne zusätzliche finanzielle Mittel genutzt werden können, um eine ortsnahe, kinder- und damit familienfreundliche Politik zu entwickeln. Dabei dient eine Situationsbeschreibung auf der Basis von Zuarbeiten der o. g. Fachämter, des Ortsbeirates sowie des „Stadtteiltisches“ und der Kinder vor Ort als

Grundlage für die Benennung von Defiziten. Daraus wird der notwendige Handlungsbedarf abgeleitet und eine Umsetzungsstrategie entwickelt.

Das Projekt verfolgt u. a. den Ansatz, die Interessen von Kindern und Jugendlichen sowie deren Familien bei der Entwicklung eines Ortsteils auch bei Planungen und Entscheidungen auf kommunaler Ebene angemessen zu berücksichtigen. Darüber hinaus dient es der Förderung des Gemeinwesens in Evershagen. Mit dem Projekt werden die zuständigen Akteure in Politik und Verwaltung, die Träger vor Ort und auch die EinwohnerInnen sensibilisiert, durch ihr bewusstes Handeln die Lobby für Kinder und deren Familien weiter zu stärken, Prioritäten in der Politik zugunsten der Interessen von Kindern zu setzen, Flächen- und Nutzungskonkurrenzen im Wirkungsbereich auszuschalten, Kindern und Jugendlichen die Möglichkeit zu bieten, als Betroffene und Experten an der Planung und Gestaltung eines kindgerechten Umfelds mitzuwirken und bestehende infrastrukturelle Rahmenbedingungen für Kinder und Jugendliche sowie deren Familien unter aktiver Beteiligung der Betroffenen zu festigen (Abb. 1.1.B-1).

Trotz zahlreicher sozialer und städtebaulicher Defizite werden auch Stärken im Ortsteil registriert, die als Potenzial für die Umsetzung des Pilotprojektes genutzt werden können. Zu nennen sind der vernetzte „Stadtteiltisch“ als demokratisches Gremium mit einem gemeinwesenorientierten Ansatz der Kooperation, engagierte LehrerInnen sowie ErzieherInnen in den Kindertagesstätten und nicht zuletzt das Interesse der Kinder an ihrem Ortsteil. Mit der Umsetzung eines politisch unterstützten Konzeptes als Grundlage für mehr Kinderfreundlichkeit in Evershagen versprechen sich die Akteure vor Ort eine erhebliche Verbesserung der Lebensqualität für die Kinder und ihre Familien.

Literatur

- Hansestadt Rostock (o.J.): Pilotprojekt Evershagen
 - Kinderfreundlicher Ortsteil. „Gesundheit für alle“,
 Gesunde-Städte-Projekt Hansestadt Rostock.

URL1: www.rostock.de/Internet/stadtverwaltung/gsp/inhalt.jsp, Zugriff: 9.10.2004.

Box 1.2-1: Übersicht über die Kapitel der Agenda 21 (UNCED 1992)

1	Präambel		
Teil I: Soziale und wirtschaftliche Dimensionen		Teil III: Stärkung der Rolle wichtiger Gruppen	
2	Zusammenarbeit und Entwicklungsländer	23	Präambel
3	Armutsbekämpfung	24	Frauen
4	Veränderung der Konsumgewohnheiten	25	Kinder und Jugendliche
5	Bevölkerungsdynamik	26	Eingeborene Bevölkerungsgruppen
6	Menschliche Gesundheit	27	Nichtstaatliche Organisationen
7	Nachhaltige Siedlungsentwicklung	28	Kommunen
8	Integration von Umwelt- und Entwicklungszielen in die Entscheidungsfindung	29	Arbeitnehmer und Gewerkschaften
		30	Privatwirtschaft
		31	Wissenschaft und Technik
		32	Bauern
Teil II: Erhaltung und Bewirtschaftung natürlicher Ressourcen		Teil IV: Möglichkeiten der Umsetzung	
9	Schutz der Erdatmosphäre	33	Finanzierung
10	Bodenressourcen	34	Technologietransfer
11	Entwaldung	35	Wissenschaft
12	Wüstenbildung und Dürren	36	Schulbildung, Bewusstseinsbildung und berufliche Aus- und Fortbildung
13	Berggebiete	37	Stärkung personeller und institutioneller Kapazitäten in den Entwicklungsländern
14	Landwirtschaft und ländliche Entwicklung	38	Internationale institutionelle Rahmenbedingungen
15	Biologische Vielfalt	39	Internationale Rechtsinstrumente und -mechanismen
16	Biotechnologie	40	Informationen für die Entscheidungsfindung
17	Ozeane und Meere		
18	Süßwasserressourcen		
19	Toxische Chemikalien		
20	Gefährliche Abfälle		
21	Feste Abfälle		
22	Radioaktive Abfälle		

1.2 Agenda 21 und Gesundheit

Dirk Philippsen, Michael Schwenk

Die „Agenda 21“, verabschiedet durch 170 Regierungschefs während der UN-Konferenz für Umwelt und Entwicklung in Rio de Janeiro 1992 (UNCED 1992), ist als Dokument und in ihrer Umsetzung wohl das in der Öffentlichkeit bekannteste Integrierte Programm. Agenda 21 skizziert Wege einer in ökologischer, ökonomischer und sozialer Hinsicht nachhaltigen weltweiten Entwicklung für das 21. Jahrhundert. Der umfassende und systemische Ansatz wird insbesondere durch die Vielfalt der Handlungsfelder und -ebenen unterstrichen, die durch die 40 Kapitel des Agenda-Dokumentes abgebildet werden (Box 1.2-1).

Agenda 21 stellt eine Politik-Konzeption für das 21. Jahrhundert dar; sie versucht Handlungs-

felder zumindest annähernd in ihrer Komplexität zu erfassen, ihre Wechselwirkungen zu analysieren und entsprechende Interventionen systemisch auszurichten. Somit stellt die Agenda 21 als UN-Programm, ähnlich wie das Gesunde Städte-Netzwerk der WHO (Kap. 1.1) und die nationalen Aktionspläne „Umwelt und Gesundheit“ (Kap. 1.3) ein Programm dar, das eine Vielzahl unterschiedlicher Dimensionen berücksichtigt, um Aufgaben in komplexen Handlungsfeldern zu lösen. In ihrer Grundkonzeption und in vielen konkreten Themenumsetzungen weist die Agenda 21 eine Reihe von Kernelementen auf, welche notwendig sind, um komplexe Problemstellungen angemessen anzugehen. Diese Agenda-Kriterien sind: Nachhaltigkeit, soziale Gerechtigkeit, Schutz der Umwelt und Beteiligung der Öffentlichkeit. Das besonders wichtige Prinzip der Nachhaltigkeit wurde durch den Bericht der Weltkommission für Umwelt und Entwicklung „Our common future“ (WCED 1987) weitläufig bekannt. Unter dem Vorsitz von Frau Brundtland, zwischenzeitlich WHO-Generaldirektorin, definierte die Kommission

Box 1.2-2: Die fünf Programmbereiche von Kapitel 6 in Agenda 21 (UNCED 1992)

A. Deckung der primären Gesundheitsversorgung, insbesondere im ländlichen Raum

Handlungsgrundlage: Eine stabile Entwicklung ist ohne eine gesunde Bevölkerung nicht möglich. **Ziele:** Medizinische Versorgung für alle. **Maßnahmen:** Umsetzung gesundheitspolitischer Programme, Unterstützung der Forschung. **Instrumente und Umsetzung:** Neue Konzepte für Gesundheits-Versorgungssysteme, Stärkung der personellen und institutionellen Kapazität (Kosten etwa 40 Milliarden Dollar jährlich)

B. Bekämpfung übertragbarer Krankheiten

Handlungsgrundlage: Entwicklung von Prophylaxe und Therapie, Infektionskrankheiten lassen sich bekämpfen, Infektionskrankheiten stoppen. **Ziele:** bis 2000: Kinderlähmung ausrotten, Lepra kontrollieren, Durchfallerkrankungen bei Kindern um 50 Prozent senken, Malaria bekämpfen.... **Maßnahmen:** nationaler Aktionsplan, Interventionsprogramme, Gesundheitserziehung und -vorsorge, Technologien. **Instrumente und Umsetzung:** Epidemiologie, lokale Lösungen, Ausbildung in den Bereichen: Epidemiologie, Prävention, Impfen, Infektionshygiene... (Kosten etwa 4 Milliarden Dollar jährlich)

C. Schutz besonders anfälliger Gruppen

Handlungsgrundlage: Säuglinge und Kinder, Jugend, Frauen, Eingeborene und Lebensgemeinschaften. **Ziele:** Entfaltung zu einem gleichberechtigten, gesunden Leben. **Maßnahmen:** Beispiel Kinder: Basisgesundheitsdienst, Unterweisung der Eltern, Schutz vor Missbrauch, Schutz vor schädlichen Einwirkungen. **Instrumente und Umsetzung:** Wissenschaftliche und technologische Mittel, Entwicklung der menschlichen Ressourcen (Kosten etwa 3,7 Milliarden Dollar jährlich)

D. Lösung der Gesundheitsprobleme der Städte

Handlungsgrundlage: Städte und Slums zerstören Gesundheit und sittliche Werte von Mrd. Menschen. **Ziele:** Steigerung der Gesundheitsindikatoren um 10 bis 40 Prozent bis zum Jahr 2000. **Maßnahmen:** Erarbeitung und Umsetzung kommunaler und lokaler Gesundheitspläne: statt „Füreinander“ „Miteinander“, Gesundheitsversorgung, Hygienepläne. **Instrumente und Umsetzung:** Statistiken zur Stadtentwicklung, Verbesserung von Information und Koordination (Kosten etwa 22 Millionen Dollar jährlich)

E. Reduzierung der durch Umweltverschmutzung bedingten Risiken

Handlungsgrundlage: Gesundheit von Milliarden Menschen ist durch Umweltfaktoren gefährdet. **Ziele:** Minimierung des Gefährdungspotentials, Nationale Programme Umwelt + Gesundheit bis 2000... **Maßnahmen:** Medien: Luft, Innenraumluft, Wasser; Bereiche: Schädlingsbekämpfung, Abfall, Siedlung, Industrieproduktion, Überwachung, Forschung; Immissionen: Lärm, UV-Strahlung. **Instrumente und Umsetzung:** Umweltverträglichkeitsprüfung, Lehrpläne für Schule, Öffentlicher Gesundheitsdienst, Einbeziehung von Nichtregierungs-Organisationen (Kosten etwa 3 Milliarden Dollar jährlich)

eine Entwicklung als nachhaltig, wenn „...die Bedürfnisse der Gegenwart befriedigt werden, ohne die Fähigkeit zukünftiger Generation zur Befriedigung ihrer eigenen Bedürfnisse zu beeinträchtigen“ (a.a.O., p.43).

1.2.1 Lokale Agenda 21

Viele Politikkonzepte lassen sich nur am Ort konkreter Lebensumwelten realisieren. Daher werden nach dem Grundsatz „Global denken

– lokal handeln“ in Kapitel 28 der Agenda 21 lokale Strukturen wie Städte und Gemeinden weltweit explizit aufgefordert, aktiv zu werden. Hierzu heißt es: „Da viele der in der Agenda 21 angesprochen Probleme und Lösungen auf Aktivitäten auf der örtlichen Ebene zurückzuführen sind, ist die Beteiligung und Mitwirkung der Kommunen ein entscheidender Faktor bei der Verwirklichung der in der Agenda enthaltenen Ziele. ... Als Politik- und Verwaltungsebene, die den Bürgern am nächsten ist, spielen sie eine entscheidende Rolle bei der Informierung und Mobilisierung der Öffentlichkeit und ihrer Sensibilisierung für eine nachhaltige, umweltverträgliche Entwicklung“ (UNCED 1992, p.231).

Wie auch die übrigen Kapitel des Agenda-Dokumentes ist Kapitel 28 in die Abschnitte Handlungsgrundlage, Ziel, Maßnahmen und Instrumente zur Umsetzung gegliedert. Im Abschnitt Ziele werden die Kommunen aufgefordert, eine Lokale Agenda 21 aufzustellen. Laut Agenda 21 sollten bis zum Jahre 1996 die Mehrzahl der Kommunalverwaltungen der einzelnen Länder ihre Bürger befragt und eine Lokale Agenda 21 erstellt haben. Diese kommunalen Agenden sollten unter Berücksichtigung der Trias Ökologie – Ökonomie – Soziales der jeweiligen geografischen, wirtschaftlichen, sozialen und kulturellen Ausgangslage angepasst werden.

Angeichts der Vielzahl angesprochener Themen und gesetzter Ziele der Agenda 21 ist eine Schwerpunktsetzung unumgänglich. Hierbei können die Ergebnisse der örtlichen Situationsanalyse hilfreich sein. Ebenso sollte versucht werden, eine Bestandsaufnahme bisheriger Aktivitäten durchzuführen und auf diese Ergebnisse aufzubauen. Gerade in Deutschland kann in den Kommunen auf vorhandene Aktivitäten, Pläne und Materialien zurückgegriffen werden, die sich als Bausteine einer Lokalen Agenda eignen (BMU & UBA 1998). Hierzu können bereits vorhandene Haushaltsplanungen, Stadtentwicklungsplanung, Bauleitplanung, Verkehrsentwicklungspläne, Energiekonzepte, Klimaschutzpläne, die kommunale Umweltplanung oder weitere kommunale Planungen, Konzepte und Programme gehören, wenn sie auf das Ziel einer zukunftsbeständigen Kommunalentwicklung ausgerichtet sind.

Der Erfolg einer Lokalen Agenda ist stark vom Engagement der verschiedenen Akteure vor Ort und von deren Zusammenwirken abhängig. Nach allgemeiner Einschätzung kann dieser Prozess nur dann erfolgreich sein, wenn alle betroffenen, kompetenten und verantwortlichen Institutionen und Personen beteiligt werden. Hierbei ist an Kommunalverwaltungen, politische Gremien und Parteien, örtliche Interessengruppen, Bildungsträger, Wirtschaft, Experte und nicht zuletzt Selbstvertretungen der Bürger zu denken.

1.2.2 Agenda 21 und Gesundheit

Im breiten Themenspektrum des Agenda-Prozesses wird inzwischen auch das Thema „Gesundheit“ nachgefragt, wobei Humangesundheit als ein (wichtiges) Teilziel unter mehreren übergeordneten Zielen gesehen wird. Der Fokus liegt hier auf langfristiger gesundheitlicher Verträglichkeit und Gesundheitsförderung.

Die Agenda 21 beinhaltet mehr als 200 Bezüge zur menschlichen Gesundheit. So ist die Gesundheit angesprochen in den Kapiteln über Umweltmedien (Kap. 9, 10, 17, 18), toxische Chemikalien (Kap. 19) und Abfallwesen (Kap. 20-22), ferner in Kapiteln, welche die Stärkung der Rolle wichtiger Gruppen wie Frauen (Kap. 24) oder Kinder und Jugendliche (Kap. 25) betreffen. Kapitel 6 der Agenda 21 widmet sich unter dem Titel „Schutz und Förderung der menschliche Gesundheit“ ausdrücklich dieser Thematik. Hierin heißt es unter anderem: „Gesundheit und Entwicklung stehen in einer engen Wechselbeziehung zueinander. ... Die einzelnen Aktionspunkte der Agenda 21 müssen sich gezielt mit den Bedürfnissen der Weltbevölkerung im Bereich der primären Gesundheitsversorgung befassen, da diese eine unverzichtbare Voraussetzung für die Verwirklichung der Ziele nachhaltiger Entwicklung und basisorientierten Umweltschutzes sind. Aufgrund des Zusammenhangs zwischen Gesundheit, Umwelt und Sozioökonomie sind sektorübergreifende Bemühungen erforderlich. ... Ausgehend von den einzelnen Programmbereichen dieses Kapitels sollen die Länder Pläne für vorrangig durch-

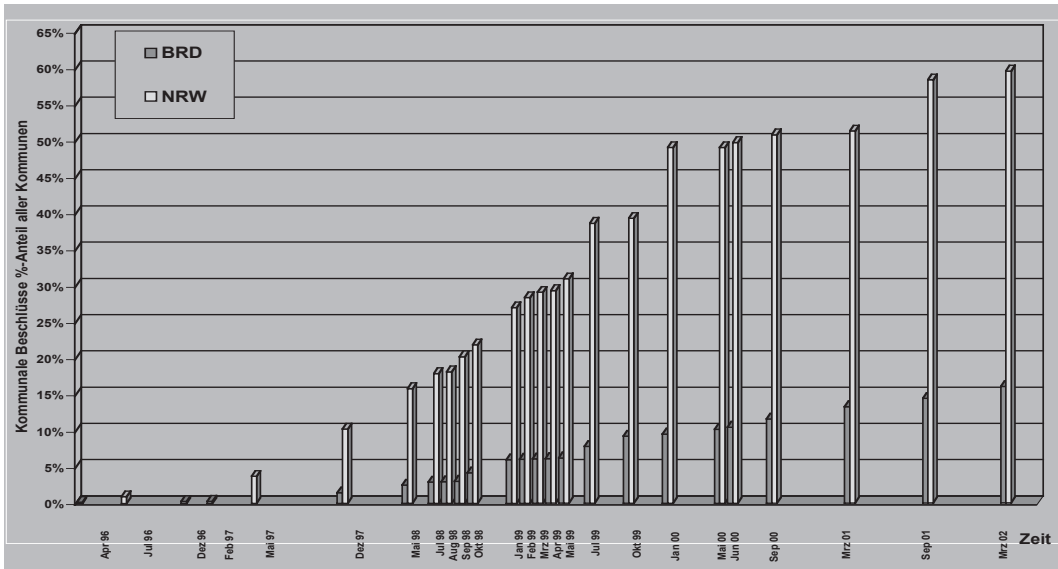


Abbildung 1.2-1: Entwicklung der kommunalen Beschlüsse zur Lokalen Agenda 21, in % aller Kommunen der Region, 1996-2002 (erstellt mit Daten von Agenda-Transfer)

zuführende Maßnahmen erarbeiten, die auf einer gemeinschaftlichen Planung der verschiedenen Ebenen der Regierung, nichtstaatlicher Organisationen und der örtlichen Gemeinschaften basieren. Die Abstimmung dieser Maßnahmen soll von einer geeigneten internationalen Organisation wie etwa der Weltgesundheitsorganisation (WHO) übernommen werden.“ Kapitel 6 ist in fünf Programmbereiche gegliedert (Box 1.2-2).

Der systemorientierte Ansatz entspricht einem modernen Verständnis von Gesundheit, wie es in der Ottawa-Charta (WHO et al. 1986) vertreten wird und in den Gesundheitswissenschaften als grundlegend gilt. Das Gesundheitsverständnis reduziert sich nicht auf kurative Methoden, sondern setzt wesentlich auf präventive und salutogene Aktivitäten und Strukturen. Gesundheit wird als Produkt aus nahezu allen das Leben bestimmenden Einflussfaktoren gesehen.

Die Parallelen zwischen dem WHO-Leitbild Gesundheit, der Agenda-Programmatik und gesundheitswissenschaftlicher Theorie finden ihre Entsprechungen auf der Ebene der Handlungsoptionen. Es ergeben sich eine Vielzahl von Möglichkeiten für den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) sowie für die Gesundheitsprofessionen und -institutionen, am Agenda-Prozess teilzunehmen. Ausgehend von ÖGD-

Gesetzgebung, Gesundheitszielen und aktueller Praxis im ÖGD existieren diverse Optionen für eine Zusammenarbeit von Agenda-Akteuren und Gesundheitssektor. Besonders geeignet für eine Nutzung in Kooperation mit dem Agenda-Prozess scheinen folgende Instrumente des ÖGD zu sein: Identifizierung von Risiken, Risikoabschätzung und Risikominimierung, Risikokommunikation, Verträglichkeitsprüfung, Berichterstattung und Informationssysteme (Fehr 1999).

Der wechselseitige konkrete Nutzen für Gesundheitssektor einerseits und Agenda-Prozess andererseits besteht u.a. in der Verbreiterung der jeweiligen Handlungsbasis und auch aus dem daraus resultierenden Gewinn an Bedeutung und Beachtung (Hellmeier 2000). Der Gesundheitsbereich erhält die zusätzliche Legitimation, seine vielfältigen Aufgaben z. B. in der Umwelthygiene oder in der Gesundheitsförderung unter Beachtung von Nachhaltigkeit und Prävention durchzuführen. Die Agenda 21 hingegen profitiert von der Kompetenz und Erfahrung in Gesundheitsbelangen und den allgemein anwendbaren Methoden und Werkzeugen der Gesundheitsprofessionen. Für eine differenzierte Darstellung potentieller Kooperationsansätze zwischen Agenda 21-Prozess und Gesundheitswesen siehe Wolf, Philippsen, Fehr (2001).

1.2.3 Aktueller Stand der (Loka- len) Agenda 21

Sowohl auf internationaler als auch auf nationaler Ebene existieren eine Reihe von Institutionen, die den Agenda-Prozess begleiten, dokumentieren und bewerten. International geben die Untersuchungen des „International Council for Local Environmental Initiatives“ (ICLEI) einen guten Überblick über den aktuellen Stand der Entwicklung der lokalen Agenda-Aktivitäten. Nach 1997 hat ICLEI mit dem „2nd Local Agenda 21 Survey Report“ (ICLEI 2002) im Jahr 2001 mit der Unterstützung der UN eine zweite Evaluierung des Lokalen Agenda 21-Prozesses vorgenommen. Sie diente als Vorbereitung für den sogenannten Weltgipfel in Johannesburg 2002. Die Art konkreter Umsetzung von Agenda 21 vor Ort, Erfolgsfaktoren und auftretende Problemstellungen sollten ermittelt werden. Die Recherche von ICLEI zur Umsetzung der Lokalen Agenda 21 brachte folgende Ergebnisse:

- 6.416 lokale politische Gremien in 113 Ländern haben entweder einen politischen Beschluss zur Lokalen Agenda gefasst, oder unterstützen aktiv diesen Prozess. 1997 waren es 1.812 lokale Agenda 21-Initiativen in 64

Ländern (ICLEI 1997). Das stellt etwa eine Verdreifachung der lokalen Agenda 21-Initiativen und eine knappe Verdopplung der beteiligten Nationen dar.

- Agenda-Prozesse auf nationaler Ebene wurde von 18 Ländern initiiert; sie werden durch 2.640 Einzelaktivitäten realisiert.
- In 59% der an der Befragung teilnehmenden Kommunen war der Agenda 21-Prozess in das kommunale System integriert.
- Als Haupterfolgsriterien wurden die finanzielle und politische Einbindung des Agenda-Prozesses gewertet.

Die Survey-Ergebnisse identifizierten umweltbezogene Prozesse in 46% der Kommunen als Hauptbetätigungsfeld der Lokalen Agenda 21. In 36% der Kommunen lag der Schwerpunkt auf Nachhaltigkeit, in 13% der Kommunen auf ökonomischen und in 6% auf sozialen Aspekten. Als konkretes Thema wurde unabhängig vom ökonomischen Status der Kommunen mehrheitlich das Management der Wasserressourcen angegangen. Während Umweltfragen eher von entwickelten Ländern thematisiert wurden, standen bei den ärmeren Ländern ökonomische Themen im Mittelpunkt. Weitere Differenzierungen der lokalen Aktivitäten und Projekte richtete

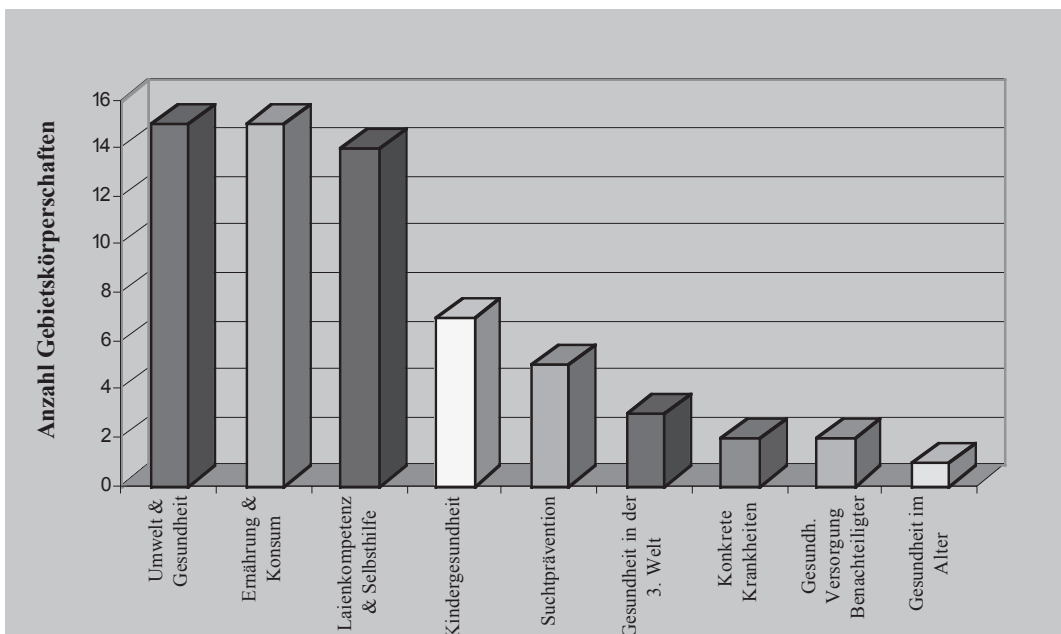


Abbildung 1.2-2: Behandlung von Gesundheitsthemen im Lokalen Agenda 21-Prozess in NRW, 2001, nach Philippsen, Möller, Fehr (2003)

ten sich nach konkreten Anforderungen vor Ort. Wenngleich viele Themen und Handlungsbereiche eindeutige Gesundheitsbezüge aufweisen, wurde Gesundheit weder als explizite Frage im Agenda-Survey formuliert noch wurde sie als Handlungsfeld von den antwortenden Kommunen thematisiert.

Die Umsetzung der Lokalen Agenda 21 in der BRD wird u. a. von der „Agentur für Nachhaltigkeit (Agenda-Transfer)“ begleitet. Sie erfasst kontinuierlich die kommunalen Beschlüsse zur Lokalen Agenda 21 in den einzelnen Bundesländern und insgesamt in Deutschland. Im Oktober 2003 lagen bundesweit in 2.427 (ca. 18%) der 13.579 kommunalen Gebietskörperschaften politische Willenserklärungen zur Lokalen Agenda 21 vor (Agenda-Transfer 2003). Eine Betrachtung der einzelnen Bundesländer zeigt, dass die Anteile der Städte, Gemeinden und Kreise, bei denen kommunale Beschlüsse zur Agenda 21 vorliegen, von Bundesland zu Bundesland sehr stark variieren. Von den Flächenländern ist die Beteiligung am Agenda-Prozess am höchsten in Nordrhein-Westfalen, Hessen und im Saarland, wo mehr als 60% aller Kommunen einen Agenda 21-Beschluss aufweisen.

Die geringste Anzahl agenda-aktiver Kommunen weisen die neuen Bundesländer auf. Ferner ist sowohl für Deutschland insgesamt als auch für NRW erkennbar, dass erst seit 1998 eine nennenswerte Beteiligung der Kommunen am Lokalen Agenda-Prozess erfolgt (Abbildung 1.2-1).

Ähnlich wie auf internationaler Ebene liegen in der BRD und insbesondere in NRW die Schwerpunkte der Agenda 21-Realisierung in den Bereichen „Wirtschaft und Arbeit“ und „Umwelt- und Naturschutz“, während Gesundheit eines der weniger behandelten Themen darstellt. Dies zeigen Untersuchungen vom Deutschen Institut für Urbanistik (Rösler 1999) und Agenda-Transfer (2001).

1.2.4 Behandlung des Themas Gesundheit im Agenda 21-Prozess

Welche konkreten Umsetzungen der Gesundheitsaspekt im Agenda-Prozess erfährt, zeigen die Resultate der Konferenz von Johannesburg „Rio +10“ und die Aktivitäten entsprechender lokaler Agenda-Initiativen. Hiernach wird Gesundheit nach wie vor sowohl als Querschnittsthema als auch als eigener Handlungsbereich gesehen. Wie in der Agenda 21 selber wird in den Maßnahmeempfehlungen, Zielen und Übereinkünften des Johannesburggipfels Gesundheit in unterschiedlichen Kontexten berücksichtigt. Beispiele hierfür sind die Themenfelder Beseitigung der Armut, Veränderung nicht nachhaltiger Konsumgewohnheiten und Produktionsweisen sowie Gesundheit und nachhaltige Entwicklung. Zum Thema „Beseitigung der Armut“ heißt es (BMU 2002): „8. Die Versorgung mit sauberem Trinkwasser und eine angemessene Abwasserentsorgung sind notwendig für den Schutz der menschlichen Gesundheit und der Umwelt. Diesbezüglich kommen wir überein, bis zum Jahr 2015 den Anteil der Menschen zu halbieren, die hygienisches Trinkwasser nicht erreichen oder es sich nicht leisten können..., sowie auch den Anteil der Menschen, die keinen Zugang zu grundlegenden sanitären Einrichtungen haben.“ Bezüglich „Veränderung nicht nachhaltiger Konsumgewohnheiten und Produktionsweisen“ müsse man die „in der Agenda 21 eingegangene Verpflichtung auf einen umweltverträglichen Umgang mit Chemikalien während ihres gesamten Lebenszyklus sowie mit gefährlichen Abfällen zum Zwecke der nachhaltigen Entwicklung sowie des Schutzes der menschlichen Gesundheit und der Umwelt erneuern, unter anderem um bis zum Jahr 2020 zu erreichen, dass Chemikalien derart verwendet und hergestellt werden, dass die menschliche Gesundheit und die Umwelt so weit wie möglich von schwerwiegenden Schäden verschont bleiben“ (a.a.O., p.21).

Der Abschnitt zum Thema „Gesundheit und nachhaltige Entwicklung“ spricht von Maßnahmen auf allen Ebenen, die u.a. darauf gerichtet sind, „Partnerschaften zur Verbesse-

rung der Gesundheitserziehung zu fördern und auszubauen, um bis 2010 weltweit eine bessere Gesundheitsalphabetisierung zu erzielen, nach Bedarf unter Beteiligung von Organisationen der Vereinten Nationen“ (a.a.O., p.43); „wo angezeigt, präventive, gesundheitsfördernde und kurative Programme zu entwickeln oder zu stärken, die sich auf nicht übertragbare Krankheiten und Leiden richten, wie etwa Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs, Diabetes, chronische Erkrankungen der Atemwege, Verletzungen, Gewalt und psychische Störungen und damit zusammenhängende Risikofaktoren, einschließlich Alkohol, Tabak, ungesunder Ernährung und Mangel an körperlicher Betätigung“ (a.a.O., p.44); auch will man „Bleihaltige Farben und andere Quellen der Bleibelastung für den Menschen schrittweise beseitigen, sich dafür einsetzen, dass insbesondere der Bleibelastung von Kindern vorgebeugt wird, und sich verstärkt um die Beobachtung und Überwachung sowie um die Behandlung von Bleivergiftungen bemühen“ (a.a.O., p.45).

Die Behandlung von Gesundheitsaspekten auf lokaler Ebene zeigen exemplarisch Aktivitäten aus Baden-Württemberg und Nordrhein-Westfalen. Die lokalen Agenda 21-Aktivitäten im Bereich Umwelt und Gesundheit des Öffentlichen Gesundheitsdienstes Baden-Württemberg belegen die erwähnten vielfältigen Umsetzungsmöglichkeiten und die breiten Bezüge zwischen Gesundheitssektor und Agenda 21-Prozess. Hierzu gehören Arbeitskreis Agenda 21 im Landratsamt (Impfschutz, Trinkwasserschutz), Sicherstellung der Badewasser- und Trinkwasserqualität, Arbeitskreis Allergie und Umwelt, „Woche gegen den Lärm“, Umweltbericht von ÖGD und Umweltamt, Datenbank über umweltbefasste Institutionen, Workshop für Lehrer betreffend Kinder mit Essstörungen, Schutz vor Sonnenbrand, baubiologische Beratung und Umweltambulanz (Schwenk, Philippsen, Fehr 2001).

Eine Recherche zur Umsetzung von Gesundheitsaspekten im Lokalen Agenda 21-Prozess in NRW zeigte dass knapp 11% (n = 45) der angefragten agenda-aktiven Gebietskörperschaften (n = 415) Gesundheit im Agenda-Prozess berücksichtigten. Dabei wurden unterschiedliche Wege eingeschlagen, welche von programmatischen

Erklärungen bis hin zu umschriebenen Projektteilen reichen. Integration in den Ratsbeschluss zur Lokalen Agenda 21 fand sich in fünf Gebietskörperschaften, während Gesundheitsprojekte von 14 und umweltbezogene Projekte mit Gesundheitsbezug von acht Gebietskörperschaften gemeldet wurden. Ebenso werden Gesundheitsaspekte in entsprechenden Leitbildern (neun Gebietskörperschaften) und Arbeitskreisen oder Fachforen (30 Gebietskörperschaften) thematisiert. Inwiefern gesundheitliche Inhalte in diesen Strukturen – mit Ausnahme der Projektarbeit – tatsächlich realisiert werden, bleibt offen. Die Bedeutung von Gesundheit als Querschnittsthema wird vermehrt akzeptiert. Die relativ häufige Berücksichtigung von Gesundheit im Schwerpunktthema Umwelt und die Existenz von zwei Projekten mit „Umwelt und Gesundheit“ als Schwerpunkt deuten darauf hin, dass die besondere gesundheitliche Relevanz des Umweltbereiches verstärkt erkannt wird.

Wie dargelegt weisen viele Agenda-Ansätze durchaus Parallelen zu typischen Aufgaben des Gesundheitswesens auf. Wie es ein systemischer Ansatz und der Inhalt des Kapitels 6 der Agenda 21 erwarten lässt, liegen die Hauptaktivitäten der lokalen Prozesses in den Bereichen Gesundheitsförderung/-schutz und Prävention. Während diese Ansätze in 17 bzw. 12 Kommunen verfolgt werden, sehen lediglich jeweils fünf Gebietskörperschaften ihren Schwerpunkt in den Bereichen Planung / Koordination und Ökonomie. Auch bei einer Konkretisierung der gesundheitlichen Aktivitäten lassen sich klare Schwerpunkte im Lokalen Agenda-Prozess benennen. Jeweils ein Drittel der kommunalen Initiativen befasst sich mit der Stärkung von Gesundheitsbildung und Selbsthilfemöglichkeiten, der Möglichkeit adäquater Ernährung und gesunden Konsums oder mit den Fragen des umweltbezogenen Gesundheitsschutzes.

Wie auch in anderen Bereichen der Lokalen Agenda 21 sind die örtlichen Administrationen bei den Gesundheitsaktivitäten stark vertreten. Dies gilt insbesondere für die Umweltämter. Während die Gesundheitsämter in 12 von 45 Lokalen Agenda-Prozessen die gesundheitlichen Maßnahmen mittragen, sind andere wichtige Akteure lokaler Gesundheitsversorgung deutlich weniger in die Umsetzung gesundheits-

relevanter Inhalte der Agenda 21 eingebunden. Bemerkenswert ist die Kooperation des Gesunde Städte-Netzwerkes und die Beteiligung zahlreicher Schulen an Gesundheitsmaßnahmen der Lokalen Agenda 21.

Neben Übereinstimmungen bei den Akteuren und inhaltlichen Schwerpunkten zeigt sich eine große Variabilität in Bezug auf Umfang, Realisierungsmöglichkeiten und Herangehensweisen in der Behandlung des Themas „Gesundheit“ in den Lokalen Agenda-Prozessen. Wie sich die Einbindung von Gesundheit vor Ort gestaltet, zeigen die Vignetten aus Münster (1.2.A) und Dortmund (1.2.B) (ausführlicher in: Philippsen, Möller, Fehr 2003).

Wenngleich Gesundheitsbezüge im Agenda 21-Dokument und auf der „Rio+10“-Konferenz in Johannesburg einen relativ großen Stellenwert haben, ist dieses Thema kein Schwerpunkt des aktuellen Agenda-Prozesses. Allerdings scheint sich Gesundheit als „kleines“ Agenda-Thema grundsätzlich etabliert zu haben. Neben expliziten Gesundheitsthemen werden zunehmend die gesundheitsrelevanten Aspekte von Umwelt, Ernährung, Konsum und Bürgerkompetenz berücksichtigt. Die Schwerpunkte liegen hier bei Gesundheitsförderung und Prävention. Die Beteiligung von Akteuren des Gesundheitssektors ist mit Ausnahme der Gesundheitsämter eher gering und deutlich ausbaufähig. Die vielfältigen Anknüpfungspunkte zwischen Agenda 21 und Gesundheitssektor bieten ein ausgeprägtes Potential für intensivere Kooperationen zur Sicherung und Förderung von Gesundheit.

Literatur

- Agenda-Transfer (2001): Auswertung lokaler Agenda-21-Prozesse in Nordrhein-Westfalen Untersuchung von 141 nordrhein-westfälischen Kommunen, Bonn.
- Agenda-Transfer (2003): Agentur für Nachhaltigkeit GmbH, http://www.agenda-nrw.de/index.php?template=temp_b&seite=blic#2, Zugriff: 21.06.2004.
- BMU / Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz und Reaktorsicherheit (2002): Vereinte Nationen Bericht des Weltgipfels für nachhaltige Entwicklung Johannesburg (Südafrika), 26. August - 4. September 2002 A/CONF.199/20 (auszugsweise Übersetzung), http://www.bmu.de/files/johannesburg_declaration.pdf, Zugriff: 21.06.2004.
- BMU & UBA / Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz und Reaktorsicherheit und Umweltbundesamt (1998): BMU & UBA / 1998: Handbuch Lokale Agenda 21: Wege zur nachhaltigen Entwicklung in den Kommunen, Reihe „Halt' die Welt im Gleichgewicht“, Bonn / Berlin.
- Fehr, R. (1999): Agenda 21 und Gesundheit. In: Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.): Neue Anforderungen an den ÖGD, Iögd, Wissenschaftliche Reihe, Bd. 2: 35-78.
- Hellmeier, W. (2000): Werkzeuge für den Agenda-Prozess: Gesundheitsberichterstattung und Surveillance. In: Wolf, U., Philippsen, D., Fehr, R. (Hrsg.): Agenda 21 und Gesundheit – Kooperationen, Schwerpunkte, Instrumente. Dokumentation der Tagung vom 21.6.00 in Düsseldorf, Materialien „Umwelt und Gesundheit“, Iögd NRW, pp. 32-36.
- ICLEI / International Council for Local Environmental Initiatives (1997): Local Agenda 21 survey. UN Department for Policy Coordination and Sustainable Development. <http://www.iclei.org/LA21/LA21rep.htm>, Zugriff: 21.06.2004.
- ICLEI / International Council for Local Environmental Initiatives (2002): 2nd Local Agenda 21 survey report. Background Paper No. 15. International Council for Local Environmental, UN Department of Economic and Social Affairs, Commission on Sustainable Development.
- Philippsen, D., Möller, H., Fehr, R. (2003): Infoband 2: Gesundheit in der Lokalen Agenda 21. Projekt „Agenda 21 und Umweltmedizin“, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld, und Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst Nordrhein-Westfalen, Bielefeld.
- Rösler, C. (Hrsg.) (1999): Lokale Agenda 21 auf Erfolgskurs – Dokumentation des 4. Erfahrungsaustauschs beim Deutschen Institut für Urbanistik am 10. und 11. Juni 1999 in Berlin. Reihe Umweltberatung für Kommunen. Deutsches Institut für Urbanistik (difu), Berlin.
- Schwenk, M., Philippsen, D., Fehr, R. (2001): Agenda 21 und ÖGD. Jahrestagung der Gesellschaft für Hygiene und Umweltmedizin (GHU), Garmisch, 6-8 Sept 2001. Abstract: Int. J. Hyg. Environm. Health vol. 204, no. 4, 264-294.
- UNCED / UN Conference for Environment and Development (1992): Agenda 21. BMU-Reihe Umweltpolitik, Bonn.
- WCED / World Commission on Environment and Development 1987: Our common future. Oxford University Press, Oxford, UK.

WHO et al. / World Health Organization, Health and Welfare Canada, Canadian Public Health Association (1986): Ottawa Charter for Health Promotion. Ottawa, Ontario, Canada, 17.-21.11.1986. http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2, Zugriff: 4.7.2004.

Wolf, U., Philippsen, D., Fehr, R. (2001): Agenda 21 und Gesundheit: Strategien, Kooperationen und Exempel. In: Kellermann, K., Konegen, N., Staack, F. (Hrsg.): Aktivierender Staat und aktive Bürger - Wegweiser zu einer integrativen Gesundheitspolitik. Mabuse-Verlag, Frankfurt/M., pp. 271-292.

Vignette 1.2.A Gesundheit im Agenda 21-Prozess und Öffentlicher Gesundheitsdienst in Münster

Claus Weth, Dirk Philippsen

Wie bekannt weist Agenda 21 eine Vielzahl expliziter und impliziter Gesundheitsbezüge auf. Wie sich diese im lokalen Agenda-Prozess konkretisieren und welche Wechselwirkungen sich zum Öffentlichen Gesundheitsdienst ergeben, zeigen Erfahrungen aus Münster. Einer der vier Facharbeitskreise widmete sich hier den Themen Umwelt und Gesundheit. In diesem Gremium waren von Seiten des Gesundheitsamtes der Leiter der Abteilung „Umweltbezogener Gesundheitsschutz“ sowie der Gesundheitsplaner der Stadt vertreten. Diese Facharbeitskreise wurden durch vier Bürgerzirkel ergänzt, um dem bürgerschaftlichen Interesse genügend Raum zu geben. Von 74 eingebrachten Vorschläge wiesen zahlreiche einen engen Querschnittsbezug zum Thema Gesundheit auf. Die im Folgenden exemplarisch dargestellten Projekte wurden dem Aufgabenbereich des Gesundheitsamtes zugeordnet. Mit den IdeengeberInnen hat das Gesundheitsamt über die weitere Behandlung der Projekte Gespräche geführt und Absprachen zur weiteren Umsetzung getroffen.

Sozialmedizinische Ambulanz

Mit diesem Projekt soll eine mobile gesundheitliche und soziale Versorgung bzw. Betreuung für

besonders benachteiligte Bevölkerungsgruppen und Menschen in Notsituationen sichergestellt werden. Es beinhaltet zwei Bausteine, die aufsuchende gesundheitliche Versorgung und die soziale Beratung und Betreuung Hilfesuchender. Initiiert durch ein Modellprojekt der Ärztekammer Westfalen-Lippe zur aufsuchenden Gesundheitshilfe wurden in Münster mit Unterstützung der Stadt und in Zusammenarbeit mit dem Haus der Wohnungslosen – Bischof Hermann Stiftung – die sozialmedizinischen Angebote ausgeweitet. Hierzu gehören auch Sprechstunden im Bereich der aufsuchenden Gesundheitsfürsorge. Die Angebote werden in der Mehrzahl von Abhängigkeitskranken – viele von ihnen mit psychischen Auffälligkeiten – in Anspruch genommen. Daneben bietet das Gesundheitsamt aufsuchende Gesundheitshilfen in Übergangseinrichtungen der Stadt und in sozialen Brennpunkten an. Inwieweit eine umfassende gesundheitliche Versorgung genannter Personenkreise sichergestellt ist, wird derzeit geprüft. Ebenso ist im Gesundheitsrahmenbericht des Gesundheitsamtes das Themenfeld „Soziale Benachteiligung und Gesundheit“ berücksichtigt. In Zusammenhang mit den in den Berichten dargestellten Defiziten / Versorgungslagen sind bei Bedarf weitere Verfahren zum Projekt, gemeinsam mit anderen beteiligten Diensten und Einrichtungen, ggf. über die Gesundheitskonferenz, zu erörtern.

Behandlungszentrum für Folteropfer und Gesundheitsversorgung für illegalisierte Flüchtlinge

Auch in der Stadt Münster leben ausländische Flüchtlinge, die in ihrer Heimat gefoltert wurden und entsprechend traumatisiert sind und solche, die aufgrund der fehlenden Aufenthaltsberechtigung keinen Zugang zum System der Krankenversicherung und zur medizinischen, sozialen und psychologischen Versorgung haben. Die Fürsorge für die Gesundheit dieser Menschen liegt sowohl im Interesse der Betroffenen als auch im öffentlichen Interesse, z.B. Vermeidung epidemiologischer Risiken. Besonderes Ziel ist hier der Aufbau eines Behandlungszentrums, in dem unterschiedliche Fachdisziplinen wie z.B. ÄrztInnen, TherapeutInnen, SozialarbeiterInnen aber auch Organisationen, Behörden und Politik zusammenarbeiten. Für die Versorgung genannter

ter Personenkreise wurden medizinische und psychosoziale Hilfeangebote entwickelt, die durch Sponsoren finanziell unterstützt werden. Das Sozialdezernat unterstützt die Weiterentwicklung zum Ausbau eines Hilfenetzwerkes.

Bestandsaufnahme über Frauen-Gesundheit

Die Bestandsaufnahme soll Aufschluss geben über Gesundheit und Wohlbefinden der in der Stadt Münster lebenden Frauen. In den zurückliegenden Jahren erhielt das Thema Frauengesundheit einen neuen Stellenwert in Münster. Das Gesundheitsamt beschäftigt sich im Rahmen der Initiierung gesundheitsfördernder Maßnahmen auch mit mädchen- und frauenrelevanten Fragestellungen und Themen. Der Gesundheitsbericht, Band 9 hat das Thema „Frauen und Medikamente – Gebrauch oder Missbrauch?“ und zeigt Ziele, Handlungsempfehlungen und präventive Maßnahmen auf. Auch der Gesundheitsrahmenbericht der Stadt hat Themen zur Frauengesundheit aufgegriffen. Die Enquête-Kommission des Landtages „Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung in NRW“ ist interessiert an Fragestellungen zur Versorgung in Münster. Das Gesundheitsamt tauscht sich mit dem Frauenbüro, dem Amt für Kinder, Jugendliche und Familien, der Volkshochschule, den Bildungseinrichtungen sowie mit externen ExpertInnen im Sinne eines Monitorings regelmäßig zu gesundheitsrelevanten Fragestellungen aus. Gemeinsam werden z.B. Frauengesundheitstage ausgerichtet oder frauenspezifische Angebote im Gesundheitshaus vorbereitet und durchgeführt.

Gesundheitsplan

Die Idee des Gesundheitsplanes steht in enger Verbindung zum Gesundheitsrahmenbericht der Stadt. Auftrag sind die Beobachtung und Bewertung der gesundheitlichen Situation der Bevölkerung und die Ableitung von Zielen, Maßnahmen und Handlungsempfehlungen zur kommunalen Gesundheitsförderung sowie zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung vor Ort. Das Gesundheitsamt hat hierzu im Auftrag der Gesundheitskonferenz mit Vertretern aus unterschiedlichen Fachorganisationen wie dem Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin der Universitätskliniken

Münster, Krankenkassen, Ärztekammer, Kassenärztlicher Vereinigung u.a. einen Indikatorenkatalog zu unterschiedlichen Themenfeldern erstellt. Der Bericht ist als eine erste Bestands- und Situationsanalyse zu verstehen und soll der kommunalen Gesundheitspolitik sowie anderen an Gesundheitsfragen Beteiligten als Planungsinstrument und Entscheidungshilfe dienen. Die Informationen aus dem Rahmenbericht können auch für weitere gesundheitsrelevante Fragestellungen z.B. aus der Bürgerschaft genutzt werden. Der Bericht beschäftigt sich u.a. mit folgenden Fragen: Welches sind die derzeit wichtigsten Gesundheitsprobleme? Welche neuen Gesundheitsprobleme haben wir zu erwarten? Wie steht es mit gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen und Verhältnissen? Wie können Gesundheitsrisiken vermieden werden? Welche Präventionsstrategien bieten sich an? Welche Einrichtungen, Dienste und Leistungen werden in Münster vorgehalten? Zu den einzelnen Themenbereichen wurden „Handlungsansätze für Münster“ formuliert. Sie beinhalten Aussagen über Ziele, notwendige Aktivitäten und Maßnahmen. Das Gesundheitsamt bemüht sich in Zusammenarbeit mit der Politik und der Gesundheitskonferenz um eine Umsetzung. Konkrete Einzelmaßnahmen werden dem Ausschuss für Soziales und Gesundheit zur Beratung vorgelegt.

Perspektive

Der lokale Agenda 21-Prozess gilt mittlerweile in Münster als beendet. Die erzielten Ergebnisse hat der Stadtrat verabschiedet. Der Agenda-Prozess wurde in ein „Integriertes Stadtentwicklungs- und Stadtmarketingkonzept“ übergeleitet, in dem die oben beschriebenen Projekte weitergeführt werden. Im Rahmen dieser Stadtentwicklungskonzeption sollen folgende konkrete Leistungen erbracht werden:

- Erarbeitung abgestimmter Zielvorstellungen zur zukünftigen Entwicklung, Positionierung und Profilierung der Stadt,
- Entwicklung und Konkretisierung von Leitthemen,
- Entwicklung und Formulierung zielführender Schlüsselprojekte und Maßnahmen,
- Koordination der Umsetzung und Bündelung der Kräfte,
- Entwicklung eines Instrumentariums zur Erfolgskontrolle.

Das Thema Gesundheit ist im Bereich Soziales und Wohnen verortet und wird z.T. auch als Schnittstellenthema in anderen Schwerpunkten behandelt.

Literatur

www.muenster.de/stadt/agenda/, Zugriff: 21.06.2004.
www.muenster.de/stadt/stadtentwicklung/strategie-ism.html, Zugriff: 21.06.2004.

Vignette 1.2.B Runder Tisch zur „Prävention von Kinderunfällen“ für Dortmunder Agenda 21

Jennifer Beck, Dirk Philippsen

Ein Beispiel aus dem Lokalen Agenda 21-Prozess in Dortmund veranschaulicht die Möglichkeit, den mehrdimensionalen Ansatz der Agenda 21-Konzeption in konkrete Aktivitäten umzusetzen. Mit dem Runden Tisch zur „Prävention von Kinderunfällen“ gelang es, der Komplexität dieses Themas durch die beteiligten Akteure, die verschiedenen Handlungsfelder, die Zielformulierungen und die ergriffenen Maßnahmen gerecht zu werden. Am Runden Tisch „Prävention von Kinderunfällen“ nahmen teil: Allgemeiner Deutscher Fahrradclub, AG Grundschulen Nordstadt, AG weiterführende Schulen, Agenda 21-Arbeitskreis „Nachhaltige Mobilität“, Agenda-Büro der Stadt Dortmund, Tiefbauamt, Gesundheitsamt, Jugendamt, Planungsamt, Feuerwehr, Kindertageseinrichtungen, Krankenkassen, Dortmunder Energie und Wasser, Gemeindeunfallversicherungsverband, Polizei, Verkehrswacht und Verbraucherzentrale.

Die Einrichtung des Runden Tisches hatte folgende Ziele: Verminderung der Zahl der Kinderunfälle im Haus, auf der Straße und beim Spiel; Vermittlung von Informationen zur Unfallverhütung; Förderung der öffentlichen Diskussion über Gefährdung von Kindern; Stärkung von Verantwortung und Aktivität im Stadtteil als Teil einer kommunalen Strategie der Nachhaltigkeit und Prävention; Kooperation von möglichst vie-

len Partnern mit unterschiedlichen Sichtweisen und Zugängen vor Ort: Schulen, Kinder- und Jugendeinrichtungen, türkische Vereinigungen und Moscheen, Nachbarschaftsinitiativen, Vereine und Verbände; Aufbau eines Netzwerkes mit ehrenamtlichen und professionellen Arbeitsmöglichkeiten sowie kommunalen Verantwortlichkeiten bei Behörden, Polizei, Schulen usw.; Entwicklung von Überprüfungsmechanismen (Was hilft nachprüfbar, Kinderunfälle zu verhindern?).

Schon die Konzeption und die Zusammensetzung der Akteure spiegeln den breiten Ansatz wider. Konkrete Aktivitäten, die hier exemplarisch benannt werden, decken verschiedene Aspekte des Themas „Kinderunfälle“ ab. Hier werden verschiedene Zielgruppen angesprochen, unterschiedliche Medien benutzt und mehrere Lebensbereiche und Ursachen von Kinderunfällen berücksichtigt. Ein erstes Beispiel betrifft „Mehrsprachige Aktivitäten“. „Biz Nordstadt da daha az Cocuk kazasi istoyoruz! Wir wollen weniger Kinderunfälle in der Nordstadt!“ Unter diesem Motto wurde sowohl ein Kinderfest als auch eine Aktionswoche veranstaltet. Unter Beteiligung von Kindergärten und Schulen sowie Jugendeinrichtungen wurde auf dem Nordmarkt ein großes Kinderfest mit Fahrrad- und Rollertraining, Gurtschlittenvorführung, Malwettbewerb und vielen anderen Aktivitäten durchgeführt. In Zusammenarbeit mit dem „Offenen Kanal Dortmund“ wurden „Verkehrsvideos“ mit Kindern in deutscher und türkischer Sprache produziert. Eine Schulung türkischer Frauen und Männer als Moderatoren von Veranstaltungen in türkischen Vereinen, Moscheen und Bildungseinrichtungen begann.

Die Vermeidung von Kinderunfällen in verschiedenen Settings und Zielgruppen ist ein weiteres Beispiel. Im Jahre 2001 wurde begonnen, die Arbeit systematisch auf bestimmte Altersgruppen und ihre jeweiligen Risiken zu fokussieren. Die Ausstellung „Kindersicher ist kinderleicht“ wurde initiiert. Hier sollen möglichst viele junge Eltern über die Unfallgefahren in den ersten Lebensjahren aufgeklärt werden, insbesondere über Sturz vom Wickeltisch, Verbrühung mit heißen Flüssigkeiten, Einnahme giftiger Substanzen wie Reinigungs- und Putzmittel. Hierzu gehören auch die Entwicklung

Tabelle 1.3-1: Europäische Ministerkonferenzen Umwelt und Gesundheit der WHO 1989-2004: Überblick und Themenschwerpunkte

Jahr	Ort	Beschluss zu	Teilnehmende Staaten
1989	Frankfurt / Main	Politikprinzipien in Europäischer Charta Umwelt und Gesundheit	20
1994	Helsinki	Vorbereitung von Aktionsplänen Umwelt und Gesundheit	40
1999	London	Umsetzung von Aktionsplänen Umwelt und Gesundheit	48
2004	Budapest	Evaluation von Aktionsplänen Umwelt und Gesundheit; Schwerpunkt: Kinder, Umwelt und Gesundheit	50

eines Drei-Jahres-Programms für Kindergärten zur Unfallvermeidung im Verkehr mit dem Schwerpunkt Elternbeteiligung; die Verstärkung der Elternschulung im Grundschulbereich unter dem Gesichtspunkt der Vermeidung von Fußgängerunfällen sowie ein Konzept für Schüler der 5. und 6. Klassen weiterführender Schulen mit Entwicklung von Schulwegeplänen und Fahrradtraining.

Das dritte Beispiel betrifft ein Verkehrsprojekt, das über reine Unfallverhütung hinaus geht. Im Jahr 2002 initiierte der Runde Tisch „Prävention von Kinderunfällen“ u.a. das Projekt „Sicher zur Schule und nach Hause“. Kinder brauchen ihren Fertigkeiten und Fähigkeiten entsprechende Mobilitätschancen auch auf dem Weg zur Schule und nach Hause. Das Projekt will Schulen anregen, gemeinsame Aktivitäten zu entwickeln. Insbesondere geht es darum, dass mehr Kinder als bisher sich zu Fuß oder per Rad auf sicheren Wegen und mit passender Ausrüstung (wie Fahrradhelm, Leuchtkleidung) zur Schule bewegen; dass weniger Autofahrten von Eltern weniger Schadstoffemissionen und weniger Verkehr im Schulumfeld produzieren; und dass die Verkehrsmittelwahl ein Thema in Unterricht und Schulalltag wird. Zielgruppe sind Kinder und Jugendliche zwischen 6 und 20 Jahren.

Literatur

Stadt Dortmund, Agenda Büro (2002): Dortmunder Berichte - Weitere gute Beispiele nachhaltiger Entwicklung in Dortmund. Aktionen und Projekte zur Agenda 21, Nr. 6/2002.

URL 1: http://www1.dortmund.de/themen/lokalpolitik/subthemen/buergerbeteiligung/lokale_agenda/, Zugriff: 21.06.2004.

1.3 Aktionspläne Umwelt und Gesundheit

Manfred H.J. Schmitz, Ulrike Wolf

Aktionspläne Umwelt und Gesundheit, die in einigen Ländern wie z.B. Deutschland auch als Aktionsprogramme bezeichnet werden, beinhalten Ziele und Maßnahmen zur Verbesserung des umweltbezogenen Gesundheitsschutzes. Sie sollen dazu beitragen, dass sich alle zuständigen Akteure möglichst weitgehend auf eine gemeinsame Politik sowie Aktivitäten im Bereich Umwelt und Gesundheit verständigen, um die bestehenden Probleme im Bereich Umwelt und Gesundheit gemeinsam zu lösen.

Die Entstehung dieser Aktionspläne ist auf eine Serie Europäischer Ministerkonferenzen Umwelt und Gesundheit der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zurückzuführen (Tab. 1.3-1). Seit der ersten Konferenz in Frankfurt / Main im Jahre 1989 finden diese regelmäßig im Abstand von fünf Jahren statt. Auf der Zweiten Europäischen Ministerkonferenz in Helsinki 1994 wurde der Aktionsplan Umwelt und Gesundheit für Europa (Environmental Health Action Plan for Europe, EHAPe) verabschiedet und die Aufstellung entsprechender nationaler Aktionspläne Umwelt und Gesundheit (National Environmen-

Tabelle 1.3-2: Vergleich Nationaler Aktionspläne Umwelt und Gesundheit (NEHAPs) mit dem Europäischen Aktionsplan Umwelt und Gesundheit (EHAPE) der WHO: Übersicht über die Themenfelder

Land	D	FIN	GB	N	A	S	CH	AL	BG	KS	LV	RUS	SK	CZ	UA	H	UZ	BY
Institutioneller Rahmen																		
Managementinstrumente																		
Gesundheitsgefahren																		
Lebens-&Arbeitsumwelt																		
Wirtschaftssektoren																		
Internationale Maßnahmen																		

 = in NEHAP nicht vorhanden

 = in NEHAP vorhanden

D = Deutschland, FIN = Finnland, GB = Großbritannien, N = Norwegen, A = Österreich, S = Schweden, CH = Schweiz, AL = Albanien, BG = Bulgarien, KS = Kirgistan, LV = Lettland, RUS = Russische Föderation, SK = Slowakische Republik, CZ = Tschechische Republik, UA = Ukraine, H = Ungarn, UZ = Uzbekistan, BY = Weißrussland

tal Health Action Plans, NEHAPs) in Europa beschlossen (WHO-EURO 1994a, 1994b). Zur dritten Europäischen Ministerkonferenz im Jahr 1999 in London konnten bereits eine Reihe von Ländern, hierunter auch Deutschland, entsprechende Pläne vorlegen. Auf der London-Konferenz verpflichteten sich die europäischen Gesundheits- und Umweltminister, die nationale Umsetzung dieser Aktionspläne voranzutreiben und zu unterstützen. Seither ist der Prozess weiter vorangeschritten. Weitere Länder haben inzwischen entsprechende Aktionspläne aufgestellt oder – wie z.B. die Slowakische Republik – eine revidierte Fassung des NEHAP-Dokumentes erstellt. Inzwischen haben über 40 Länder in der europäischen WHO-Region solche Pläne formuliert oder bereiten diese vor. Eine Reihe von Ländern sind bereits dabei, ihre Nationalen Aktionspläne umzusetzen.

1.3.1 Aufstellung und Umsetzung Nationaler Aktionspläne Umwelt und Gesundheit

Für viele Länder war die Aufstellung der Aktionspläne mit Schwierigkeiten verbunden. Es

wurden daher eine Reihe von Aktivitäten gestartet, um die Länder zunächst bei der Aufstellung und im weiteren Prozessverlauf bei der Umsetzung ihrer Pläne zu unterstützen. Hierzu gehört u.a. die Einrichtung des Europäischen Ausschusses für Umwelt und Gesundheit, dessen Aufgaben u.a. in der Koordination und Evaluation der Umsetzung des EHAPE, der Unterstützung der Länder bei der Aufstellung ihrer NEHAPs sowie in der Förderung der Informationsverbreitung und des Informationsaustauschs besteht. Ferner zählt hierzu die Initiierung verschiedener Pilot-Projekte, deren Ergebnisse und Erfahrungen sowohl den an den Projekten Beteiligten als auch den übrigen europäischen Ländern bei der Aufstellung und Umsetzung der NEHAPs helfen sollten. Exemplarisch sei hier das auf zwei Jahre angelegte Pilot-Projekt „Implementing National Environmental Health Action Plans in the Czech Republic, Estonia, Lithuania, Poland and the Slovak Republic“ genannt, das vom Europäischen WHO-Regionalbüro in Kooperation mit der Dänischen Umweltschutzagentur durchgeführt wurde. Zusätzlich entstanden Publikationen und Leitfäden, welche die Aufstellung und Umsetzung von Aktionsplänen Umwelt und Gesundheit auf nationaler und lokaler Ebene behandeln.

Auf der Helsinki-Konferenz verpflichteten sich die europäischen WHO-Mitgliedsländer, ihrerseits nationale Aktionspläne zu erarbeiten; der Europäische Aktionsplan sollte hierbei als Orientierungsrahmen dienen. Um die länderspezifischen Erfahrungen und Ergebnisse zu erschließen, wurden bestehende Ansätze systematisch ausgewertet (Wolf & Fehr 2002). Der Analyse liegen 18 NEHAP-Dokumente sowie weitere einschlägige Dokumente insbesondere der WHO-Europa zugrunde. Schwerpunkte der Analyse betrafen unter anderem Verfahrenswege zur Erstellung von NEHAPs wie Einrichtung von Strukturen, Prioritätensetzung, Öffentlichkeitsbeteiligung etc., ferner Inhalte der nationalen Aktionspläne sowie ihre Konkordanz zum Europäischen Aktionsplan. Einige der Analyseergebnisse werden im Folgenden vorgestellt.

Insgesamt zeigt sich, dass in den Ländern recht unterschiedliche Vorgehensweisen zur Aufstellung von NEHAPs gewählt wurden. Dies betrifft z.B. Zusammensetzung und Aufgaben der Gremien zur Aufstellung der NEHAPs, die Verfahrenswege zur Kommentierung der NEHAPs sowie Zeitpunkt und Umfang der Öffentlichkeitsbeteiligung am NEHAP-Prozess. So haben die meisten Mitgliedsstaaten (wie auch Deutschland) auf der Ebene der nationalen Regierung einen politischen Beschluss zur Aufstellung ihres NEHAPs gefasst, um den Plan dann auf lokaler Ebene zu vollziehen und umzusetzen (top-down-approach). Im Gegensatz dazu werden in einzelnen Mitgliedsstaaten wie z. B. Finnland Aktivitäten auf lokaler Ebene von der nationalen Regierung gebündelt und in die internationale Diskussion eingespeist (bottom-up-approach), wie dies in Deutschland z. B. für den Agenda 21-Prozess gilt. Auffällig ist die zumeist geringe Beteiligung der Öffentlichkeit bei der Erstellung der NEHAPs.

Bei der Aufstellung der NEHAPs wurde unter Berücksichtigung der länderspezifischen Belange empfohlen, sich am Europäischen Aktionsplan zu orientieren. Dieser EHAPE behandelt verschiedene Themenbereiche, darunter Managementinstrumente für den umweltbezogenen Gesundheitsschutz (z.B. Informationssysteme, Information und Beteiligung der Öffentlichkeit; Aus-, Fort- und Weiterbildung; Forschung), spezifische umweltbedingte Gesundheitsgefahr-

ren (bezogen z.B. auf Wasser; Luft; Lebensmittel; Strahlung; Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz) sowie Wirtschaftssektoren (z.B. Energie; Verkehr; Landwirtschaft). Ein Vergleich der NEHAP-Inhalte mit dem Inhalt des EHAPE ergab ein sehr heterogenes Bild. So haben sich einige Länder eng an dem im EHAPE aufgeführten Themenkatalog orientiert, während andere Länder in ihren Dokumenten lediglich einige der im EHAPE aufgeführten Themen aufgegriffen und z.T. ganze Themenbereiche wie z.B. Wirtschaftssektoren nicht behandelt haben (Tab. 1.3-2). Hervorzuheben ist die Ergänzung um das Thema Lärm in 13 der 18 untersuchten NEHAPs, welches im Europäischen Aktionsplan fehlte.

Viele europäische Länder setzen gegenwärtig ihre Nationalen Aktionspläne Umwelt und Gesundheit um. In einigen Ländern entstanden entsprechende Umsetzungsstrategien bereits frühzeitig als Bestandteil des NEHAP-Prozesses (WHO-EURO 1999b). So enthalten manche NEHAP-Dokumente konkrete Umsetzungsstrategien und führen die verantwortlichen Akteure, den Zeitpunkt und ggf. auch die hierfür notwendigen Ressourcen auf. Zum Teil enthalten die NEHAPs selber gesonderte Kapitel zu ihrer Umsetzung. In anderen Fällen wurden ergänzende Dokumente zum NEHAP erstellt mit dem Ziel, die Umsetzung in die Praxis zu konkretisieren. So wurde z.B. in der Schweiz im September 2002 ein entsprechendes Umsetzungsprogramm herausgegeben, das sich auf den Aktionsplan Umwelt und Gesundheit aus dem Jahr 1997 stützt; dies ist das Aktionsprogramm Umwelt und Gesundheit 2001-2007 (BAG 2002).

Auf der Dritten Europäischen Ministerkonferenz Umwelt und Gesundheit 1999 in London tauschten die Länder ihre Erfahrungen bzgl. der Umsetzung von NEHAPs aus. Noch im selben Jahr trafen VertreterInnen aus zehn Ländern erneut zusammen, um die Diskussion über die Umsetzung ihrer Aktionspläne fortzusetzen. Auf dem Treffen wurden verschiedene Faktoren identifiziert, die für eine erfolgreiche Umsetzung von Aktionsplänen Umwelt und Gesundheit als wesentlich erachtet werden. Hierzu gehören das Ausmaß der politischen Unterstützung sowie ein politischer Beschluss zur Umsetzung des Aktionsplans, der Umfang verfügbarer finanzi-

eller und personeller Ressourcen, die Beteiligung von Wirtschaftssektor, lokalen Behörden und Öffentlichkeit, intersektorale Kooperationen, eindeutige Zuständigkeiten der Akteure sowie ein Monitoring-, Berichts- und Evaluationssystem einschließlich Indikatoren auf internationaler, nationaler, subnationaler(regionaler) sowie lokaler Ebene (Kello 2000; Ivanov 2002). Offenkundig ist die Umsetzung von NEHAPs deutlich schwieriger als ihre Erarbeitung; nach Einschätzung der WHO ist ein Zeitraum von 5 bis 10 Jahren hierfür anzusetzen (WHO 1999b, p.208).

Die vierte Europäische Ministerkonferenz Umwelt und Gesundheit im Oktober 2004 in Budapest stand unter dem Motto „The future of our children“. In Vorbereitung auf die Konferenz erfolgte eine Evaluation der NEHAP-Prozesse und entsprechender lokaler Aktionspläne (Local Environmental Health Action Plans, LEHAPs). Diese Evaluationen erfolgten sowohl auf nationaler wie auch internationaler Ebene. Derzeit liegen Ergebnisse einer Pilot-Evaluation vor, an der sich Bulgarien, Estland, Deutschland, Ungarn, Litauen, Malta, Polen, Schweden, Schweiz und Großbritannien beteiligt haben. Die Pilot-Evaluation ergab, dass NEHAPs dem Thema Umwelt und Gesundheit auf der politischen Agenda zu mehr Gewicht verhelfen haben und dass neue intersektorale Denk- und Handlungsweisen entstanden sind. Die Sichtbarkeit der NEHAPs sei allerdings im wesentlichen auf den Kreis der unmittelbar Beteiligten beschränkt geblieben (für weitere Details vgl. Vignette 4.5.A).

Von mehreren Seiten wurde festgestellt, dass die Umsetzung der Nationalen Aktionspläne im Wesentlichen auf lokaler Ebene erfolgen muss. In der Erklärung zur Dritten Europäischen Ministerkonferenz Umwelt und Gesundheit wurde daher empfohlen, lokale Pläne zur Verbesserung des umweltbezogenen Gesundheitsschutzes bzw. des gesundheitsbezogenen Umweltschutzes zu erstellen und umzusetzen (WHO-EURO 1999a, p.9). In verschiedenen Ländern entstanden erste Lokale Aktionspläne Umwelt und Gesundheit (LEHAPs), die inzwischen umgesetzt werden oder deren Umsetzung geplant ist. Den Ergebnissen der genannten Pilot-Evaluation zufolge scheinen NEHAPs zumindest bisher eher auf

nationaler Ebene als auf lokaler Ebene zu entsprechenden Aktivitäten geführt zu haben.

Die Europäische Kommission stellte Mitte Juni 2003 ihre Vorschläge für eine „Europäische Strategie für Umwelt und Gesundheit“ vor, die auf ein besseres Verständnis der Zusammenhänge zwischen Umweltfaktoren und Gesundheitszustand ausgerichtet ist und in den Jahren 2004 bis 2010 mit einem konkreten Aktionsplan verknüpft werden soll. Ziel der Initiative ist es, neue Bedrohungen für die menschliche Gesundheit durch Umwelteinflüsse zu erkennen und zu verhindern, umweltbedingte Krankheiten einzudämmen und die EU-Politik in diesem Bereich weiter zu entwickeln.

Neu an der europäischen Strategie ist ihr ganzheitlicher Ansatz, nämlich die integrierte Betrachtung von Gesundheits- und Umweltfragen. Forschungsergebnisse und Informationen zum Ökosystem, zur Umweltverschmutzung und zur Gesundheit des Menschen sollen intensiver als bisher miteinander verknüpft werden. Neue Erkenntnisse über die vielschichtigen Zusammenhänge und Wechselbeziehungen, z.B. über die Wirkung der Kombination mehrerer Stoffe auf den menschlichen Organismus und die Umwelt sollen helfen, Gesundheitsrisiken besser einzuschätzen und auf dieser Basis effektivere Umweltgesetze und Gesundheitsschutzmaßnahmen zu entwickeln. Damit ist es – nicht zuletzt durch deutsche Initiative – gelungen, die EU-Kommission in den für Budapest notwendigen Evaluationsprozess einzubinden und Synergismen zu nutzen. Bei der weiteren Diskussion auf EU-Ebene bleibt es notwendig, die Mitgliedsstaaten weiterhin eng zu beteiligen. – In welchem Umfange sich die hochgesteckten Ziele des EU-Programms verwirklichen lassen, wird die Zukunft zeigen.

1.3.2 Das Bundesdeutsche Aktionsprogramm Umwelt und Gesundheit (APUG)

In Deutschland existiert bereits seit mehreren Jahren für die nationale Ebene das Bundesdeutsche Aktionsprogramm Umwelt und Gesund-

heit (APUG) (URL 1). Im Juni 1999 haben das Bundesgesundheitsministerium und das Bundesumweltministerium durch die Unterschrift ihrer Minister das Bundesdeutsche Aktionsprogramm „Umwelt und Gesundheit“ verabschiedet. Von Seiten dieser beiden Ministerien wurde dazu mitgeteilt: „Wir freuen uns, dass mit dem hier vorgelegten Aktionsprogramm „Umwelt und Gesundheit“ erstmals in der Geschichte der Umwelt- und Gesundheitspolitik in Deutschland die Grundlage für eine umfassende Auseinandersetzung mit gesundheitlichen Folgen von Umwelteinwirkungen vorgelegt wird. Den äußeren Anlass für die Erarbeitung gab die Zweite Europakonferenz der Umwelt- und Gesundheitsminister 1994 in Helsinki. Aber auch ohne diesen zukunftsweisenden Anstoß ist, wie wir meinen, eine Positionsbestimmung und politische Aussage zum Themenkomplex Umwelt und Gesundheit in Deutschland überfällig gewesen“ (BMG & BMU 1999).

Zur Abstimmung und Organisation hinsichtlich der Umsetzung der einzelnen Maßnahmevorschläge des APUG wurde eine Steuerungsgruppe aus Vertretern der beiden Ministerien und der beteiligten Bundesoberbehörden gebildet. Auf der Ebene der beteiligten Bundesoberbehörden, also Bundesamt für Strahlenschutz, damaliges Bundesinstitut für gesundheitlichen Verbraucherschutz und Veterinärmedizin, Robert Koch-Institut und Umweltbundesamt (UBA), entstand eine Koordinierungsgruppe mit einer Geschäftsstelle im UBA. Der Vorsitz der Koordinierungsgruppe wechselt im jährlichen Turnus; Aufgabe ist die wissenschaftliche Unterstützung der Ministerien bei der Umsetzung des Aktionsprogramms. Zur politischen Beratung bei der Umsetzung und Weiterentwicklung der Zielsetzungen des Aktionsprogramms beriefen die Ministerien einen Beraterkreis mit externen Experten unter Beteiligung von Nicht-Regierungsorganisationen. Zur fachlichen Begleitung von Einzelprojekten können bei Bedarf Fachgespräche geführt und Projektgruppen gebildet werden, auch unter Hinzuziehung weiterer nationaler und internationaler Experten.

Im Juni 2002 wurde das Programm nach der Hälfte seiner geplanten Laufzeit einer Zwischenauswertung unterzogen. Hierzu wurden die Zielsetzungen und erreichten Ergebnisse des

Programms im Rahmen eines Perspektivensymposiums mit der Fachöffentlichkeit und Vertretern von Nichtregierungsorganisationen diskutiert. Auf die in einem Statusbericht veröffentlichten Ergebnissen dieser Zwischenauswertung (APUG-Koordinierungsgruppe 2002) aufbauend wurde das Programm weiterentwickelt. Die Zielsetzungen orientieren sich besonders an der Koalitionsvereinbarung (URL 2) zum Thema „Umwelt und Gesundheit“. Eine wesentliche Zielgruppe der geplanten Aktivitäten stellen Kinder und Jugendliche dar; gleichwohl kommen die meisten Projekte auch der Gesundheit der Gesamtbevölkerung zugute.

Im Wesentlichen sollen folgende Ansätze verfolgt werden, an deren Umsetzung sich seit dem Jahre 2002 das Bundesministerium für Verbraucherschutz, Ernährung und Landwirtschaft als dritter und gleichwertiger Partner neben dem Bundesgesundheitsministerium und dem Bundesumweltministerium beteiligt:

- Einbeziehung von gesundheitlichem Verbraucherschutz und von Ernährungsaspekten,
- Auseinandersetzung mit den Empfehlungen des ersten Teiles des APUG-Dokumentes, der schwerpunktmäßig die Verbesserung der Verfahren und Instrumente im umweltbezogenen Gesundheitsschutz zum Ziel hatte (u.a. Risikokommunikation, Risikobewertung und Standardsetzung, Umweltmedizin) und ressort-interne Umsetzung von Empfehlungen,
- Fokussierung auf einzelne gesundheitsrelevante Belastungen aus Umwelt und Ernährung (Radon, elektromagnetische Strahlung, UV-Strahlung, Schimmelpilze, Ernährungsweise) unter Einbeziehung des im ersten Teil entwickelten Rahmens,
- Verbesserung der Information über Gesundheitsrisiken aus Umwelt und Ernährung, insbesondere für Kinder und Jugendliche u.a. durch Internetseite zu Umwelt und Gesundheit für Kinder und Jugendliche, Evaluierung von Aufklärungsmaßnahmen zum Thema Freizeidlärm, Aufklärungsmaßnahmen zu Mobilfunk und gesunder Ernährung sowie Verbesserung der Informationsbasis zu Textilien und Bauprodukten.

Dabei werden die Organisationsstrukturen im APUG grundlegend geändert. Zu einzelnen The-

men sollen künftig Projektgruppen eingerichtet werden, die bedarfsgerecht aus den Fachreferaten der Ministerien, Experten der Bundesoberbehörden, der Fachöffentlichkeit und Nicht-Regierungsorganisationen zusammengesetzt sind. Der Beraterkreis, der aus externen Experten und NGO-Vertretern bestand, wird nicht weitergeführt. Die arbeitsgruppenübergreifende Koordination, Information und Zusammenarbeit mit den Bundesoberbehörden und den Ländern soll durch die Fachreferate der Ministerien erfolgen. Die beim Umweltbundesamt angesiedelte Geschäftsstelle zum APUG soll die Ministerien bei diesen Aufgaben und bei der Organisation der Projektgruppen unterstützen. Auch die bisherigen ressortinternen Organisationsstrukturen (Steuerungsgruppe und Koordinierungsgruppe) werden nicht fortgesetzt.

Festzuhalten ist, dass die hier aufgeworfenen Fragen im Bereich von Gesundheit und Umwelt nicht dem klassischen Muster einer Ressortzuständigkeit folgen, weil sie intersektoriell und interministeriell sind. Dies bedeutet, sie können und sollten auf Bundesebene nicht von einem einzelnen Ressort bearbeitet werden. Daher haben sich bei der Etablierung des Aktionsprogramms Umwelt und Gesundheit im Jahre 1999 das Bundesumweltministerium und das Bundesgesundheitsministerium auf einen Modus geeinigt, der keines der beiden Ministerien als Federführer festlegte und somit eine Kooperation im Interesse der Sache zwingend erforderlich machte. Seit dem Jahr 2002, nach Evaluierung des Programms mit Hilfe eines Statusberichtes, ist wie erwähnt das Verbraucherministerium offiziell als drittes Ressort hinzugestoßen, so dass nunmehr drei Bundesressorts ohne Federführung beteiligt sind. Danach wurde nicht nur das Spektrum um die Verbraucherschutzinteressen erweitert, sondern das gesamte Aktionsprogramm neu definiert und ausgerichtet.

Um dem intersektoralen Charakter des Aktionsprogramms auf nationaler Ebene Rechnung zu tragen, sind zahlreiche weitere Ebenen in die Diskussion und Ausführung einzubeziehen, die ebenfalls eine wichtige Rolle bei der Bewältigung der anstehenden Probleme spielen. Hierzu gehören unter anderem die Bundesoberbehörden, die insbesondere den für die Ministerien notwendigen Fachverstand repräsentieren und

darüber hinaus die notwendige Verbindung zur Wissenschaft an Universitäten und Forschungsinstituten gewährleisten. Weiterhin wurden auch Vertreter von Nicht-Regierungsorganisationen wie z.B. Umweltverbänden konsultiert. Auch Vertreter der lokalen Ebene von Ländern und Kommunen wurden einbezogen.

Oberste Grundlage des Verwaltungshandelns ist das Grundgesetz. Danach liegt der Vollzug der Gesetze und sonstiger Regelungen im Bereich von Gesundheit und Umwelt nur in Ausnahmefällen wie z.B. beim Strahlenschutz und der Reaktorsicherheit in Bundeskompetenz, auch wenn sie sich auf internationale Vereinbarungen oder Verträge stützen. Grundsätzlich liegt die Umsetzung im Bereich Gesundheit und Umwelt auf der Ebene der Länder oder auf kommunaler Ebene; das gilt auch für die Finanzierung. Im vorliegenden Fall ist das Bundesengagement durch das Aktionsprogramm nicht nur inhaltlich sondern auch zeitlich begrenzt bis zum Jahre 2005, um der gegebenen verfassungsrechtlichen Situation Rechnung zu tragen. Das bedeutet aber auch, dass die sich aus diesem Programm ergebenden Verpflichtungen grundsätzlich danach vom Bund abgegeben und von anderen übernommen werden müssen.

Im Jahr 1999 hat man sich auf Bundesebene zwischen den am Aktionsprogramm Beteiligten auf einen Top-Down-Ansatz geeinigt. Dies bedeutet, dass der Bund die Rahmenbedingungen für die Umsetzung des Programms auf nationaler Ebene definiert und entsprechende Schwerpunkte gesetzt hat. Wie der Blick auf andere europäische Staaten zeigt, ist dies jedoch nicht selbstverständlich. So haben z.B. die Schweiz oder Finnland zur Umsetzung einen Bottom-Up-Ansatz gewählt, indem sich das jeweilige nationale Programm als ein Mosaik zahlreicher lokaler Einzelaktivitäten darstellt, wie dies in Deutschland bei der Umsetzung von Agenda 21 verfolgt wird. Das Aktionsprogramm Umwelt und Gesundheit ist nicht als starrer Rahmen zu verstehen, bei dem die einmal getroffene Entscheidungen und Strukturen auf Dauer festgeschrieben sind. Vielmehr wird das Aktionsprogramm Umwelt und Gesundheit sowohl international als auch national als Prozess verstanden, der neue Erkenntnisse einbezieht, sich hinterfragt, und ggf. neu ausrichtet.

1.3.3 Das Aktionsprogramm Umwelt und Gesundheit Nordrhein-Westfalen (APUG NRW)

Entsprechend der NRW-Koalitionsvereinbarung aus dem Jahr 2000 entsteht zurzeit für NRW als erstes deutsches Bundesland ein Aktionsprogramm Umwelt und Gesundheit. Hierzu heißt es in der NRW-Koalitionsvereinbarung 2000-2005 „Eine Allianz für Nordrhein-Westfalen“: „Der steigenden Bedeutung der anthropogen verursachten Umweltbeeinträchtigungen für die Gesundheit der Menschen wird Rechnung getragen. Dazu werden die bestehenden Ansätze in Ergänzung zum Aktionsprogramm des Bundes in einem Aktionsprogramm „Umwelt und Gesundheit NRW“ auf der Basis eines ganzheitlichen und medienübergreifenden Ansatzes in Verbindung mit Nachhaltigkeit zusammengeführt werden. In Zusammenarbeit mit den örtlich zuständigen Gesundheits- und Umweltämtern werden auf dieser Basis regional konkrete Maßnahmen erarbeitet und gemeinsam umgesetzt.“

Die Federführung für den Prozess obliegt dem Ministerium für Umwelt und Naturschutz, Landwirtschaft und Verbraucherschutz (MUNLV) NRW. Zur Unterstützung des MUNLV bei der Vorbereitung des Aktionsprogramms wurde Ende 2000 eine wissenschaftliche Geschäftsstelle an der Universität Bielefeld eingerichtet. An den vorbereitenden Arbeiten waren neben der Universität Bielefeld das Landesumweltamt NRW sowie das Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW beteiligt. Im April 2002 konstituierte sich eine Steuerungsgruppe (damals als „Kerngruppe APUG NRW“), in welcher verschiedene Institutionen aus Verwaltung und Wissenschaft sowie Nichtregierungsorganisationen vertreten sind. Von der Kerngruppe wurden als erste prioritäre Themenfelder Verkehr (Lärm, Luftqualität), Gesundes Wohnen / Innenraumluft sowie Risikokommunikation identifiziert. Zu diesen Themenbereichen werden derzeit erste Projekte durchgeführt bzw. sind in der Vorbereitung.

Um weitere Institutionen, insbesondere aus den Bereichen Umwelt und Gesundheit, am Prozess zu beteiligen, fand im Oktober 2003 ein

„Forum APUG NRW“ statt. Ziel der Veranstaltung war es, die bisherige Arbeit vorzustellen, die prioritären Themenfelder kritisch zu reflektieren sowie Strukturen für eine anschließende Arbeitsphase aufzubauen. Zu einem späteren Zeitpunkt soll dann ein strategisches Dokument erstellt werden, welches Zielvorschläge für den umweltbezogenen Gesundheitsschutz in Nordrhein-Westfalen enthalten soll. Im Rahmen der bisherigen Arbeit sind erste Produkte entstanden, hierunter ein Diskussionspapier zum Thema Risikokommunikation, eine Zusammenstellung von Praxisbeispielen Umwelt und Gesundheit NRW, zwei Berichte über die Erfahrungen anderer Länder bei der Aufstellung und Umsetzung von Aktionsplänen Umwelt und Gesundheit sowie ein Internetauftritt zum APUG NRW. Ein Situationsbericht Umwelt und Gesundheit NRW ist in Vorbereitung. Die bereits fertiggestellten Produkte sowie nähere Informationen zum APUG NRW-Prozess stehen im Internet (URL 1) zur Verfügung.

1.3.4 Zusammenfassung und Ausblick

Mit dem EHAPE und den NEHAPs wurden erstmalig Strukturen und Kommunikationswege im internationalen und nationalen Bereich geschaffen und beschrieben, deren Erfahrungen sich auch andere zu Nutzen machen können. Immer mehr Fragestellungen tauchen auf, die sich nicht auf Nationalstaaten beschränken lassen und darüber hinaus in den einzelnen Staaten ein intersektorales Vorgehen – eben über die Grenzen der eigenen Zuständigkeit hinaus – erfordern, wenn sie Erfolge zeigen sollen. Aktionsprogramme Umwelt und Gesundheit sind daher auch interessant, um Synergien entstehen zu sehen und darüber hinaus Wege zu entdecken wie öffentliche Ressourcen auch international effizienter genutzt werden können.

Dabei war auf internationaler Seite bei den aktuell den EU-Beitritt anstrebenden Staaten (Accession States) ein interessantes Phänomen zu beobachten. Die Erstellung nationaler Aktionspläne im Bereich Umwelt und Gesundheit

wurde als Argument für die Erfüllung der Konvergenzkriterien genutzt. Somit haben sich die Beitrittsländer durch die Erfüllung eines Formalkriteriums für die Aufnahme in die EU empfohlen, obwohl klar ist, dass umweltbedingte Gesundheitsschäden in Europa unterschiedlich stark verbreitet sind; so ist beispielsweise die Prävalenz von aus Gewässern und Trinkwasser herrührenden Krankheiten in den Beitrittsländern höher, während in einigen derzeitigen EU-Mitgliedsstaaten Asthma stärker verbreitet ist. Angesichts solcher geographischer Unterschiede in Europa wird diese Strategie von Anfang an für die erweiterte Union entwickelt. Dies wird nicht nur ein besseres Verständnis in Europa bestehender Unterschiede bei umweltbedingten Krankheiten gestatten, sondern auch eine bessere Grundlage liefern, um langfristige Gesundheitsschäden und Umweltfaktoren zueinander in Beziehung setzen zu können, indem insbesondere auch sozioökonomische Aspekte der umweltbedingten Krankheiten angegangen werden. In einem von der EU finanzierten und von der WHO durchgeführten Projekt wird derzeit der Gesundheitszustand in den Mitgliedsstaaten der EU, den Beitrittsländern und den Ländern im westlichen Balkanraum untersucht. Die Ergebnisse fließen in die europäische Gesamtbewertung für die Konferenz in Budapest 2004 ein.

Aus den durch die Verfassung festgelegten Kompetenzen des Bundes, der Länder und der kommunalen Akteure im Bereich des Gesundheits- und Umweltschutzes ergibt sich die Einschränkung des Mandats für die Bundesbehörden in diesem Themenkomplex. Daher ist es Ziel der Bundesministerien, in diesem Bereich Erkenntnisse zu gewinnen, die von den übrigen Akteuren übernommen und weiterverwendet werden können, damit der auf internationaler Ebene eingeleitete Prozess national über das Jahr 2005 hinaus weiterläuft und der Bund ggf. als helfender Vermittler zwischen den verschiedenen Ebenen fungiert. Aus dieser Perspektive werden lokale Aktivitäten sowie Aktionsprogramme auf Länderebene angesehen als hilfreiche Initiativen im Interesse der Sache und als notwendige Entwicklungen in dem Prozess, den Staffeltab in zahlreichen Bereichen vom Bund in einigen Jahren zu übernehmen.

Literatur

- APUG-Koordinierungsgruppe (Hrsg.) (2002): Aktionsprogramm Umwelt und Gesundheit. Statusbericht. Oktober 2002, Berlin.
- BAG / Bundesamt für Gesundheit, Fachstelle Gesundheit und Umwelt (Hrsg.) (2002): Aktionsprogramm Umwelt und Gesundheit 2001-2007: Ziele, Strategien, Instrumente. September 2002, Bern, CH.
- BMG & BMU / Bundesministerium für Gesundheit, Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz und Reaktorsicherheit (1999): Aktionsprogramm Umwelt und Gesundheit. Juni 1999, Bonn.
- Ivanov, I. (2002): Implementing national environment and health action plans in partnership and local processes for environment and health action. Extended meeting of the Budapest Working Group, 18.-19. April, Lucca, Italy. European Environment and Health Committee, 19 March 2002.
- Kello, D. (2000): NEHAPs – Added value in EU accession. European Bulletin on Environment and Health, Vol. 7, No. 1, January 2000: 4.
- WHO-EURO / Weltgesundheitsorganisation, Regionalbüro für Europa (1994a): Aktionsplan Umwelt und Gesundheit für Europa. Zweite Europakonferenz Umwelt und Gesundheit, Helsinki, Finnland, 20.-22. Juni 1994. WHO EUR/ICP/CEH 212(A).
- WHO-EURO / Weltgesundheitsorganisation, Regionalbüro für Europa (1994b): Erklärung über Maßnahmen für Umwelt und Gesundheit in Europa. Zweite Europakonferenz Umwelt und Gesundheit, Helsinki, Finnland, 20.-22. Juni 1994. WHO EUR/ICP/CEH 212.
- WHO-EURO / Weltgesundheitsorganisation, Regionalbüro für Europa (1999a): Erklärung Dritte Ministerkonferenz Umwelt und Gesundheit. London, 16.-18. Juni 1999. EUR/ICP/EHCO 02 02 05/18 Rev.5.
- WHO-EURO / World Health Organization, Regional Office for Europe (1999b): Overview of the Environment and Health in Europe in the 1990s. Hintergrunddokumentation, Kurzfassung: EUR/ICP/EHCO 02 02 05/6.
- Wolf, U., Fehr, R. (2002): Aktionspläne Umwelt und Gesundheit im internationalen Vergleich: Aufstellung der Pläne. Materialien „Umwelt und Gesundheit“ Nr. 34, Iögd NRW, Bielefeld, April 2002.
- URL 1: www.apug.de, Zugriff: 16.8.2004.
- URL 2: <http://www.bundesregierung.de/Bundesregierung/Koalitionsvertrag-I.-Praeambel-1,1768/V.-Oekologische-Modernisierung.htm#1.9>, Zugriff: 16.8.2004.

1.4 Soziale Stadt, Gesundheitsförderung und Umweltschutz

Rolf-Peter Löhr, Helene L. Luig-Arlt

Die tiefgreifenden wirtschaftlichen Umbrüche der Gegenwart, der Wandel von der Industrie- zur Dienstleistungs- und zunehmend zur Wissensgesellschaft, die Rationalisierung in der Wirtschaft und die Globalisierung der Märkte, die Auflösung von Dauerarbeitsverhältnissen und die zunehmende Spreizung der Einkommen schafft Gewinner, aber auch Verlierer und von Verlusten Bedrohte (Hall & Pfeiffer 2000, pp. 112ff.). Die in den letzten Jahren deutlich verstärkte soziale Polarisierung schlägt sich in den Städten auch räumlich nieder. Dies ist Folge vor allem von zwei Wanderungsbewegungen: Wohlhabendere Haushalte ziehen ins Umland oder in bevorzugte Gegenden innerhalb der Stadt; schwächere Haushalte, vor allem von Arbeitslosigkeit betroffene und sozialhilfeberechtigte, aber auch viele Migrantenhaushalte, ziehen in strukturschwache Gebiete mit billigen Mieten. Gekennzeichnet sind letztere Quartiere durch vielfältige bauliche und städtebauliche, ökologische und ökonomische Entwicklungsdefizite, welche sich für die BewohnerInnen, die sich in einer ohnehin schwierigen Lage befinden, noch einmal benachteiligend auswirken (Häußermann 2000).

1.4.1 Das Bund-Länder-Programm „Soziale Stadt“ – Motivation und Zielsetzung

Die seit 1971 finanziell geförderte klassische Stadtsanierung trägt mit baulich-investiven Maßnahmen zur Verbesserung der Wohnungen und Häuser sowie des Wohnumfelds, also insbesondere der Straßen, Plätze und Grünanlagen, bei. Sie hat das Bild unserer Städte und Gemeinden in den letzten Jahrzehnten wesentlich geprägt, reicht aber angesichts der Komplexität der Probleme der BewohnerInnen heute nicht

mehr aus. Auf Grund vergleichbarer Erfahrungen mit städtebaulichen Entwicklungsprogrammen im Ausland und in einigen Bundesländern vor allem seit Beginn der 1990er Jahre (Übersicht: Box. 1.4-1) legte die Bundesregierung daher 1999 das Bund-Länder-Programm **„Stadtteile mit besonderem Entwicklungsbedarf – die Soziale Stadt“** auf. Das wesentliche Ziel dieses auf Dauer angelegten Programms ist es, die benachteiligten Stadtteile nachhaltig zu selbstständig lebensfähigen und lebenswerten Quartieren zu entwickeln und den dort lebenden Menschen Zukunftsperspektiven und neuen Lebensmut zu verschaffen. Anfangs startete der Bund das Programm mit 100 Millionen DM, später mit 150 Millionen DM bzw. rund 76 Millionen Euro jährlich aus, die von den Ländern und den Gemeinden jeweils um denselben Betrag zu ergänzen sind. Für das Jahr 2003 erfolgte eine Aufstockung auf 80 Millionen Euro, so dass 240 Millionen Euro für das Programm zur Verfügung standen. Insgesamt standen für die Gebiete der Sozialen Stadt seit Start des Programms über 1 Milliarde Euro zur Verfügung, Mittel anderer öffentlicher Einrichtungen oder privater Investoren wie etwa der Wohnungswirtschaft nicht mitgerechnet. Das Programm wird von der Bundesregierung als notwendige Ergänzung der Städtebauförderung angesehen und findet, wie die herkömmliche Städtebauförderung seit 1971, in jährlichen Verwaltungsvereinbarungen zwischen dem Bund und sämtlichen Ländern seine Grundlage (zur Verwaltungsvereinbarung 2002 vgl. Difu 2003b, pp. 310ff.) (Abb. 1.4-1).

Da mit dem Programm Soziale Stadt an die Städte und Gemeinden erhebliche und ungewohnte Anforderungen gestellt werden, hat das Bundesministerium für Verkehr, Bau- und Wohnungswesen in Abstimmung mit den Ländern das Deutsche Institut für Urbanistik (Difu) als Beratungs-, Informations- und Vermittlungsagentur damit beauftragt, die Programmumsetzung zu begleiten und die – derzeit laufende – Zwischen-evaluation des Programms vorzubereiten. Das Difu hat dazu zahlreiche zentrale und dezentrale Veranstaltungen durchgeführt und dokumentiert, ein Soziale Stadt-Info mit inzwischen 13 themenbezogenen Ausgaben (eine davon zur Gesundheitsförderung) sowie eine Schriften-

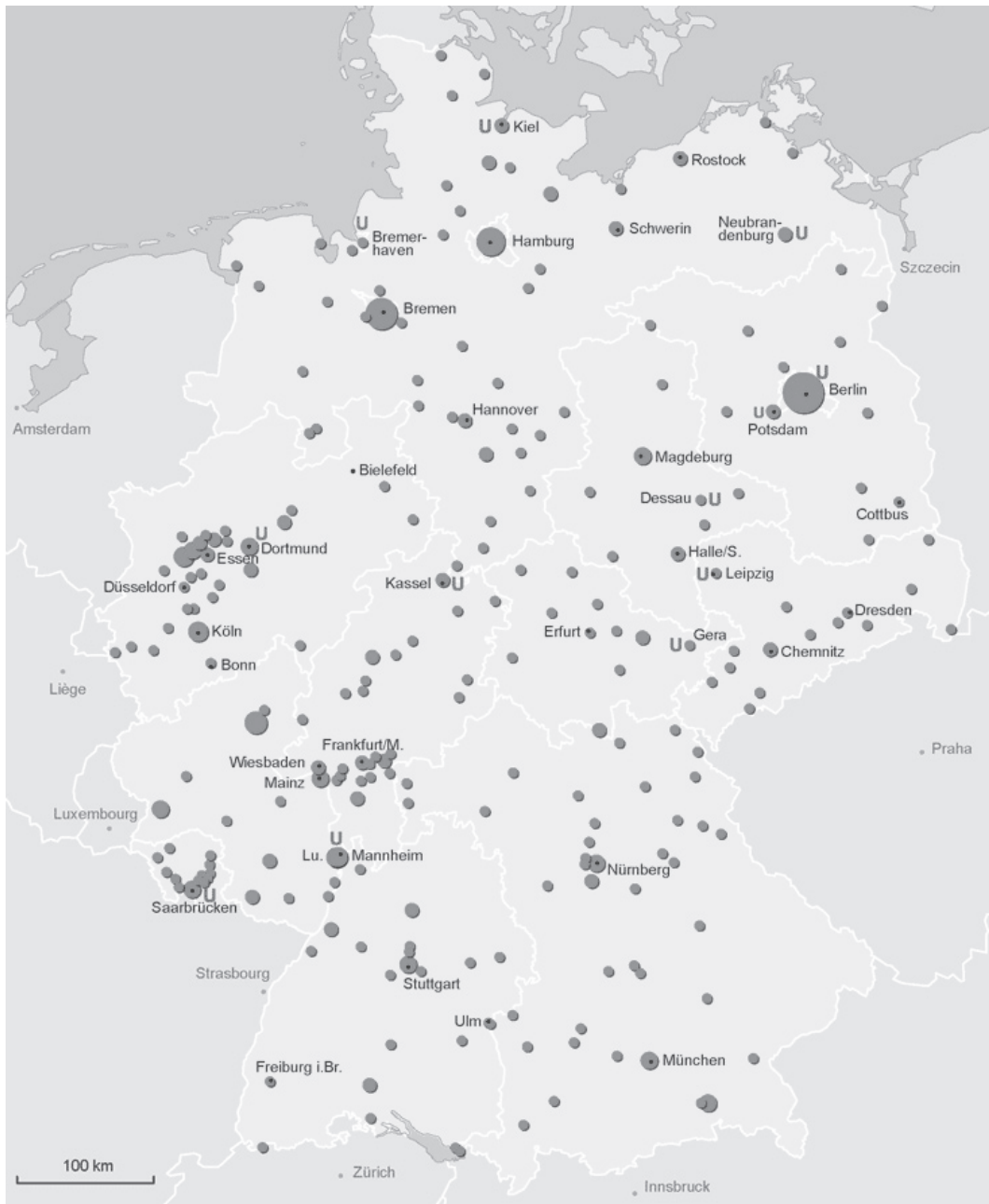


Abbildung 1.4-1: Am Programm „Die soziale Stadt“ teilnehmende Städte und „Urban II“-Städte („U“), 2003. Anzahl der Maßnahmen im Programm „Die soziale Stadt“: kleinste Kreise = 1, größter Kreis = 17 Maßnahmen. Darstellung des Bundesamtes für Raumwesen und Bauordnung, Bonn, 2004. Quelle: URL 1

reihe mit Arbeitspapieren zur Sozialen Stadt herausgegeben sowie ein Internet-Forum mit vielfältigen Informationen und einem Diskussionsforum aufgebaut. In dieses Internet-Forum integriert wurde eine Projektdatenbank, welche mittlerweile weit über 300 integrative Projekte

zu Themenfeldern der Sozialen Stadt ausweist; dabei orientierte sich die Auswahl an den Anforderungen des Programms Soziale Stadt.¹

Neben diesem Netzwerk wurde in 16 von den Ländern ausgewählten Modellgebieten eine sog. Programmbegleitung vor Ort durchgeführt, wel-

Box 1.4-1: Integrierte Programme der Stadterneuerung in Europa als Folge sozialräumlicher Polarisierung 1977 bis heute (Auswahl)

Europäische Union

1994 URBAN I

2000 URBAN II

Großbritannien

1992 City Challenge Programme

1994 Single Regeneration Budget

1998 New Deal for Communities

1998 Area Based Initiatives (einschl. Health Action Zones, Education Action Zones, Employment Zones)

Niederlande

1985 Politik der Sozialen Erneuerung

1994, 1999, 2003 Big Cities Policy

1997 Städtebauliche Umstrukturierung

1999 Investitionsfonds für städtebauliche Erneuerung

Frankreich

1977 Habitat et vie sociale – HVS (Politique de la ville)

1994 Contrats de ville

1994 Initiative für EU-Programm URBAN

1996 Zones franches urbaines

1996 Pacte de Relance pour la Ville (Zones urbaines sensibles)

Dänemark

1997 Kvarterløft (Quartierverbesserung)

Deutschland

1993 Nordrhein-Westfalen: Stadtteile mit besonderem Erneuerungsbedarf, seit 2003: Soziale Stadt Nordrhein-Westfalen

1994 Hamburg: Armutsbekämpfungsprogramm

1999 Berlin: Quartiersmanagement

1999 Bund: Stadtteile mit besonderem Entwicklungsbedarf – die soziale Stadt

che die örtlichen Aktivitäten zur Sozialen Stadt begleitet und dokumentiert, aber auch unterstützt und angeregt hat. Außer dem Difu waren hier in seinem Auftrag elf weitere Institutionen der Stadtforschung und -beratung beteiligt; eine ausführliche Darstellung der Ergebnisse dieser intensiven Programmbegleitungen findet sich in der vom Difu herausgegebenen Zwischenbilanz zum Kongress „Die Soziale Stadt – Zusammenhalt, Sicherheit, Zukunft“, bei dem sich am 7. und 8. Mai 2002 rund 1000 Akteure und Interessierte trafen (Difu 2002, pp. 54 ff.; zu einem zusammenfassenden Resümee vgl. Programmbegleitung-vor-Ort-Teams 2003, pp. 262ff.). Ein weiterer wesentlicher Bestandteil der Programmbegleitung war eine Good Practice-Analyse, welche die Firma Empirica für die großen

Neubaugebiete und das Difu für die Misch- und Altbaugebiete durchführte (Difu 2003a; Empirica 2003). Auch hier waren die Anforderungen des Programms das wichtigste Auswahlkriterium. Schließlich dienten zwei Umfragen unter allen am Programm beteiligten Gebieten zu Beginn des Programms und nach einer Laufzeit von zwei Jahren der ersten Einschätzung der Wirksamkeit des Programms und der Materialbeschaffung für die Mitte 2003 beauftragte Zwischenevaluation (Difu 2003, pp. 30ff.).

Auf die aus EU-Strukturfonds gespeisten Programme URBAN I und URBAN II wird hier nicht näher eingegangen. Sie werden über die Wirtschaftsministerien implementiert und haben den Schwerpunkt der Förderung kleiner und mittlerer Unternehmen. Zwar besitzen sie

grundsätzlich dieselbe inhaltliche Spannweite wie das Programm Soziale Stadt, erfordern aber nicht so umfangreichen Kooperationsaufwand, da, was durchaus vorteilhaft sein kann, investive und nicht-investive Maßnahmen gleichermaßen unmittelbar aus URBAN finanziert werden können. Dies führt allerdings vielfach auch dazu, dass eine ressortübergreifende Kooperation nur unzureichend stattfindet und die Auswahl der Maßnahmen zu einseitig an wirtschaftlichen Interessen orientiert ist.

Positiv hingegen stellt sich die Kooperation mit dem Jugendhilfesektor dar. Das vom Bundesjugendministerium aufgelegte Programm „Entwicklung und Chancen junger Menschen in sozialen Brennpunkten – E & C“ ist gerade auf die Gebiete des Programms Soziale Stadt zugeschnitten und ermöglicht hier eine gute Kombination zwischen investiven städtebaulichen und nicht-investiven Jugendhilfefördermaßnahmen etwa über Programme wie Freiwilliges Soziales Trainingsjahr, Kompetenz und Qualifikation für junge Menschen (Difu 2003, pp. 109, 151) sowie seit Anfang 2003 Lokales Kapital für Soziale Zwecke. Die Gesundheit junger Menschen in diesen Gebieten ist ein besonderes Anliegen dieses Programms (Böhme 2003, pp. 7ff.; Hemme 2003, pp. 12f.; Marsen-Storz 2003, pp. 10f.).

1.4.2 Handlungsansätze im Programm „Soziale Stadt“

Beschränkte sich Städtebauförderung im klassischen Sinn auf investive Maßnahmen zur Behebung städtebaulicher Mängel, so erfolgt mit dem Programm Soziale Stadt ein zweifacher Paradigmenwechsel: Die baulich-investiven Maßnahmen werden durch auf die Lebenschancen der Menschen ausgerichtete nicht-investive Maßnahmen ergänzt, und gleichzeitig wird nicht mehr Stadterneuerung „für“ die Bürgerinnen und Bürger (unter ihrer Beteiligung) betrieben, sondern eine Stadtentwicklung „mit“ ihnen. Um diese Ziele zu erreichen, verfolgt das Programm einen doppelten Ansatz (Löhr 2002): Zum einen sollen mit der gleichzeitigen Quar-

tiers- und Querschnittsorientierung die Aktivitäten auf den verschiedenen für Stadt- und Stadtteilentwicklung relevanten Politikfeldern zusammengefasst und sektorübergreifendes Vorgehen als zentrales Element der Stadterneuerungspolitik etabliert werden. Kooperatives Handeln statt sektoraler Versäulung ist hier die Maxime. Voraussetzung für die Förderung ist daher die Aufstellung und Fortschreibung eines integrierten Handlungskonzeptes für jedes Programmgebiet (siehe Abschnitt 1.4.4).

Zum anderen rücken die Menschen in diesen problembehafteten Quartieren mit ihren Wünschen und Sorgen, ihren Potenzialen und Handlungsmöglichkeiten als wichtige Akteure der Stadtteilerneuerung in den Mittelpunkt. Die Bürgerinnen und Bürger werden als wichtige Koproduzenten angesehen, deren Engagement notwendig ist, damit die Quartiersentwicklung effektiv und effizient gefördert wird. Delegation von Entscheidungsbefugnissen in die Quartiere und „Empowerment“ der Bewohnerschaft ist hier der Grundsatz. Ein wichtiges Element zur Beförderung, Unterstützung und Entwicklung einer so verstandenen erweiterten Bürgermitwirkung ist das **Quartiermanagement**, das als Mediator zwischen Bevölkerung und Wirtschaft, Politik und Verwaltung, als Initiator und Moderator von Projekten und Aktivitäten sowie als Unterstützer selbständiger Aktivitäten im Gebiet wirkt. Es umfasst Akteure in der Verwaltung ebenso wie Akteure an der Basis (Difu 2003b, pp. 170ff.). Das Schaubild zum Quartiermanagement (Abbildung 1.4-2) verdeutlicht den Zusammenhang.

Eine nachhaltige, selbsttragende Entwicklung in den Gebieten ist nur möglich, wenn hier die Wertschöpfung gesteigert wird und die Menschen verstärkt in Arbeit vermittelt oder zur Selbständigkeit ermutigt und befähigt werden. Eine wichtige Voraussetzung hierfür ist die Gesundheit der Menschen. Ohne sie ist eine erfolgreiche und dauerhafte Aufnahme einer Beschäftigung wenig aussichtsreich. Gesundheitsförderung in dem weiten Sinn, wie sie etwa die WHO in ihrem Programm „Gesundheit 21“ definiert, muss daher zu den wesentlichen Zielen und Aufgaben der Stadterneuerung gehören. Im Leitfaden zur Ausgestaltung der Gemeinschaftsinitiative „Soziale Stadt“, der

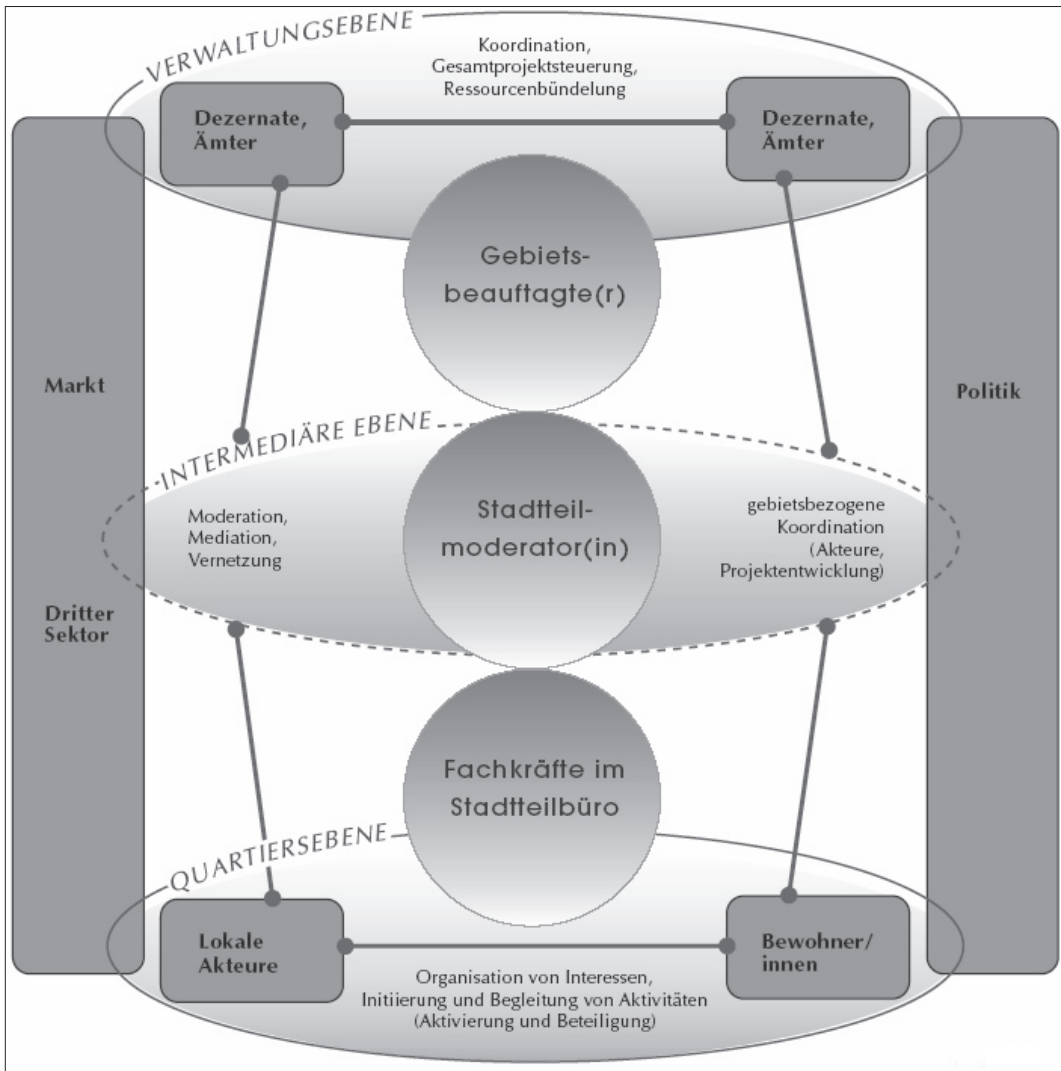


Abbildung 1.4-2: Quartiermanagement: Aufgabenbereiche und Organisation. Quelle: Difu und ISSAB Universität Essen; Wiedergabe mit Genehmigung der Autoren

dem Programm Soziale Stadt zu Grunde liegt (ARGEBAU 2000), wird daher auch die Verbesserung der sozialen, kulturellen, bildungs- und freizeitbezogenen Infrastruktur in den Programmgebieten zu den vorrangigen Zielen des Programms gerechnet. Dabei wird die Bildung oder Förderung von Gesundheitszentren bei den beispielhaft als typisch aufgezählten Maßnahmen an vorderer Stelle genannt.

1.4.3 Bezüge zu Gesundheitsförderung und Umweltschutz bei der Programmumsetzung

Gesundheitsförderung ist bei sozialer Stadtentwicklung vor allem implizit Gegenstand, denn „das Soziale“ ist einer der zentralen Überlappungsbereiche zwischen den Sektoren Stadtentwicklung, Gesundheit und Umwelt (Trojan & Legewie 2001, pp. 241ff.; vgl. auch BZgA 2001). Unter diesem Gesichtspunkt sollen die Ergebnisse einer (nach der ersten 1999/2000

zum Programmauftakt durchgeführten) zweiten Befragung in sämtlichen Programmgebieten betrachtet werden, die das Difu im Sommer 2002 als im Auftrag des Bundes und der Länder das Programm begleitende und eine Evaluation des Programms vorbereitende Institution durchgeführt hat (Difu 2003a, pp. 52ff. und passim). Das Programm umfasst inzwischen mehr als 300 Gebiete in weit über 200 großen und kleinen Städten und Gemeinden, verteilt über die gesamte Bundesrepublik. 222 der 248 im Jahre 2002 aktiven Gebiete, also 90%, haben sich an der Difu-Umfrage beteiligt, so dass die Ergebnisse für die Programmgebiete repräsentativ sind.

Dabei ergibt sich, dass „**Gesundheit**“ bei den von den Programmverantwortlichen identifizierten Problemen im Gebiet nur in 8,1% der 222 antwortenden Gebiete (hierauf beziehen sich auch die folgenden Prozentangaben) explizit genannt wird und dass bei den mit dem Programm im konkreten Quartier verfolgten Zielen die Erweiterung der Gesundheitsförderung an letzter Stelle steht; nur in 7,1% der Fälle wird sie als ein Ziel genannt. Dafür, dass es in den Gebieten nicht nur marginale, sondern im Gegenteil erhebliche gesundheitliche Probleme insbesondere bei Kindern und Jugendlichen gibt, sprechen die Berichte der Institutionen, die bei der Programmbegleitung vor Ort die Situation genauer analysiert haben. Hier werden für 14 von 16 Modellgebieten erhebliche Gesundheitsprobleme berichtet, von Übergewichtigkeit, Haltungsschäden, Atemwegserkrankungen, Karies, Allergien und motorischen Fehlentwicklungen bis hin zu Sprachentwicklungsstörungen (Difu 2003a, pp. 136ff.). Bei den Akteuren, die an der Erstellung des für das Programm notwendigen integrierten Handlungskonzeptes beteiligt sind, tauchen die Gesundheitsämter als Organisation nicht auf. Immerhin werden sie in einem Viertel der Fälle beteiligt, wohingegen fast alle anderen relevanten Politikbereiche mindestens in der Hälfte der Fälle involviert sind.

Bei den Handlungsfeldern, die in den integrierten Handlungskonzepten aufgegriffen wurden, ist die Gesundheit in knapp 40% aller Gebiete einbezogen, doch wird ihr nur in 3,7% der Gebiete eine besondere Bedeutung zugemessen. Dies ist ähnlich bei den im Einzelnen durchgeführten Maßnahmen festzustellen.

Lediglich in 28,8% aller Gebiete ist Gesundheit explizit einbezogen, und nur in 2,3% aller Gebiete wird dieses Handlungsfeld als besonders wichtig bezeichnet. Auch in der Projektdatenbank, in die das Difu solche Projekte aufnimmt, die einen integrierten, mehrere Ziele einbeziehenden Ansatz verfolgen, sind nur 12 Projekte enthalten, die sich auch dem Thema Gesundheit widmen. Dies ist bei einer Anzahl von weit über 200 Projekten ein Anteil von 5%.

Dieser geringe Anteil gesundheitsbezogener Ziele und Aktivitäten ist nicht darauf zurückzuführen, dass das Programm erst seit kurzer Zeit läuft. Auch in Nordrhein-Westfalen, wo das strukturell vergleichbare Programm „Stadtteile mit besonderem Erneuerungsbedarf“ bereits seit 1993 mit Nachdruck verfolgt wird, hat das Themenfeld Gesundheit bei einer Evaluation nicht sehr viel besser abgeschnitten. So wird Gesundheit bei der Evaluation des Programms durch das Institut für Landes- und Stadtentwicklungsforschung des Landes Nordrhein-Westfalen bei den Problemfeldern genauso wenig genannt wie bei den Leitbildern für die Stadtteilentwicklung. Nur 5,6% der Projekte in den verschiedenen Handlungsfeldern des nordrhein-westfälischen Landesprogramms befassen sich mit Gesundheitsförderung. Auch bei den zentralen Akteuren wird der öffentliche Gesundheitsdienst nicht genannt; er ist vermutlich in der Kategorie „andere Fachämter“ enthalten (ILS 2000, pp. 18ff., 28, 33).

Auf den ersten Blick ergibt sich somit aus der Sicht der Gesundheit ein unbefriedigendes Bild. Dies bezieht sich sowohl auf die organisatorische Einbindung des Gesundheitssektors als auch auf die inhaltliche Bedeutung, die dem Handlungsfeld Gesundheit beigemessen wird. Betrachtet man die Ergebnisse der Befragung näher, so hellt sich das Bild hinsichtlich der inhaltlichen Behandlung von gesundheitsrelevanten Themen auf. Denn legt man den Gesundheitsbegriff der WHO zu Grunde, welcher das **Wohlbefinden** in den Mittelpunkt stellt, so ergibt sich, dass die am intensivsten verfolgten Ziele ganz wesentlich die Bedingungen für gesundes Leben verbessern. An der Spitze der Ziele stehen bei der Difu-Umfrage mit großem Abstand Wohnumfeldverbesserung sowie Verbesserung der Wohnungsqualität mit 88,1% und 81,9% der

Nennungen. Hier lagen mit 90,3% und 89,4% aller Gebiete auch die größten Defizite. Wenn hier Verbesserungen erzielt werden, sollte dies auch Auswirkungen auf das Wohlbefinden und damit auf die Gesundheit der Menschen in den Gebieten haben.

Weitere vorrangig verfolgte Ziele sind die Stärkung der lokalen Ökonomie, der Ausbau der Beteiligungsmöglichkeiten der Bevölkerung sowie die Verbesserung des Zusammenlebens im Stadtteil. Hierdurch dürften Stressfaktoren abgebaut und Selbstbewusstsein gefördert werden. Diese Ziele führen bereits jetzt zu entsprechenden Handlungen. Mit 81,1% ist das Wohnumfeld und der öffentliche Raum das wichtigste Handlungsfeld in den Gebieten der Sozialen Stadt. Die Förderung des lokalen Wohnungsmarktes wird in 53,6% der Gebiete konkret betrieben; für 68% der Gebiete wird angegeben, dass besonderes Augenmerk auf soziale Aktivitäten und soziale Infrastruktur gerichtet wird. Als besonders wichtig wird dieses Feld nach der Verbesserung des Wohnumfelds an zweiter Stelle genannt. Auch das Zusammenleben unterschiedlicher sozialer und ethnischer Gruppen wird in besonderer Weise gefördert und für besonders wichtig angesehen. Dasselbe gilt für Kinder- und Jugendhilfe, die Förderung die Beschäftigung und der Bildung. Eine so umfassend angelegte Strategie dürfte dazu beitragen, die Erfolgsaussichten medizinischer Behandlung zu verbessern und krankheitsverursachende Faktoren zu beseitigen oder zumindest zu reduzieren.

Keine Verbesserung erfährt das Bild dagegen bei Betrachtung der organisatorischen Einbeziehung von **Gesundheitseinrichtungen**. Dies war nur in 23% der antwortenden Programmgebiete der Fall². Hier bleibt es wichtige Aufgabe der für die soziale Stadtteilentwicklung federführenden Ämter, die Gesundheitsämter und andere Gesundheitseinrichtungen zur Mitwirkung in dem Programm zu gewinnen. Umgekehrt sollten die Gesundheitsämter ihre Beteiligung anbieten und einfordern, um so im Rahmen der Aktivitäten zur einer sozialen Stadtteilentwicklung auch in dem engeren Bereich der Krankheitsprävention die Zugänge zum Gesundheitssystem zu verbessern und unmittelbar gesundheitsfördernde Maßnahmen erfolgreich durchführen zu können.

Dabei ist die Mitwirkung von Gesundheitsämtern an der Entwicklung stadtteilbezogener Strategien von großer Bedeutung: In den Fällen, in denen die kommunale Gesundheitsverwaltung bei der Erarbeitung des integrierten Handlungskonzepts beteiligt war, erhöhte sich der Anteil der Gebiete mit unmittelbar gesundheitsbezogenen Maßnahmen von unter 30% auf rund 60% (Difu 2003a, pp. 101, 137).

So zeigt die Umfrage auf der einen Seite die Schwierigkeiten der Kooperation z.B. von Planungsämtern und Gesundheitsämtern, auf der anderen Seite aber auch einen bei den Planungsämtern noch weit verbreiteten engen Gesundheitsbegriff, wenn diese die Bedeutung vieler im Rahmen des Programms Soziale Stadt getroffener Maßnahmen für die Gesundheitsförderung nicht erkennen. Aber das Programm ist als ein lernendes angelegt, das nicht auf schnelle Erfolge setzt, sondern auf Verhaltensänderung und Vertrauensbildung, deren Entwicklung Zeit benötigt.

Dies gilt, wenn auch in vermindertem Umfang, ebenso für den Umweltbereich. **Umweltschutzelange** sind seit langer Zeit schon Gegenstand der Novellierungen des Baugesetzbuchs (vgl. Kap. 3.5), so dass hier Kooperation und wechselseitiges Verständnis bereits erheblich gewachsen sind. Daher werden nach der Umfrage des Difu auch in 39,4% der Gebiete die Umweltbelastungen als ein besonderes Problem genannt. Und in 46,8% der Gebiete werden die möglichen Umweltverbesserungen als wichtige Ressourcen und Potenziale der Gebiete angesehen. Daher überrascht es, dass die Verbesserung der Umweltbedingungen nur in 22,9% der Gebiete als Ziel genannt wird. Bei der Aufstellung des integrierten Handlungskonzepts sind Umweltbehörden nur in 51,8% der Gebiete beteiligt, wohingegen die Umwelt als Handlungsfeld in 55,8% der Gebiete einbezogen ist. Allerdings wird sie in diesem Zusammenhang nur in 6,8% der Gebiete als besonders wichtig angesehen. Bei den konkreten Maßnahmen sind Umweltverbesserungen in 42,3% der Gebiete enthalten, werden aber nur in 5,4% der Gebiete als besonders wichtig angesehen.

Auch hier dürfte ein enger Begriff von Umwelt zu Grunde liegen, denn die Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfelds

werden in vielen Fällen auch Maßnahmen zur Verbesserung der lokalen Umweltsituation sein. Hier kann aber auch ein Konflikt aufscheinen, der zwischen Umweltschützern und Planern des öfteren zutage tritt: während der Umweltschutz Naturschutzflächen ausweisen möchte, die nicht von den Menschen genutzt werden dürfen, denkt die Stadtplanung eher an begeh- und bespielbares Grün, ohne dies dem Umweltschutz zuzurechnen. Jedoch ist dieser Konflikt auflösbar: wenn darauf geachtet wird, dass Grünanlagen so dimensioniert werden, dass sie zur Verbesserung des örtlichen Kleinklimas beitragen, ist hiermit auch für Gesundheit ein Erfolg erzielt. Die Nutzung solcher Grünanlagen für Freizeit, Erholung und Kinderspiel dürfte sowohl zur positiven Wahrnehmung des Gebietes als auch zu Wohlbefinden und Gesundheit der BewohnerInnen beitragen.

1.4.4 Flensburg-Neustadt – ein Praxisbeispiel

An einem Beispiel aus Flensburg wird das Zusammenwirken von Gesundheit, Umwelt und Stadterneuerung illustriert (Difu 2000; Plankontor 2002). Die Stadt Flensburg ist mit dem förmlich festgelegten Sanierungsgebiet „Neustadt“ seit 1999 im Bund-Länder-Programm „Soziale Stadt“ und war von 2000 bis 2002 das schleswig-holsteinische Modellgebiet. Das Programmgebiet „Neustadt“ liegt nördlich der Altstadt an der Flensburger Förde und hat eine Größe von 138 ha, davon 51 ha förmlich festgelegtes Sanierungsgebiet. 4600 Menschen leben in dem Quartier. Die gut 200-jährige Geschichte des Stadtteils dokumentiert sich sowohl in ihrer Bebauung als auch in den städtebaulichen Brüchen. Der mehrfache Strukturwandel – insbesondere der letzten 50 Jahre – hat besondere Narben hinterlassen. Trotz erheblicher Potenziale dieses Stadtteils sind neben baulichen, kon-

Box 1.4-2: Integriertes Handlungskonzept in Flensburg-Neustadt, 2002

Die Erarbeitung des integrierten Handlungskonzeptes begann bereits in der Frühphase der Konzeptentwicklung für die Neustadt. Unter der Federführung der Stadtsanierung erarbeitete eine verwaltungsinterne, fachbereichsübergreifende „Arbeitsgruppe Neustadt“ einen „groben“ Rahmenplan. Die Stärken- und Schwächen-Analyse des Stadtteils auf der Grundlage einer Bestandserhebung der Gebietsstruktur, der historischen Entwicklung und der Sozialstruktur stellte die Ausgangsbasis für die Entwicklung des planerischen Leitbildes und der Ziele sowie den Entwurf eines Maßnahmenkataloges dar. Zur Erarbeitung städtebaulicher Studien und Entwürfe möglicher Handlungskonzepte wurden drei Planungsbüros beauftragt. Besonderer Wert wurde auf eine möglichst frühzeitige Information und Beteiligung Betroffener und EinwohnerInnen gelegt. Wichtig erschien, bereits zu diesem Zeitpunkt, Anregungen in das zu entwickelnde Handlungskonzept einzubeziehen sowie Prozesse der Vernetzung und der Aktivierung auf verschiedenen Ebenen zu initiieren.

Für die spezifischen Projekte und Einzelmaßnahmen im Stadtteil wurden Arbeitsgruppen eingerichtet, Workshops eingeplant und durchgeführt. Auf der Basis vorhandener Strukturen wurden Vernetzungen verdichtet und Kontakte hergestellt, so dass sich neue Aktivitäten und Initiativen entwickeln konnten. Das Stadtteilbüro als direkte Koordinations- und Anlaufstelle vor Ort hat sich als sinnvoll und notwendig erwiesen. Von besonderer Bedeutung ist die Öffentlichkeitsarbeit, die die regelmäßig durchgeführten Sanierungstreffe, dreisprachige Bewohnermitteilungen, Presseinformationen und Einbindung sowohl stadtteil-eigener als auch städtischer bzw. überregionaler Institutionen einschließt. Der beschriebene Vorlauf prägte das jetzt vorliegende integrierte Handlungskonzept nachhaltig: Aufgrund der vielfältigen Rückkopplung der Betroffenen, potenziellen Investoren, Träger öffentlicher Belange, Kommunalpolitikern und den jeweiligen Fachverwaltungen kann von einem breiten Konsens der angestrebten Ziele und vorgesehenen Maßnahmen ausgegangen werden (Stadt Flensburg, Fachbereich Jugend, Soziales und Gesundheit 2002).

junkturrellen und strukturellen Mängeln auch erhebliche soziale Probleme aufgetreten, die einen sogenannten „sozialen Brennpunkt“ haben entstehen lassen (Stadt Flensburg, Fachbereich Umwelt und Planen 1999).

Problemkategorien in den Bereichen Gesundheit und Umwelt sind mitunter nur schwer eingrenzbar. So können städtebauliche Defizite wie Industriebrachen und mangelhafte Straßenbeleuchtungen subjektive Unsicherheitsgefühle und Ängste auslösen; unausgewogene Bevölkerungsstrukturen und enge Wohnverhältnisse können zu sozialen Spannungen führen. Trotz vieler Schnittstellen mit anderen Fachbereichen sind folgende Probleme im Zusammenhang mit Gesundheit und Umwelt für das Programmgebiet zu benennen: starke Durchgangsverkehrsbelastungen; mangelnde Wahrnehmbarkeit landschaftlicher Reize; hoher Versiegelungsgrad; ausgeprägtes Gründefizit; wenig gestalteter öffentlicher Raum; Spielplätze z.T. in ungenügendem Zustand; Straßen, Wege und Plätze z.T. mangelhaft gestaltet und beleuchtet; relativ hoher Anteil von feuchten, pilzbefallenen Wohnungen; zu wenig bedarfsgerechte, große Wohnungen mit zeitgemäßem Standard.

Neben Faktoren wie Arbeitslosigkeit, finanzielle Notlagen, Suchtkrankheiten, geringes Bildungs- und Qualifikationsniveau führen auch die Wohn- und Lebensverhältnisse zu erheblichen zum Teil direkten und messbaren gesundheitlichen Defiziten. Das Amt für Stadtsanierung führte 1998 eine Hauseigentümer- und MieterInnenbefragung durch. HauseigentümerInnen hielten an erster und zweiter Stelle Fassaden- und Dacherneuerungen für erforderlich. In den nachfolgenden Punkten deckten sich die Ergebnisse im wesentlichen mit denen der MieterInnen. Diese nannten überwiegend folgende Modernisierungserfordernisse: Feuchtigkeitsbeseitigung; Schallschutzmaßnahmen; Wärmeschutzmaßnahmen und Möglichkeiten der Freiraumnutzung.

Das Gesundheitsamt konnte in gutachterlicher Tätigkeit statistisch eine Häufung von gerichtlich verhandelten Wohnungen im Untersuchungsgebiet aufgrund von Feuchtigkeit, Schwamm und daraus resultierenden Pilzbefall nachweisen. Ein Kinderarzt machte im Rahmen der Experteninterviews u.a. folgende Aussage:

„Im kinderärztlichen Bereich zeigen sich Probleme besonders im Bereich der Infektanfälligkeit. Hier spielen neben der Pflege und der Ernährung auch feuchte und pilzbesiedelte Wohnungen eine Rolle. Mir sind Wohnungen bekannt, die immer wieder neu kurzzeitig bezogen, aber offenbar nicht saniert werden. ... Riesige Probleme machen uns Entwicklungs- und Verhaltensprobleme. In der Kleinkinderzeit nehmen motorische Defizite und Sprachentwicklungsstörungen immer mehr zu. Den Kindern fehlen entsprechende Anreize und Förderungen und oft reichen die Bemühungen der Kindergärten nicht aus, so dass Sprachtherapie und Ergotherapie nötig werden. Bei den Schulkindern fehlen praktisch alle Möglichkeiten, in der Nähe Sport zu treiben, die Jugendlichen leiden außerdem unter beruflicher Perspektivlosigkeit. Der Weg von Langeweile ... zur Jugendkriminalität ist oft recht kurz“ (Stadt Flensburg, Fachbereich Umwelt und Planen 1999).

Die Bestandserhebung und die Analyse des Untersuchungsgebietes wiesen aber auch eine Vielzahl von Potenzialen auf: Der Stadtteil ist direkt am Wasser, der Flensburger Förde, gelegen; von einer reizvollen Landschaft – durch Wald und Wiesen gekennzeichnet – umgeben; mit historisch interessanten, erhaltenswerten Gebäuden- und Gebäudekomplexen bebaut; auch durch die entstandenen Industriebrachen in der Lage, neue öffentliche Räume zu erschließen, zu gestalten und neu zu nutzen.

Integriertes Handlungskonzept

Das Programm Soziale Stadt setzt einen interdisziplinären Handlungs- und Entwicklungsansatz als maßgebliche Strategie im Stadtteilerneuerungsprozess voraus, wobei die gesamtstädtischen Entwicklungen Berücksichtigung finden müssen. Die soziale Stadterneuerung soll in abgestimmter und koordinierter Weise die lokalen, wirtschaftlichen, beschäftigungs- und wohnbezogenen, ökologischen, sozialen und kulturellen Probleme im Sinne eines Urban-Managements moderieren und Lösungen herbeiführen. Hierzu sind folgende Handlungsfelder in Projekten und Maßnahmen aufeinander abzustimmen und in Zusammenarbeit mit Institutionen, Akteuren und EinwohnerInnen vor Ort zu entwickeln und umzusetzen: Bürgermitwirkung/Stadtteile-

ben; Lokale Wirtschaft, Arbeit und Beschäftigung; Quartierszentren; Soziale, kulturelle, bildungs- und freizeitbezogene Infrastruktur; Wohnen sowie Wohnumfeld und Ökologie. Gefordert wird auch eine fachübergreifende Kooperation sowie die Abklärung der Kompatibilität der Förderprogramme und der Richtlinien. Dieser Anspruch betrifft nicht nur die Kommunen und ihre Partner, sondern spricht auch die Länder und den Bund an.

Mit Beginn der vorbereitenden Untersuchungen sind Bebauungs-, Grundstücks- und Nutzungsstruktur, Ökonomie, Ökologie, Verkehr und Sozialstruktur im Stadtteil zusammengefasst worden. Der gesundheitliche Aspekt stellt eine Querschnittsaufgabe dar. Unabhängig davon, ob soziale, bauliche, ökonomische oder ökologische Probleme beschrieben werden, sind die Lebens- und die Arbeitsbedingungen der Menschen betroffen und mitunter beeinträchtigt. Die Erarbeitung des integrierten Handlungskonzeptes ist in Box 1.4-2 beschrieben.

Leitbild

Für die „Neustadt“ wurden acht Handlungsschwerpunkte erarbeitet. Die soziale Stadterneuerung soll den Stadtteil aufwerten und den EinwohnerInnen Möglichkeiten der Identifikation mit ihm ermöglichen, aber auch Perspektiven für die Gesamtentwicklung des Stadtteils aufzeigen. Dies soll durch die Schaffung tragfähiger Strukturen durch Bürgeraktivierung, Ressourcenbündelung, Quartiersmanagement, integrative Konzepte, neue Verfahrensweisen und Förderung beschäftigungsorientierter Projekte erreicht werden. Hierzu gehören folgende acht Handlungsschwerpunkte: 1. Organisation, Stadtteilmanagement, -büro, -image und -marketing: Neues Image für die Neustadt „Neustädter Mischung“, Profilentwicklung; 2. Wohnen und Wohnumfeld: Gesunde Wohn- und attraktive Wohnumfeldbedingungen schaffen; 3. Lokale Wirtschaft, Arbeit, Beschäftigung, Qualifizierung, Aus- und Weiterbildung, Einzelhandel und Versorgung: Stabilisierung und Verbesserung der Lebensqualität und der sozialen sowie wirtschaftlichen Lage; 4. Ökologie, Grün, Wasser, Freizeit und Naherholung: Agenda 21-Prozess umsetzen; 5. Stadtstruktur, Stadtgestalt: „Neustadt als Stadtteil am Wasser“ präsentieren;

6. Verkehr: Gute Erreichbarkeit gewährleisten; 7. Schule und Kulturarbeit: Lebendige Stadtteilkultur unter Berücksichtigung der multikulturellen Aspekte fördern; 8. Soziales, Kinder und Jugend, Gesundheit: Stabilisierung und Verbesserung der Lebensqualität und der sozialen sowie wirtschaftlichen Lage.

Projekte und Maßnahmen

Grundsätzlich ist angestrebt, Aktivitäten, Projekte und Maßnahmen gemeinsam mit den Betroffenen zu entwickeln und umzusetzen. Dieses ist im Einzelfall in unterschiedlich ausgeprägtem Ausmaß möglich. Rechtliche Belange, Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten erschweren mitunter die Beteiligung, dennoch sind etliche Projekte und Maßnahmen nunmehr fester Bestandteil des Stadtteilerneuerungsprozesses geworden.

So werden im Bereich Wohnen und Wohnumfeld systematisch Ordnungsmaßnahmen durchgeführt, Höfe entsiegelt, begrünt und unwirtliche Außen- und Zwischenräume zu nutzbaren Lebensräumen für die Bewohner gestaltet. Wohnungsgrundrisse werden zielgruppen- und bedarfsorientiert überplant. Das heißt, dass auch die Bedarfe von ausländischen BewohnerInnen, Großfamilien, alten und behinderten Menschen sowie frauenspezifische Planungsaspekte eingeschlossen sind. Beispielsweise arbeitet seit 2000 die Arbeitsgruppe „Frauen Planen Wohnen“ spezifische Erfordernisse heraus wie z.B. die Größe von Hauseingangsfuren unter Berücksichtigung von Kinderwagen oder die Sicherheit im öffentlichen Raum zur Gewaltprävention, um Empfehlungen bei Bauprojekten zu geben (Siemonsen & Zauke 1991; Demmel, Klingberg, Siemer 1998). Gesundheitsschädliche Innenraumbelastungen in Wohnungen werden vom Gesundheitsamt erhoben und in Kooperation mit dem Stadtteilbüro und anderen Einrichtungen im Bedarfsfall behoben. Die spezifischen Bedarfe ausländischer MitbewohnerInnen werden nicht nur auf Stadtteilebene berücksichtigt; die Landesregierung erstellt ein Konzept zur Integration von MigrantInnen in Schleswig-Holstein u.a. mit einem Schwerpunkt Wohnen und soziales Umfeld, woran die StadtteilmanagerInnen in Schleswig-Holstein aktiv mitwirken (Innenministerium Schleswig-Holstein 2001).

Laut Siegrist (2002) wird soziale Ungleichheit als begrenzte Teilhabe an zentralen gesellschaftlichen Gütern (Bildung, Berufstätigkeit und Erwerbseinkommen) sowie die Zugehörigkeit zu einer niedrigen sozialen Schicht definiert. Diese Disparität führt zur sozialen Benachteiligung. Von ihr gehen ungünstige materielle und psychosoziale Wirkungen (Lebensqualität und Gesundheit) aus. Dementsprechend müssen auch Projekte zur Arbeitsplatzbeschaffung, Beschäftigung sowie Aus- und Weiterbildung unter dem Gesundheitsaspekt berücksichtigt werden. Ein Schlüsselprojekt der Neustadt ist die anstehende Umnutzung einer stillgelegten Großmühle in ein medien- und kulturwirtschaftliches Zentrum mit ergänzenden Einzelhandels-, Wohn- und Büroflächen. Der Erhalt und die planungsrechtliche Förderung von klein- und mittelständischen Betrieben sowie die Stärkung der lokalen Ökonomie werden gezielt umgesetzt. Positive Aspekte einer multikulturellen Gesellschaft sollen verstärkt genutzt werden. In diesem Zusammenhang wäre eine Profilerweiterung des Stadtteils anzustreben u.a. durch den Bau eines türkischen Bades, eines Hamam, mit authentischem Wellnessbereich. In der Neustadt wird seit 2002 ein Modellprojekt des Bundesarbeitsministeriums zum Abbau von Arbeitslosigkeit bei türkischen Jugendlichen umgesetzt (Innenministerium Schleswig-Holstein 2002).

Maßnahmen im ökologischen Bereich werden insbesondere durch die Prozesse der **Agenda 21** bestimmt. In diesem Bereich werden Lärmbelästigungen reduziert, Wasserflächen und Naturräume für die Bevölkerung erlebbar gemacht, Versiegelungen reduziert und Grünflächen geschaffen. Mit zum Teil erheblichem finanziellen Aufwand werden Altlasten auf den Industriebrachen entsorgt. Die Herstellung von Wegeverbindungen, die Neugestaltung von Spielplätzen und einer gestalteten Grünfläche zum Wasser für jung und alt sind in der Umsetzungsphase. Im Stadtteil haben sich auch aufgrund des Soziale-Stadt-Prozesses Eigeninitiativen entwickelt. Ein Büro für ökologisches Bauen hat sich niedergelassen, Vorträge zum Thema „Leben, Wohnen und Arbeiten im Stadtteil“ wurden gehalten. Die Universität Flensburg, Fachbereich Biologie, unterhält ein Ostseelabor, welches die Spezifika des Lebens-

raumes von Flora und Fauna an der Ostsee mit Kindern und Jugendlichen erarbeitet.

Im Hinblick auf Stadtgestalt und -struktur sowie Verkehr werden Nutzungskonflikte abgebaut und der Rückbau von nicht integriertem Einzelhandel angestrebt, wobei der Erhalt von Arbeitsplätzen nicht gefährdet werden darf. Die Umgestaltung von Straßen, der Erhalt historisch wertvoller Bausubstanz, die Schließung von Baulücken und die Schaffung neuer Sichtachsen stärken den Quartierscharakter. Die Minderung von Emissionen und die Reduzierung des Durchgangverkehrs tragen zur Steigerung des Wohnwertes und der Lebensqualität im Stadtteil bei. Ein stadtteileigenes Projekt, die Quartiersmeisterei, wurde im Jahre 2001 eingerichtet. Langzeitarbeitslose sorgen durch zusätzliche Reinigungsaufgaben für ein gepflegteres und saubereres Stadt- und Straßenbild.

Die Schulen im Stadtteil sind im Sinne von „offener Schule“ in Eigeninitiative bzw. in Kooperation mit anderen Einrichtungen an etlichen Projekten beteiligt. Vom neu errichteten Multifunktionsraum bis zu Projekten des Lokalen Aktionsplanes für Toleranz und Demokratie, in dem Aktivitäten von offenem Sport, Internetführerschein, Musik bis zu Gesundheitskonzepten in der Neustadt zusammengestellt wurden, wurden auch Impulse durch andere Programme gesetzt (Stadt Flensburg und Stadtteil-Management Flensburg-Neustadt 2002). Die Kulturarbeit wurde intensiviert. Die Erweiterung von Hofkulturtagen, einer renommierten Veranstaltungsreihe, auf die Neustadt hat neue Akzente gesetzt. Menschen aus anderen Stadtteilen wie auch QuartiersbewohnerInnen haben diesen Stadtteil neu wahrgenommen und dabei auch gänzlich neue Kulturerfahrungen gemacht. Aufgrund eines hohen Ausländeranteils stellen die interkulturellen Aktivitäten unter dem Aspekt der Integration einen Handlungsschwerpunkt dar. Interessierte aus verschiedenen Arbeits- und Gesellschaftsbereichen diskutieren in interreligiösen Gesprächskreisen arbeitsmarktpolitische, kulturelle und gesundheitliche Themen.

Flensburg ist Mitglied im **Gesunde Städte-Netzwerk**, so dass viele Maßnahmen im Bereich der Prävention und der Salutogenese bereits regulär stadtweit angeboten werden. Impfungen, psychomotorisches Turnen, orthopädisches

Schwimmen, Kurse gegen Übergewicht, Mütterberatung, Kariesprophylaxe, psychosoziale Beratung u.a. sind jedoch verstärkt im Einzugsbereich des Stadteilerneuerungsgebietes erforderlich. Grundsätzlich ist von kommunaler Seite in allen sozialen Bereichen ein besonderes Engagement in diesen Gebieten nötig und wird auch erbracht. Flensburg ist einer der Standorte im Projekt „Freiwilliges soziales Trainingsjahr“ des Bundesjugendministeriums (SPI 2002). Jugendliche aus dem Projekt beteiligen sich an Stadtteilaktionen wie Hofgestaltung und Spielgerätebau. In der Planung befindet sich die Gestaltung einer Straßenmauer in Zusammenarbeit mit der Werkkunstschule u.a. Einrichtungen. Das Institut Gesundheitsbildung der Universität Flensburg führt Seminare zum Thema kommunale Gesundheitsförderung durch. Im praktischen Teil sind StudentInnen bei Datenerhebungen und Konzeptentwicklungen für gesundheitsrelevante Fragen im Stadtteil Neustadt und für das Projekt „Schutzengel“ eingebunden. Der Förderverein Schutzengel e.V. hat sich neu konstituiert als ein Netzwerkprojekt, welches unter Einbindung etlicher Institutionen und Akteure präventive Frühförderung, Familienhebamme, Elternschule, Umwelterleben, Beratung, Familienbegleitung u.a. in sich vereint. Dieses z.T. durch das Jugendministerium des Landes Schleswig-Holstein geförderte Projekt ist – bedarfsorientiert – besonders niedrigschwellig konzipiert (MFJWS 1999). Zur Vermeidung von Jugendkriminalität sind Aktionen der Initiative Sport gegen Gewalt regulärer Bestandteil der Stadtteilarbeit geworden. Stadtteileinrichtungen wie Kirchengemeinden, Kinder- und Jugendeinrichtungen sowie Polizei ergänzen die kommunale Arbeit durch eigene Angebote. Auch im Seniorenbereich sind Menschen z.T. ehrenamtlich tätig, um Hilfestellungen anzubieten und einer Vereinsamung im Alter entgegenzuwirken.

1.4.5 Integration von Sozialer Stadtentwicklung, Gesundheitsförderung und Umweltschutz als wichtiges Ziel

Menschen in benachteiligten Quartieren sind besonderen Belastungen ausgesetzt. Die Häufung sozialer, städtebaulicher, ökonomischer und ökologischer Probleme in einem Stadtteil führt mitunter zu erheblichen Einschränkungen der Lebensqualität und der Gesundheit der BewohnerInnen, wobei das Spektrum von direkter Lärm- und Schmutzbelästigung bis zur sozialen Stigmatisierung reicht. Das Programm Soziale Stadt fordert für die Programmgebiete ein integriertes Handlungskonzept. Dieser Ansatz fördert einen umfassenden und ganzheitlichen Stadteilerneuerungsprozess, der sich an den Entwicklungserfordernissen des Stadtteils und maßgeblich an den Bedürfnissen der Betroffenen orientieren soll. Das heißt, dass nicht zu Gunsten einseitiger Zielsetzungen oder Interessen Projekte umgesetzt werden, sondern eine abgestimmte Entwicklung angestrebt wird.

Lebensqualität und Gesundheit werden laut WHO durch Selbstbestimmung und Wohlbefinden in körperlicher, sozialer, ökologischer und seelischer Hinsicht definiert. In den drei Programmjahren konnten im Stadtteil zahlreiche Projekte und Maßnahmen umgesetzt werden, welche die Lebensqualität im Quartier steigern. Einzelmaßnahmen wie Begrünung, Wohnungssanierung, Bildungsangebote, Wirtschaftsförderung und Präventionsprojekte bündeln sich in einem behutsamen Stadteilerneuerungsprozess, der gesunde Lebens- und Arbeitsbedingungen fördert.

Literatur

- ARGEBAU / Arbeitsgemeinschaft der für Städtebau, Bau- und Wohnungswesen zuständigen Minister und Senatoren – Allgemeiner Ausschuss (2000): Leitfaden zur Ausgestaltung der Gemeinschaftsinitiative „Soziale Stadt“. Zweite Fassung vom 1. März 2000. In: Deutsches Institut für Urbanistik (Hrsg.): Arbeitspapiere zum Programm Soziale Stadt, Band 3, Programmgrundlagen, Berlin.
- Böhme, C. (2003) Erfahrungen aus dem Programm Soziale Stadt. In: Löhr, R.-P., Geene, R., Halkow, A. (Hrsg.)

- (2003): Armut und Gesundheit. Themenheft 1: Die Soziale Stadt – Gesundheitsförderung im Stadtteil. Gesundheit Berlin e.V., Berlin, pp. 7 ff.
- BZgA / Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2001): Soziale Ungleichheit und Gesundheit in Europa. Köln.
- Demmel, F., Klingberg, T., Siemer, D. (Hrsg.) (1998): Geschlechterverhältnis und räumliche Planung. Hoffman & Hoyer, Kirchlinteln.
- Difu / Deutsches Institut für Urbanistik (Hrsg.) (2000): Dokumentation der Starterkonferenz. Arbeitspapiere zum Programm Soziale Stadt, Band 4, Berlin, pp. 123-141.
- Difu / Deutsches Institut für Urbanistik (Hrsg.) (2002): Die Soziale Stadt. Eine erste Bilanz des Bund-Länder-Programms „Stadtteile mit besonderem Entwicklungsbedarf – die soziale Stadt“. Berlin.
- Difu / Deutsches Institut für Urbanistik (2003a): Good Practice in Altbau- und gemischten Quartieren. Eine Analyse im Rahmen des Bund-Länder-Programms „Stadtteile mit besonderem Entwicklungsbedarf – die soziale Stadt“, Arbeitspapiere zum Programm Soziale Stadt, Band 10, Berlin.
- Difu / Deutsches Institut für Urbanistik (2003b): Strategien für die Soziale Stadt, Erfahrungen und Perspektiven – Umsetzung des Bund-Länder-Programms „Stadtteile mit besonderem Entwicklungsbedarf – die soziale Stadt“. Berlin.
- Empirica (2003): Good Practice in Neubaugebieten. Eine Analyse im Rahmen des Bund-Länder-Programms „Stadtteile mit besonderem Entwicklungsbedarf – die soziale Stadt“, Arbeitspapiere zum Programm Soziale Stadt, Band 9, Berlin.
- Geene, R., Graubner, S., Papies-Winkler, I., Stender, K.-P. (Hrsg.) (2002): Gesundheit – Umwelt – Stadtentwicklung. Netzwerke für Lebensqualität. Materialien zur Gesundheitsförderung, Band 9. b_books, Berlin.
- Hall, P., Pfeiffer, U. (2000): URBAN 21, Der Expertenbericht zur Zukunft der Städte. Deutsche Verlags-Anstalt DVA, Stuttgart.
- Häußermann, H. (2000): Die Krise der „sozialen Stadt“. Politik und Zeitgeschichte, Beilage zur Wochenzeitung Das Parlament, Heft 10-11 v. 3. März 2000, pp. 13 ff.
- Hemme, A. (2003): Bedeutung der Gesundheit für die soziale Stadtteilentwicklung – Erfahrungen aus dem Programm E & C. In: Löhr, R.-P., Geene, R., Halkow, A. (Hrsg.): Armut und Gesundheit. Themenheft 1: Die Soziale Stadt – Gesundheitsförderung im Stadtteil. Gesundheit Berlin e.V., Berlin, pp. 12ff.
- ILS / Institut für Landes- und Stadtentwicklungsforschung des Landes Nordrhein-Westfalen (2000): Analyse der Umsetzung des integrierten Handlungsprogramms für Stadtteile mit besonderem Erneuerungsbedarf. Dortmund.
- Innenministerium Schleswig-Holstein (2001): Konzept der Landesregierung zur Integration von Migrantinnen und Migranten in Schleswig-Holstein. Arbeitsgruppe: Wohnen und soziales Umfeld. Kiel.
- Innenministerium Schleswig-Holstein (2002): Informationen zur Integration von Migranten und Migrantinnen. Kiel.
- Löhr, R.-P. (2002a): Das Bund-Länder-Programm Soziale Stadt, In: Geene, R., Graubner, S., Papies-Winkler, I., Stender, K.-P. (Hrsg.): Gesundheit – Umwelt – Stadtentwicklung. Netzwerke für Lebensqualität. Materialien zur Gesundheitsförderung, Band 9. b_books, Berlin, pp. 61ff.
- Löhr, R.-P. (2002b): Soziale Stadt und Gesundheit. In: Geene, R., Gold, C., Hans, C. (Hrsg.): Armut und Gesundheit. Dokumentation des 7. Kongresses Armut und Gesundheit. b_books, Berlin, Band II, Kapitel 13 „Soziale Stadt“, pp. 194ff.
- Löhr, R.-P., Geene, R., Halkow, A. (Hrsg.) (2003): Armut und Gesundheit. Themenheft 1: Die Soziale Stadt – Gesundheitsförderung im Stadtteil. Gesundheit Berlin e.V., Berlin.
- Marsen-Storz, G. (2003): Erfahrungen aus der sozialräumlichen Kooperation von Jugendhilfe und Gesundheit. In: Löhr, R.-P., Geene, R., Halkow, A. (Hrsg.): Armut und Gesundheit. Themenheft 1: Die Soziale Stadt – Gesundheitsförderung im Stadtteil. Gesundheit Berlin e.V., Berlin, pp. 10f.
- MFJWS / Ministerium für Frauen, Jugend, Wohnungs- und Städtebau des Landes Schleswig-Holstein (1999): Programmkonzeption Soziale Stadt Schleswig-Holstein. Kiel.
- Plankontor (2002): Stadtteile mit besonderem Entwicklungsbedarf – die Soziale Stadt. Modellgebiet Flensburg-Neustadt. Programmbegleitung vor Ort. Endbericht. Hamburg.
- Programmbegleitung-vor-Ort-Teams (2003): Soziale Stadtteilentwicklung geht alle an. Folgerungen für die Weiterentwicklung des Programms Soziale Stadt aus den Erfahrungen der Programmbegleitung vor Ort in den 16 Modellgebieten. In: Difu (2003b): Strategien für die Soziale Stadt, Erfahrungen und Perspektiven – Umsetzung des Bund-Länder-Programms „Stadtteile mit besonderem Entwicklungsbedarf – die soziale Stadt“. Berlin.
- Siegrist, J. (2002): Gefährdete Gesundheit bei sozial benachteiligten Kindern und Jugendlichen: Was wissen wir, was können wir tun. Vortrag, E & C Fachforum, Düsseldorf.

Siemonsen, K., Zauke, G. (1991): Sicherheit im öffentlichen Raum. Edition Ebersbach. Zürich, CH.

SPI / Stiftung Sozialpädagogisches Institut (2002): 3. Zwischenbericht zum Freiwilligen Sozialen Trainingsjahr. Berlin.

Stadt Flensburg, Fachbereich Jugend, Soziales und Gesundheit (2002): Bewegung für die Neustadt. Lokaler Aktionsplan für Toleranz und Demokratie. Flensburg.

Stadt Flensburg, Fachbereich Umwelt und Planen (1999): Soziale Stadterneuerung Neustadt – Bestandsaufnahme/Analyse. Flensburg.

Stadt Flensburg und Stadtteilmanagement Flensburg-Neustadt (2002): Integriertes Handlungskonzept Flensburg-Neustadt. Flensburg.

Trojan, A., Legewie, H. (2001): Nachhaltige Gesundheit und Entwicklung. Leitbilder, Politik und Praxis der Gestaltung gesundheitsförderlicher Umwelt- und Lebensbedingungen. VAS – Verlag für Akademische Schriften, Frankfurt am Main.

URL 1: www.sozialestadt.de, Zugriff: 3.2.2005.

Endnoten

¹ Alle Veröffentlichungen und viele weitere Informationen zum Programm und seinem Umfeld finden sich im Internet unter www.sozialestadt.de.

² Zu Inhalten und konkretem Beispiel vgl. 1.4.4.

Vignette 1.4.A „Schutzengelprojekt“ – Gesundheitsförderung für Familien in einem benachteiligten Stadtteil

Volker Syring

Die „Schutzengelinitiative“ ist ein Vernetzungsprojekt für Familien aus dem benachteiligten Flensburger Stadtteil Neustadt. Es ist als Modellprojekt des Landes Schleswig-Holstein anerkannt. Neben der Unterstützung von Familien mit jungen Kindern durch Bausteine wie die Familienhebammen, die Diakonische Hausbegleiterin und einen Elterntreffpunkt setzen sich die Projektmitarbeiterinnen für einen familienfreundlichen Stadtteil ein.

Im Rahmen der Begleitung des Modellprojektes wurde im Jahre 2002 eine Befragung von Müttern bzw. Vätern in der Neustadt durchgeführt. Die Fragen wurden durch eine Studentin im Rahmen eines Praktikums („Orte der Gesundheitsförderung“) im Stadtteil, in Kindergärten, bei Ärzten oder direkt auf der Straße gestellt. Befragt wurden drei Männer und 75 Frauen im Alter von 19 bis 50 Jahren, in der

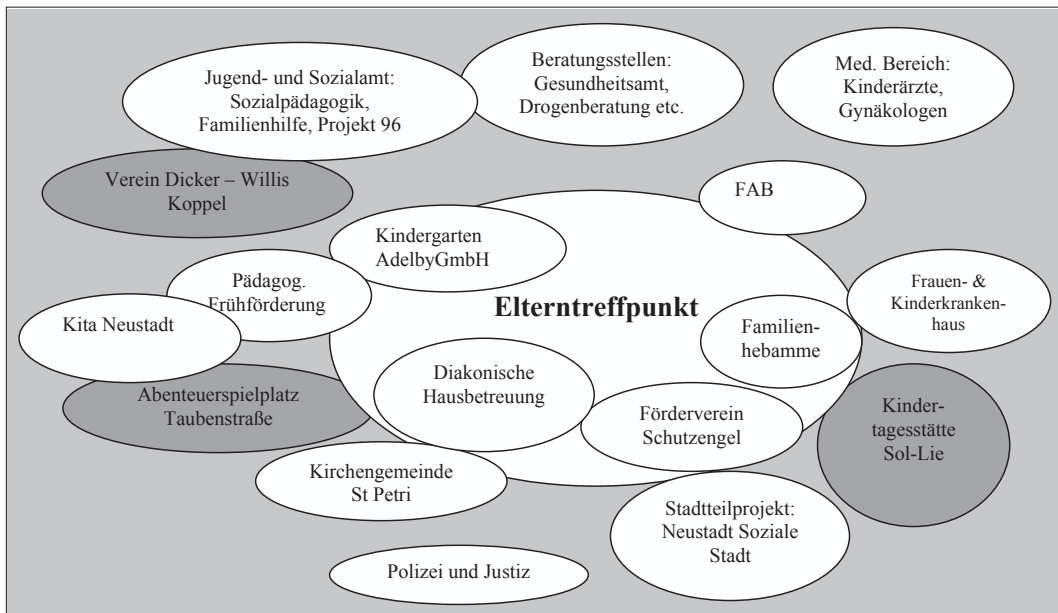


Abbildung 1.4.A-1: Verbindungspartner des „Schutzengel“-Projektes (Eigene Darstellung). Die Institutionen mit einem naturnahen Ansatz sind herausgehoben. FAB = Flensburger Arbeiter-Bauverein

Mehrzahl um die 30 Jahre. Ermittelt wurden Daten zum Gesundheitsverhalten der Familien vor dem Hintergrund der Stadtteilangebote und die Vorstellungen der Mütter bzw. Väter über das Schutzengelprojekt.

Bei der Auswertung werden folgende Ergebnisse deutlich:

- Gesund sein heißt für die Familien, sich wohl zu fühlen und glücklich zu sein.
- Das Wissen über gesunde Ernährung beschränkt sich auf Schlagworte; die Umsetzung und ein Wissen über Zusammenhänge bei gesunder Ernährung sind nicht gegeben.
- Leben und Essen in Gemeinschaft (Familie) gilt als gut für die Gesundheit.
- Dass Sport die Gesundheit fördert, wird von wenigen gewusst und umgesetzt.
- Beliebt und wichtig ist den Befragten das Bewegen an frischer Luft und in der Natur (Spaziergänge).
- Die Mütter und Väter haben wenig Informationen über gesundheitsfördernde Angebote im Stadtteil.
- Bei 18% der Befragten war das Schutzengelprojekt bekannt. 16 Mütter und Väter hatten klare Vorstellungen darüber, welche Hilfeangebote ein Elterntreffpunkt leisten sollte, nämlich Informationen, Erfahrungsaustausch und Unterstützung bei Problemen.

Aus dem Blickwinkel einer ökologischen Gesundheitsförderung wird deutlich, dass Familien in einem benachteiligten Stadtteil die Natur und den Aufenthalt im Freien als gesundheitsförderndes Verhalten verstehen und es auch praktizieren. Im Stadtteil sollte es daher naturnahe Räume geben, damit Kinder und Eltern sich körperliche Bewegung verschaffen können. – Die Umfrage lässt den Schluss zu, dass die Familien verstärkt Informationen über gesunde Ernährung und andere Verhaltensaspekte brauchen. Entscheidend für einen Erfolg dürfte die Vermittlung sein; insbesondere muss die Aufmerksamkeit der Eltern gewonnen werden. Als Hauptmotivation stellen sich die Eltern folgende Frage: „Wobei fühle ich mich wohl?“

Damit die Angebote wahrgenommen werden, müssen die Familien aufgesucht, informiert und zum Projekt gewissermaßen hingeführt werden. Mit ihrem niederschweligen Ansatz erreichen

die Schutzengel-Mitarbeiterinnen die Familien. Die Vermittlung von Informationen und ein direktes Anleiten zu gesunder Ernährung, z.B. in einem Frauenfrühstück, ist gewährleistet. Um die Informationen und Handlungsmöglichkeiten breit zu streuen, ist Vernetzung mit anderen Initiativen und Projekten sinnvoll.

Der Stadtteil Neustadt bietet viel Natur und Bewegungsraum, insbesondere auch zusammenhängende Grünflächen im Stadtbereich sowie Strand mit einem Waldgebiet. Ein Beispiel für ein naturorientiertes Angebot ist die integrative Kindertagesstätte „Sol-Lie“. Der Kindergarten liegt in dem Park Sol-Lie mitten im Stadtteil. Der Park ist als Naturdenkmal anerkannt. Die Bewohner des Stadtteils, die Kinder des Kindergartens und die TeilnehmerInnen naturorientierter Projekte nutzen den Park. Das Schutzengelprojekt und die Kindertagesstätte Sol-Lie haben vernetzt zusammengearbeitet, indem das Schutzengelprojekt eine Mitarbeiterstelle unterstützte. Die Mitarbeiterin förderte die Kinder im Kindergarten lebenspraktisch, indem sie u.a. gemeinsam mit den Kindern ein gesundes Frühstück erstellte. Mit den Kindern und deren Familien erkundete die „lebenspraktische Helferin“ den Park Sol-Lie und die Naturflächen des Stadtteils. Diese Projekteinhalte werden je nach Bedarf weitergeführt. So können die Kinder die positiven Naturerfahrungen in ihre Familien hineinragen. – Abb. 1.4-A-1 zeigt die Verbindungspartner des Schutzengel-Projektes. Im Rahmen von Projekten sollen die naturorientierten Angebote ausgebaut und Vernetzungsverbindungen intensiviert werden.

Literatur

URL1: www.schutzengel-flensburg.de, Zugriff. 20.10.2004.

1.5 System- und Strukturmodelle; Lebensbereiche

Rainer Fehr, Hermann Neus

Zur Themenvielfalt der Gesundheitswissenschaften gehören erwiesene und vermutete Determinanten für Gesundheit und Krankheit sowie

die oftmals komplexen Kausalfade, die von „Erstursachen“ über distale hin zu proximalen Ursachen reichen. Entsprechend vielfältig sind die möglichen Interventionsmethoden sowie die beteiligten Institutionen und Akteure. Hier besteht ein ausgeprägter Strukturierungs- und Ordnungsbedarf. Das gesundheitswissenschaftliche Teilgebiet „Umwelt und Gesundheit“ ist – wie seine Bezeichnung bereits erkennen lässt – an der Nahtstelle zweier Sektoren angesiedelt; daneben weist es enge Bezüge z.B. zum Verbraucherschutz auf. Eine Vielzahl unterschiedlicher Disziplinen arbeitet hier zusammen. Entsprechend besteht ein ausgeprägter Bedarf, die Determinanten, Kausalfade und Interventionspunkte systematisch zu strukturieren.

Wo die Komplexität betrachteter Systeme zu groß ist für vollständige Darstellung, greift man zu vereinfachenden Modellen, welche die im jeweiligen Kontext wesentlichen Strukturen und Prozesse umreißen. Dieses ist generelle Praxis, auch für Umwelt und Gesundheit – aber es besteht bisher wenig Diskussion über die gewählten Modelle und ihre Alternativen. Dabei sind die Konsequenzen getroffener Modellentscheidungen weitreichend und verdienen sorgfältige Betrachtung. Strukturierungsbedarf entsteht besonders auch beim Bemühen um „Integrierte Programme“ (s. Abschn. 1), die im Vergleich zu monothematischen Ansätzen höhere Komplexität, größere Anzahl beteiligter Akteure und forcierten Priorisierungsbedarf aufweisen. – Dieses Kapitel führt zunächst in die Begrifflichkeit ein und erläutert die Motivation für Strukturmodelle. Es folgen Beispiele aus Umwelt- und Gesundheitssektor, eine synoptische Gegenüberstellung wichtiger Modelle und eine Diskussion samt Gliederungs- und Qualitätskriterien. Anschließend wird das Konzept von „Lebensbereichen“ dargestellt; ausgewählte Lebensbereiche werden anhand eines Strukturmodells charakterisiert.

1.5.1 System- und Strukturmodelle: Begriff und Funktion

Für das gesamte Themenfeld Gesundheit und Krankheit ist der **Systembegriff** von zentraler Bedeutung. „System“ ist griechischen Ursprungs und bezeichnet ein aus mehreren Teilen zusammengesetztes, gegliedertes Gebilde. Bei einem (gedachten) geschlossenen System hat jedes Element nur Wechselwirkung mit anderen Elementen desselben Systems; bei einem offenen System gibt es „Rand“-Elemente, die auch mit der Umgebung des Systems wechselwirken. In der Realität ist kein System völlig abgeschlossen (Kwiatkowski, Ohlig, Friderich et al. 1987, p.416f.). Der Systembegriff lässt sich gleichermaßen auf Gegenständliches („Immunsystem“), Personen („System Familie“), Institutionen („Versorgungssystem“) wie auf Informationen („Informationssystem“) und Handlungen („Rechtssystem“) beziehen. Die dem physischen Organismus mit seinen hochkomplex geregelten Organsystemen überlagerten psychomentalen und sozialen Dimensionen einschließlich Wohlbefinden und Gesundheit verlangen nach systemischer Betrachtung. Auch physische („Ökosystem“) und soziale Umwelt sind nur als komplexe Systeme angemessen zu interpretieren.

In all diesen Fällen hat man in der Praxis regelmäßig mit – meist sehr weitgehend – vereinfachten Darstellungen zu arbeiten, sogenannten **Modellen**. Allgemein bildet ein Modell die Beziehungen und Funktionen der Elemente eines realen Systems in einem anderen Medium nach; und zwar zumeist nicht vollständig sondern vereinfacht, in vielen Fällen sogar extrem reduziert. „Modell“ leitet sich her vom lateinischen „modulus“ (Maß, Maßstab) und bezeichnet im wissenschaftlichen Sprachgebrauch die schematische, vereinfachende, idealisierende Darstellung eines Objekts oder Objektbereichs, in der die Beziehungen und Funktionen der Elemente des Objekts deutlich werden (Meyers Enzyklopädisches Lexikon 1976, p.364). Die Analogie zwischen Original und Modell kann sich auf Strukturen, Funktionen oder Verhalten der Komponenten beziehen; das Modell wird genutzt, um Aufgaben zu lösen, deren Durchführung am Original selbst nicht möglich oder

zu aufwendig ist (Kwiatkowski, Ohlig, Friderich et al. 1987, p.275). Zu den von Modellen erfüllbaren Funktionen gehören Lieferung neuer Informationen über das Original, z.B. Tierversuche in der Medizin; Demonstration und Erklärung; Überprüfung einer Hypothese oder einer technischen Konstruktion, z.B. Laborversuch; konkrete Planung eines Originals, z.B. Bauplan (a.a.O., p.275f.). Modelle helfen, Elemente der komplexen Wirklichkeit zu isolieren und zu interpretieren; sie dienen auch zur Vergegenständlichung von nicht direkt beobachtbaren Phänomenen und bilden den Ausgangspunkt für hypothetische Schlüsse auf Eigenschaften des Modelloriginals (Meyers Enzyklopädisches Lexikon 1976, p.364).

Es existieren für Weltausschnitte mehr oder minder umfangreiche **Systemmodelle**, z.B. die bekannten Weltmodelle des Club of Rome (Meadows, Meadows, Zahn et al. 1972), die Szenario-Modellierungen des Wissenschaftlichen Beirates Globale Umweltveränderungen (WBGU 1993) und die Schweizer Stoffstrommodelle (Baccini & Bader 1996). Soweit erkennbar liegen für Gesundheit erst wenige Ansätze vor, die den Anspruch auf umfassende Abbildung systemischer Zusammenhänge erheben. Nach Tretter & an der Heiden (2004) ist eine konkrete Anwendung der Systemtheorie und der systemischen Modellierung für aktuelle Fragen der Umweltmedizin derzeit schwierig anzugeben, „weil die geistige Vorbereitung dieses Fachs, wie generell der Medizin, auf das systemische Denken noch fehlt“.

Verbreitet sind jedoch Ansätze, welche das Augenmerk auf Auswahl und Benennung wesentlicher Systemkomponenten richten, gewissermaßen auf die Grundstruktur der komplexen Systeme. Statt von Systemmodellen lässt sich hier besser von **Strukturmodellen** sprechen. Gemeint sind Modelle, die sich über die Auswahl von Komponenten und die (meist qualitative) Beschreibung zugehöriger Relationen definieren. Solche Strukturmodelle werden aus unterschiedlichen Forschungs- oder Handlungsperspektiven formuliert; die ausgewählten Objekte und ihre Relationen werden häufig als Blockdiagramm dargestellt. Für den hiesigen Kontext von Interesse sind Strukturmodelle im Gesundheitssektor, welche eine

Auswahl von Gesundheitsdeterminanten, mit oder ohne Einbeziehung von Umweltfaktoren, beschreiben; solche im Umweltsektor, welche, mit oder ohne Bezug auf Humangesundheit, Umweltveränderungen beschreiben; und vor allem solche, die bereits eine Verbindung von Umwelt- und Gesundheitsthemen ausdrücken und die Ansatzmöglichkeiten für präventive und interventive Maßnahmen im Gesundheits- oder Umweltschutz ausdrücklich darstellen. In Strukturmodellen drücken sich (zumeist unauffällig und wenig beachtet) Elemente einer „Theorie von Gesundheit“ aus. Schon die Transparenz über Einschluss und Ausschluss von Komponenten und Relationen erleichtert interdisziplinäre und intersektorale Verständigung und trägt bei zu konzeptioneller Integration. Sind Strukturmodelle schon für die Behandlung von Einzelthemen nützlich, so besteht bei Integrierten Programmen ein gesteigerter Bedarf.

1.5.2 System- und Strukturmodelle: Beispiele

Strukturmodelle mit Bedeutung für den umweltbezogenen Gesundheitsschutz entstanden u.a. im Rahmen von (Umwelt-, Gesundheits-)Berichterstattung, Expositions- und Risikoanalyse, Gesundheitsplanung sowie präventiver Gesundheits- und Umweltpolitik. Eine Nutzenanwendung dieser Modelle liegt u.a. in der Strukturierung von Indikatorensätzen, welche in Umwelt- oder Gesundheitsberichterstattung verwendet werden. Frühe Beispiele für Strukturmodelle sind das „Health Field“-Modell von Lalonde (1974), das „Force-field / Well-being“-Paradigma von Blum (1981) sowie Expositionsmodelle der US-Umweltbehörde (EPA) seit den 1980er Jahren. Eine andere frühe Entwicklung sind die zehn Präventionsstrategien von Haddon (1970). Bekanntestes Strukturmodell aus dem Umweltsektor dürfte das Modell „Pressure-State-Response“ (PSR) sein (OECD 1991, 1995, 2001). Spätestens seit Beginn der 1990er Jahre wurde eine Vielzahl von Strukturmodellen formuliert, jedoch scheint hierzu nach wie vor nicht viel reflektierende Literatur vorzuliegen. Beispiele

Tabelle 1.5-1: Strukturmodelle aus Umweltforschung und -praxis (in alphabetischer Ordnung)

Modell	Komponenten	Literatur
DPSIR	Entwicklungsdynamik (drivers), Druck auf die Umwelt (pressures), Umweltzustand (state), Einwirkung (impact), Reaktionen (responses)	EEA 1996, 2002
DSR	Entwicklungsdynamik (driving force), Umweltzustand (state), Reaktion (response)	SCOPE 1997
IPCT	Einwirkung (impact), Population, Verbrauch (consumption), Technologie (technology)	Ehrlich, Ehrlich & Holdren 1977; Ehrlich & Ehrlich 1990
Links	Humanaktivität (human activity), Stress, Umweltzustand (environmental condition), Wirkungen (effects), Gesellschaftliche Reaktion (societal response); ggf. auch: Natürliche Faktoren (natural factors)	Environment Canada 1994 ff.
Policy-Matrix	Ressourcen-Management (resource management): Wasser (water resources), Fischereigründe (fisheries), Bodenbewirtschaftung (land management), Wälder (forests), nachhaltige Landwirtschaft (sustainable agriculture), Biodiversität (biodiversity), Schutzgebiete (protected areas), Bodenschätze (mineral resources); Maßnahmen gegen Umweltverschmutzung (pollution control): Luft (air), Wasser (water), Abfall (solid waste), Sonderabfall (hazardous waste), Giftstoffe (toxic chemicals)	World Bank 1997
PSR	Druck auf die Umwelt (pressure): Schadstoff-Freisetzung und Ressourcenverbrauch; Umweltzustand (state): Luft, Gewässer, Boden, „lebende Ressourcen“; Reaktion (response) incl. Akteure, Sektoren, Handlungsansätze, Ressourcen	OECD 1991, 1995, 2001

für Strukturmodelle aus dem Umweltsektor benannt Tab. 1.5-1.

Frühes Beispiel eines Strukturmodells aus dem Umweltsektor ist das „Pressure – State – Response“-Modell (**PSR**) der OECD (1991, 1995, 2001), welches zur Unterstützung von Umweltberichterstattung entstand. Laut OECD ist die Umweltberichterstattung eine wichtige Aufgabe der Regierungen in den OECD-Mitgliedsstaaten, denn sie erfüllt den Wunsch der Öffentlichkeit nach Umweltinformationen und unterstützt die Entwicklung, Umsetzung, Harmonisierung und Evaluation von Umweltpolitik (OECD 1995, p.7). Das PSR-Modell dient dabei als konzeptioneller Rahmen zur Strukturierung von Umweltdaten. Unter „Druck auf die Umwelt“ (pressure) fallen hier insbesondere Schadstoff-Freisetzung und Ressourcenverbrauch, wobei auch die den Druck verursachenden Aktivitäten wie Energieversorgung, Verkehr, Industrie und Landwirtschaft ins Visier genommen werden (a.a.O., p.8). „Umweltzustand“ (state) umfasst insbesondere die Kompartimente Luft, Gewässer, Boden, ferner „lebende Ressourcen“ wie Wälder und Wild. Zum Thema „Reaktionen“ (responses) werden u.a. betrachtet: ökonomische und umwelttechnische Ansätze, Akteure wie Administrationen, Privathaushalte und Unternehmen; Sektoren und Ressourcen (a.a.O., p.9).

Ebenfalls drei Komponenten umfasst das von der Commission for Sustainable Development (CSD) vorgelegte Modell „Driving force – State – Response“ (**DSR**) (SCOPE 1997). Hier wird verstärkt gefragt nach den tieferen Ursachen für Druck auf die Umwelt; entsprechend enthält das Modell eine Komponente „Driving force“, die in freier Übersetzung als „Entwicklungsdynamik“ zu bezeichnen wäre.

So sinnvoll die Erweiterung des Strukturmodell um eine die Entwicklungsdynamik betreffende Komponente erscheint, so wenig möchte man auf die Komponente „Druck auf die Umwelt“ verzichten. Es liegt nahe, sowohl „D“ als auch „P“ ins Modell aufzunehmen. Gleichzeitig besteht Bedarf, den Umweltzustand („S“) zu unterscheiden von Folgewirkungen („Impacts“) auf Ökosysteme und Humangeundheit. Solche Impacts sind z.B. Gesundheitseinschränkungen, Biodiversitätsminderung oder ökonomischer Verlust. In diesem Sinne entwickelte die Europäische Umweltagentur (EEA) das **DPSIR**-Modell mit den Komponenten Drivers (Driving forces) – Pressures – State – Impact – Response zur Unterstützung von Berichterstattung wie auch als umfassendes Rahmenkonzept zur Analyse von Umweltproblemen (EEA 1996, p.42). Unter Reaktionen (response) werden hier u.a. Information, Regu-

Tabelle 1.5-2: Strukturmodelle aus Gesundheitsforschung und -praxis (in alphabetischer Ordnung)

Modell	Komponenten	Literatur
Bundes-Gesundheits-berichterstattung	Rahmenbedingungen des Gesundheitswesens; Gesundheitsverhalten und Gesundheitsgefährdungen; Leistungen und Inanspruchnahme des Gesundheitswesens; Ressourcen der Gesundheitsversorgung; Ausgaben, Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens	Statistisches Bundesamt 1998
Force-field / Well-being-Paradigma	Bevölkerung und Vererbung (population, heredity); Umwelt (environment); Lebensstil und Verhalten (life styles); Gesundheitswesen (medical care services) zusätzlich: Natürliche Ressourcen (natural resources), Kulturelle Systeme (cultural systems), Ökologisches Gleichgewicht (ecologic balance), Satisfaktion (human satisfaction)	Blum 1981
Gesundheit für alle	(1) Gesundheitsförderliche Lebensweisen = Ziele 13-17: Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik; Rahmen zur Förderung von Gesundheit; Gesundheitliche Kompetenz; Gesundes Leben; Tabak, Alkohol und psychotrope Substanzen (2) Gesunde Umwelt = Ziele 18-25: Umwelt- und Gesundheitspolitik; Umwelthygiene-Management; Wassergüte; Luftgüte; Lebensmittelqualität und -sicherheit; Abfallhandhabung und Bodenverschmutzung; Humanökologie und Siedlungswesen; Gesundheit der arbeitenden Bevölkerung (3) Bedarfsgerechte Versorgung = Ziele 26-31	WHO 1993
Gesundheit 21	<i>Gesundheitsdeterminanten:</i> (1) Biologische Grundlagen; (2) Physische ¹ und sozioökonomische Determinanten; physische Umwelt: Luft, Trinkwasser, Abwasser, Festmüll, Strahlung; soziale und wirtschaftliche Determinanten; (3) Lebensweisen; (4) Settings incl. häusliches und nachbarschaftliches Umfeld, Arbeitsumfeld, Kindergärten und Schulen, Gemeinden und Städte; (5) Gesundheitsversorgung <i>Gesundheitsziele:</i> 10. Eine gesunde und sichere physische ² Umwelt; 11. Gesünder leben; 12. Verringerung der durch Alkohol, Drogen und Tabak verursachten Schäden; 13. Settings zur Förderung der Gesundheit; 14. Multisektorale Verantwortung für Gesundheit	WHO 1999
Health Field-Modell	Humanbiologie (human biology), Umwelt (environment), Verhalten (lifestyle), Gesundheitswesen (health care organization)	Lalonde 1974
Ottawa Charta-Modell	Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik entwickeln (build healthy public policy); Gesundheitsförderliche Lebenswelten schaffen (create supportive environments); Gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen unterstützen (strengthen community action); Persönliche Kompetenzen entwickeln (develop personal skills); Gesundheitsdienste neu orientieren (reorient health services); Interessen vertreten, befähigen, vermitteln und vernetzen (advocate, enable, mediate)	WHO 1986
Wheel of Health-Modell	Alter, Geschlecht, Erbfaktoren (age, sex & hereditary factors); Individualverhalten (individual lifestyle factors); Sozialfaktoren (social and community influences); Lebens- und Arbeitsbedingungen (living and working conditions); allgemeine sozioökonomische, kulturelle und Umweltfaktoren (general socioeconomic, cultural and environmental conditions)	Dahlgren & Whitehead 1991

lation und Besteuerung gefasst, die sich an alle anderen Komponenten des DPSIR-Modells richten können. Inhaltlich ähnlich konstruiert ist das kanadische „Links“-Modell mit folgenden Komponenten: Menschliches Handeln (Human activity), Belastung (Stress), Umweltzustand (Environmental condition), Wirkungen (Effects) und gesellschaftliche Reaktion (Societal response); in manchen „Links“-Anwendungen kommen noch „natürliche Faktoren“ (Natural factors) hinzu (Environment Canada 1994 ff.). Unschwer lassen sich die Komponenten D, P, S, E und R hier wiedererkennen. Auch dieses Modell dient vor allem der Strukturierung von Umweltberichterstattung und der modellhaften Veranschaulichung komplexer Wirkzusammenhänge.

Die vorstehenden Modelle sind rein qualitativ orientiert; sie geben im Sinne von Wirkketten und -kreisen die Richtung von Einwirkung an, beinhalten aber keine Quantifizierungen. Im Kontrast hierzu versucht das **IPCT**-Modell (Ehrlich, Ehrlich & Holdren 1977; Ehrlich & Ehrlich 1990, p.58), quantitative Abschätzungen zu ermöglichen. Es beinhaltet folgende Komponenten: Impact (Auswirkung) – Population – Consumption (Verbrauch von Gütern und Diensten) – Technology. Alternativ zu Consumption sprechen die Autoren auch von „Affluence“ (Wohlstand). Anders als die bisher betrachteten Modelle beinhaltet IPCT eine mathematische Verknüpfungsformel:

*Impact I = Populationsumfang P * Verbrauchsniveau C * Technologie T.*

Der Impact-Begriff im IPCT-Modell entspricht dabei nicht der Komponente „Impact“ in den vorstehenden Modellen; vielmehr bezeichnet er hier (wie sonst die „Pressure“-Komponente) den auf die Umwelt ausgeübten Druck. Das IPCT-Modell sieht den Druck auf die Umwelt als Produkt dreier Faktoren, nämlich Populationsumfang, Konsumniveau und eingesetzter Technologie. Mit Konsumniveau ist hier durchschnittlicher Ressourcenverbrauch im weiten Sinne gemeint wie z.B. das Zurücklegen von Fahrkilometern. Bei Technologie geht es hier um die „Environmental disruptiveness“ (Umweltschädlichkeit) der für den betrachteten Ressourcenverbrauch eingesetzten Techniken, die z.B. durch unterschiedliche Motoren- und Abgastechnik modifizierbar ist. Die von einer Gruppe von Menschen ausgehende Umweltbelastung lässt sich im Prinzip durch Absenkung eines jeden der drei Faktoren mindern – solange die anderen beiden Faktoren nicht ansteigen. Ein Gegenbeispiel liefert die Betrachtung von Pkw-Abgasemissionen, wo der emissionsmindernden Wirkung verbesserter (Abgas-)Technologien vermehrte Fahrleistungen gegenüberstehen, so dass das umweltpositive Potential entsprechender technologischer Entwicklungen nicht zum Tragen kommt (vgl. WBGU 1993). Das IPCT-Modell lässt erkennen, wie sich kleine Veränderungen individuellen Verhaltens in Abhängig vom Populationsumfang ggf. zu sehr ausgeprägten Wirkungen auf die Umwelt multiplizieren (Ehrlich & Ehrlich 1990, p.114). Das Teilprodukt $C \cdot T$ steht für die gemittelte Umweltwirkung eines Individuums; in einer Studie dieser Autoren lag dieser Index, bezogen auf Energieverbrauch, für ein Mitglied der US-Gesellschaft doppelt so hoch wie für schwedische Bürger, 13mal so hoch wie bei Individuen in Brasilien und 280mal so hoch im Vergleich zu Rwanda, Haiti oder Nepal (a.a.O., p.134).

Wiederum andersartige Strukturierung liefert der „**Policy-Matrix**“-Ansatz der Weltbank (World Bank 1997). Insbesondere im Nachgang der Rio-Konferenz 1992 sah die Weltbank die dringende Notwendigkeit, den Gegensatz von Umweltschutz und wirtschaftlicher Entwicklung aufzulösen und dabei auch Armutsminderung und soziale Gerechtigkeit im Blick zu halten. Hierbei war von einer Vielfalt eingesetz-

ter Strategien auszugehen (a.a.O., p.5). Zwecks Bestandsaufnahme und Strukturierung von für nachhaltige Entwicklung einsetzbaren Policy-Instrumenten entstand als „kohärente Struktur“ die sogenannte Policy-Matrix. Hier unterscheidet man zunächst thematisch zwischen Ausrichtung auf Ressourcenmanagement (water resources, fisheries, land management, forests, sustainable agriculture, biodiversity / protected area, mineral resources) einerseits und Minderung und Vermeidung von Umweltbelastung (air pollution, water pollution, solid waste, hazardous waste / toxic chemicals) andererseits; diese zwei Ausrichtungen bilden die Zeilen der Policy-Matrix. Als zweite oder Spalten-Dimension werden folgende vier Kategorien herangezogen: Nutzung vorhandener Märkte (using markets), Schaffung neuer Märkte (creating markets), Regulierung (regulations) sowie Arbeit mit der Öffentlichkeit (engaging the public) (a.a.O., p.4). Unter „Nutzung vorhandener Märkte“ fallen z.B. Subventionsabbau (subsidy reduction), Umweltsteuern (environmental taxes on emissions / inputs / products), Nutzergebühren (user fees for natural resources / services) sowie gezielte Subventionen (targeted subsidies). Neue Märkte können sich u.a. auf Eigentumsrechte (property rights / decentralization, tradable permits / rights) beziehen. Zur „Arbeit mit der Öffentlichkeit“ gehören Informations-Offenlegung (information disclosure) und Partizipation (public participation).

Diese Strukturierung, welche ihre Herkunft aus der Ökonomie nicht leugnet, hat nach Angabe der Weltbank zahlreiche intellektuelle Vorläufer. Sie soll als Werkzeug zur Politikberatung dienen, wobei es u.a. um Wechselbezüge verschiedener Strategien geht; Synergien sollten besser genutzt und Konfliktpotentiale gemildert werden. Auf längere Sicht sei beabsichtigt, unter der Oberfläche („front end“) der Policy-Matrix eine Datenbank im World Wide Web mit referenzierten Fallstudien aufzubauen.

Beispiele für Strukturmodelle aus dem Gesundheitssektor benennt Tab. 1.5-2. Das „klassische“ Strukturmodell im Gesundheitssektor ist das „**Health Field**“-Modell von Lalonde mit den vier selbsterklärenden Komponenten Humanbiologie, Umwelt, Verhalten und Gesundheitswesen. Diese Determinations-

Tabelle 1.5-3: Struktur- und Systemmodelle des umweltbezogenen Gesundheitsschutzes, ohne die Modelle der Quantitativen Risikoanalyse (in alphabetischer Ordnung)

Modell	Komponenten	Literatur
DPSEEA	Entwicklungsdynamik (driving forces), Druck auf die Umwelt (pressures), Umweltzustand (state), Exposition (exposure), Wirkung (effect), Aktivitäten (actions)	Corvalán, Briggs, Kjellström 1996
Haddons „Escape of tigers“-Modell	Vermeidung der Energiebildung (to prevent the marshalling of the form of energy); Minderung der Energiebildung (to reduce the amount of energy marshalled); Freisetzungsvorbeugung (to prevent the release of the energy); Modifizierung der Energiefreisetzung in Raum oder Zeit (to modify the rate or spatial distribution of release of the energy); Separierung von Energie und Rezeptor in Raum oder Zeit (to separate, in space or time, the energy from the susceptible structure); Separation durch Barrierebildung (separation by interposition of a material „barrier“); Modifikation der Kontaktfläche u.a. (to modify the contact surface, subsurface, or basic structure); Rezeptorstärkung (to strengthen the structure that might be damaged by the energy transfer); rasches Aufspüren und Schadensbegrenzung (to move rapidly in detection of damage, and to counter its extension); langfristige Behandlung und Rehabilitation (long-term reparative and rehabilitative measures)	Haddon 1970
MEME	MEME = Multiple exposures – multiple effects. Kontexte: Soziale, ökonomische und demographische Lage (contexts: social, economic, demographic conditions); Exposition, distal – proximal (exposure, distal – proximal): Umgebung, Gemeinde, Wohnung (ambient environment, community, home); Aktivitäten: präventiv, restaurativ (actions: preventive, remedial)	Briggs 2003
Oxford Health Wheel	Gemeinde / Gemeinschaft (community); Grund und Boden (land); Luft (air); Wasser (water); Nahrung (food); Arbeitsplatz (workplace); Wohnung (housing); Persönliche Faktoren (personal health); Soziale Faktoren (social health); Expertenfelder (professional zones): Regierung (government), Allgemeinmediziner (general practitioner), Amtsarzt (director of Public Health), Gesundheitsingenieur (environmental health officer), WHO, Chartered Institute of Environmental Health u.a.	Basset 1999
POPPER-PSIR	POPPER = population & health. PSIR = Druck (pressure), incl. globale Umweltveränderungen, Einkommen, Bildung, Zugang zu Trinkwasser & Nahrung; (Um-) Weltzustand (state), incl. Fruchtbarkeit (fertility), Population, Gesundheit und Krankheit (disease / health); Wirkung (impact), incl. Populationsumfang und -struktur (population size and structure) sowie Krankheitslast (disease burden); Reaktion (response) incl. Ernährungspolitik (food policy), Wasserpolitik (water policy), Gesundheitsversorgung (health services), Familienpolitik (reproduction policy)	Kramers 1997

bereiche finden sich nahezu identisch wieder in Blums „**Force-Field**“-Paradigma, welches der Gesundheitsplanung entstammt und nun folgendes hinzufügt: Natürliche Ressourcen, kulturelle Systeme, ökologisches Gleichgewicht und den Aspekt „Zufriedenheit“. Nebenbei sei erwähnt, dass derselbe Autor auch eine sogenannte Hierarchie natürlicher Systeme (Hierarchy of natural systems) aufgestellt hat; hier wird Homo sapiens eingebettet in eine Sequenz, welche von Elementarteilchen, Atomen und Molekülen über Zellen, Gewebe, Organe, Organsysteme hin zu psychosomatischen Aspekten, Familien, Gemeinden, Organisationen, Nationen, Gesellschaften, Kulturen, der Gattung Mensch und der Biosphäre reicht und sich durch vielfältigste Regelkreise auszeichnet (Blum 1981).

Das „**Wheel of Health**“-Modell (Dahlgren und Whitehead 1991) wird, im Gegensatz zu „Medical models“, auch als „Social model of health“ bezeichnet, weil hier das Augenmerk auf sozialen Gesundheitsdeterminanten liegt. Das

aus der **Ottawa-Charta** zur Gesundheitsförderung herauslesbare Modell (WHO 1986/2004) fokussiert ebenfalls auf sozialen Aspekten und ist deutlich handlungsorientiert. Diese Orientierung gilt naturgemäß auch für die in den Gesundheitsziele-Programmen der WHO implizit enthaltenen Strukturmodelle. Hierbei war im Programm „**Gesundheit für alle**“ (WHO 1993) ein eigener Bereich „Gesunde Umwelt“ ausgewiesen, welcher u.a. Umwelthygiene-Management, Qualität von Wasser, Luft und Lebensmitteln, Bodenverschmutzung, Abfallhandhabung und Siedlungswesen als Determinationsfaktoren umfasste; hierzu gehörten acht der insgesamt 38 Einzelziele. Im gegenwärtig gültigen Programm „**Gesundheit 21**“ (WHO 1999) finden sich Umweltbezüge an mehreren Stellen unter den insgesamt 21 Gesundheitszielen. So lautet Ziel 10 „Eine gesunde und sichere natürliche³ Umwelt“: „Bis zum Jahr 2015 sollte die Bevölkerung der Region in einer mehr Sicherheit bietenden natürlichen Umwelt leben, in der die

Exposition gegenüber gesundheitsgefährdenden Schadstoffen die international vereinbarten Standards nicht übersteigt.“ Ein Teilziel besagt: „Die Exposition der Bevölkerung gegenüber gesundheitsgefährdenden physikalischen, mikrobiellen und chemischen Schadstoffen im Wasser, in der Luft, im Abfall und Boden sollte wesentlich verringert werden“. Auch andere Ziele, darunter Nr. 13 „Settings zur Förderung der Gesundheit“ und Nr. 14 „Multisektorale Verantwortung für die Gesundheit“ weisen Umweltbezüge auf.

Der umfassende (zweite) **Gesundheitsbericht des Bundes** (Statistisches Bundesamt 1998) benennt ausdrücklich ein Strukturmodell, wonach sich der Bericht auch gliedert; es umfasst Rahmenbedingungen des Gesundheitswesens; Gesundheitsverhalten und Gesundheitsgefährdungen; Leistungen und Inanspruchnahme des Gesundheitswesens; Ressourcen der Gesundheitsversorgung sowie Ausgaben, Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens. Zusätzlich ist der Zielbereich „Gesundheit und Krankheit“ in hohem Maße ausdifferenziert. Der Abschnitt über Gesundheitsverhalten und Gesundheitsgefährdungen behandelt folgende Teilthemen (wörtliche Wiedergabe der Über-

schriften): Gesundheitsbeeinflussende Lebensweisen (Einstellung zum gesunden Leben, Ernährung, Konsum von Tabak, Konsum von Alkohol, Drogenkonsum), Risikomerkmale der sozialen Lage (Einkommensverhältnisse, Bildung, Wohnungsverhältnisse, Arbeitslosigkeit, Gewalt), Risikomerkmale der Umwelt (Unerwünschte Stoffe in Nahrung und Trinkwasser, Außenluft, Lärm) sowie Risikomerkmale der Arbeitswelt, der Freizeit und des Verkehrs (Belastungen aus der Arbeitswelt, Berufskrankheiten und Arbeitsunfälle, Unfälle in Haushalt und Freizeit, Verkehrsunfälle).

Beispiele für Strukturmodelle aus dem Schnittstellenbereich „Umwelt und Gesundheit“ finden sich in Tab. 1.5-3. Ähnlich wie das erwähnte „Wheel of health“-Modell von Whitehead und Dahlgren bildet auch das im Jahre 1991 zuerst konstruierte „**Oxford Health Wheel**“ (Basset 1999) vor allem eine Aufzählung von Komponenten, als Diagramm dargestellt in einer kreisförmigen Anordnung. Im Zentrum steht hier die betroffene Gemeinschaft, umgeben von Einflussbereichen wie Umweltmedien, persönlichen und sozialen Faktoren. Als Besonderheit sind im äußersten Kreis neun

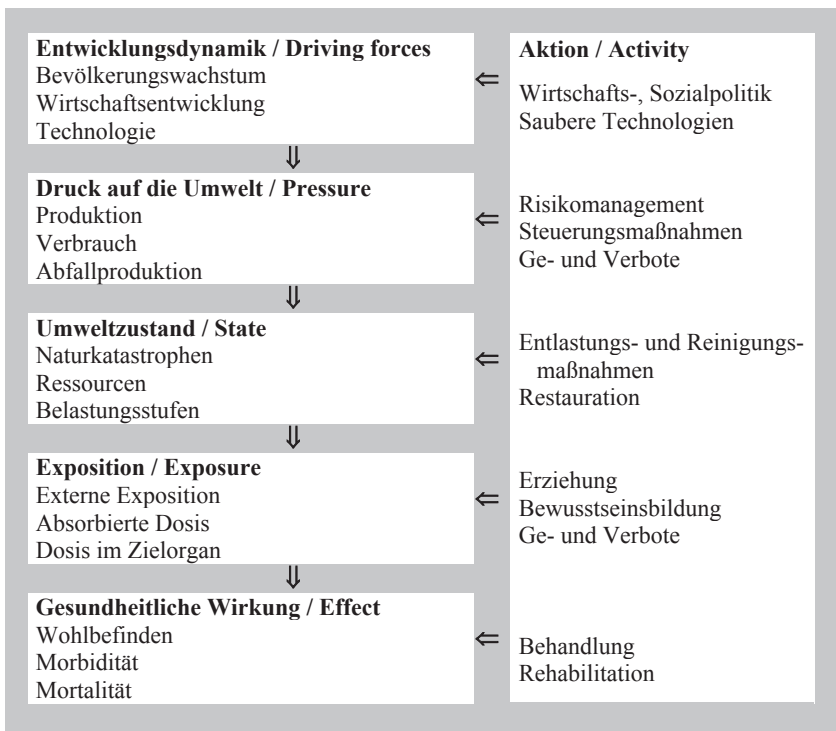


Abbildung 1.5-1: DP-SEEA-Strukturmodell als Rahmenkonzept für Umwelt und Gesundheit, Darstellung modifiziert nach Corvalán, Briggs, Kjellström (1996)

Tabelle 1.5-4: Strukturmodelle der Quantitativen Risikoanalyse (QRA) (in alphabetischer Ordnung)

Modell	Komponenten	Literatur
CAPCOA-Modell	<i>Kompartimente:</i> Quelle (project emissions), Luft (air), Wasser (water), Boden (soil), Pflanzen (plants), Tiere (animals), Fisch (fish), Muttermilch (Mother's milk), Rezeptor (receptor) <i>Expositionspfade:</i> Dispersion (dispersion), Deposition (deposition), Wurzelaufnahme (root uptake), Wasserabfluss (water runoff), Bodenaufnahme (soil ingestion), dermale Exposition (dermal exposure), Wasseraufnahme (water intake), Biokonzentrierung (bioconcentration), Fischverzehr (fish consumption), Muttermilchaufnahme (mother's milk ingestion), Tierproduktaufnahme (animal's product ingestion), Pflanzenaufnahme (plant ingestion), Inhalation (inhalation)	CAPCOA 1996
CSOIL-Modell / RISC-Human-Software	Kompartimente: Boden mit Bodenluft, Bodenwasser, Bodenoberfläche (soil, soil air, soil water, soil surface); Luft (air); Wasser mit Grundwasser, Oberflächenwasser, Trinkwasser (water, ground water, surface water, drinking water); Pflanzen, (plants), Rindvieh (cattle), Fleisch & Milch (meat, milk), Fisch (fish)	Rikken, Lijzen, Cornelese 2001
EPA-Modelle	Noxenfreisetzungen (releases), Winde (wind currents), Niederschlag (precipitation), Erdboden (soil), Grundwasser (ground water), Oberflächengewässer (surface water), Brunnenwasser (wellwater), essbare Pflanzen (plants – edible species), Tiere (animals), Sediment, Menschen (humans)	US EPA 1989
EUSES-Modell	Luft (air); Boden (soil); Grundwasser (groundwater); Oberflächenwasser (surface water); Nahrungskette: Feldfrüchte, Rinder, Molkereiprodukte, Fleisch, Trinkwasser, Fisch (food chain: crops, cattle, dairy products, meat, drinking water, fish) Sieben Expositionspfade: Trinkwasser, Fisch, Wurzelfrüchte, Blattfrüchte, Fleisch, Milch, Luft (seven pathways: drinking water, fish, root crops, leaf crops, meat, milk, air)	EC 1996
UMS-Modell	„Umwelt, Mensch, Schadstoff“, <i>Expositionsszenarien:</i> Kinderspielplatz, offene Brachfläche, Park- und Grünanlage, Garten, Wohngebäude, gewerblich genutztes Gebäude, Bolz- und Sportgelände, abgeschlossene unbefestigte Industrie- und Gewerbefläche, Brunnen <i>Kompartimente:</i> u.a. Boden, Pflanze, Grund- und Brunnenwasser, Staub (außen, innen) und Innenraumluft	UBA & BMU 1999

Berufsgruppen und institutionelle Akteure von lokaler bis internationaler Ausrichtung eingetragen.

Das **DPSEEA-Modell** (sprich „dipsi“) (Corvalán, Briggs, Kjellström 1996) entstand als Rahmenkonzept für die Entwicklung von Indikatoren des umweltbezogenen Gesundheitsschutzes. Es schließt konzeptionell an die Entwicklungslinie PSR, DSR, DPSIR an. Im Gegensatz zu jenen Modellen ist hier jedoch die Exposition ausdrücklich als eine Modellkomponente ausgewiesen. Insgesamt umfasst DPSEEA die Komponenten Entwicklungsdynamik, Druck auf die Umwelt, Umweltzustand, Exposition, Wirkung und Aktivitäten. Im Modell drückt sich auch die Erkenntnis aus, dass jede Ebene von Entwicklungsdynamik bis zur eingetretenen gesundheitlichen Wirkung spezifische Eingriffs- und Steuerungsmöglichkeiten bietet (Abb. 1.5-1). Aus Public Health-Perspektive sind die vor der Exposition liegenden Präventionsmöglichkeiten durch politische, technische, restaurative oder Bildungs-Maßnahmen besonders bedeutsam; bei rechtzeitigem Einsatz können gesundheitsschädliche Effekte und damit die Notwendigkeit von Behandlung und Rehabilitation verhindert

werden. Weil das DPSEEA-Modell wichtige Grundaspekte einschließt und dennoch übersichtlich gehalten ist, findet es zunehmende Anerkennung. Einer der an der Entwicklung des DPSEEA-Modells beteiligten Autoren hat inzwischen ein weiteres Modell entwickelt, nämlich das „Multiple Exposures – Multiple Effects“ (**MEME**)-Modell (Briggs 2003). Zur Begründung wird angeführt, das DPSEEA-Modell beziehe sich vor allem auf Gesundheitsrisiken infolge belasteter Umweltmedien; für manche anderen Themen des umweltbezogenen Gesundheitsschutzes sei es weniger brauchbar. Bei der Formulierung umweltbezogener Gesundheitsindikatoren für Kinder sei daher der neue Ansatz entstanden, welcher ein Spektrum von Expositionen einerseits und von gesundheitlichen Auswirkungen andererseits umfasst.

Im Rahmen eines interdisziplinären Forschungsprogrammes „Global Dynamics and Sustainable Development“ des niederländischen RIVM entstand das „Population & Health model“ (**POPPER**) (Kramers 1997). Hierin enthalten ist ein **PSIR**-Ansatz mit folgenden Komponenten: Druck, incl. globale Umweltveränderungen, Einkommen, Bildung, Zugang zu Trinkwasser

und Nahrung; (Um-)Weltzustand, incl. Fruchtbarkeit, Population, Gesundheit & Krankheit; Impact, incl. Populationsumfang und -struktur und Krankheitslast; Reaktion incl. Ernährungspolitik, Wasserpolitik, Gesundheitsversorgung und Familienpolitik. Besonderheiten sind das Fertilitäts- und das Krankheits-Submodell; hier werden Geburtenraten (in Abhängigkeit u.a. von sozioökonomischen Faktoren) sowie Expositionen und Mortalitätsraten simuliert. Das Modell arbeitet mit 20 Altersgruppen und 11 Krankheitskategorien.

Deutlich anders konstruiert als die vorstehend genannten Modelle ist der frühe Strukturierungsansatz des „Medizinökologen“ (medical ecologist) Haddon, erster Direktor des US-amerikanischen National Highway Safety Bureau. Der Ansatz ist beschrieben unter der bildhaften Überschrift „**On the escape of tigers**“ (Haddon 1970) und weist Ähnlichkeiten mit der Policy-Matrix der Weltbank auf. Haddon konstatierte für die Ökologie unbelebter Noxen („non-living hazards“) und ihre Wechselwirkungen einen ausgeprägten Mangel an Konzeptualisierung. Sein Ansatz zielt ab auf eine Systematik der vielgestaltigen Maßnahmen, welche sich in der jahrtausendelangen Auseinandersetzung mit physischen Umweltfaktoren urwüchsig entwickelten (a.a.O., p. 2229). Haddon blickt auf Phänomene wie Wirbelstürme, Erdbeben, Geschosse, fahrende Fahrzeuge, ionisierende Strahlung, Blitzschlag usw., in denen er als Gemeinsamkeit die Übertragung von (Bewegungs-, Strahlungs-) Energie sieht, welche auf solche Art und Weise und in solcher Intensität erfolge, dass Lebewesen zu Schaden kommen können. Für all diese Situationen sieht Haddon ein Bündel von – einzeln oder kombiniert anwendbaren – Strategien, die er in eine logische Reihenfolge bringt (1970, p.2230). Wie Haddon betont lässt sich diese Strukturierung auch auf weitere Umweltprobleme übertragen; so durchlaufen auch chemische Noxen einen Ausbreitungsweg, treten mit verschiedensten Systemen in Wechselwirkung und rufen ggf. Schadwirkungen hervor; auch hier lassen sich Haddons zehn Maßnahmenbereiche sinnvoll anwenden.

Innerhalb des umweltbezogenen Gesundheitsschutzes bildet Quantitative Risikoanalyse einen eigenen komplexen Themenbereich. In

international gängiger Sichtweise umfasst die Risikoanalyse die vier Komponenten Hazard-Identifizierung, Expositionsabschätzung, Dosis-Wirkungs-Abschätzung und Risikocharakterisierung. Für die Durchführung von Risikoanalysen liegen eine Reihe quantitativer Modelle vor. Je nach Ausgestaltung der konkreten Modelle wird hier Emission betrachtet als Funktion von Technologie und Prozessvolumen; mediale Belastung als Funktion von Emissionen, Abbaurate und weiteren Faktoren; äußere Exposition in Abhängigkeit von medialen Belastungen und Kontraktraten; Körperdosis in Abhängigkeit von äußerer Exposition und Resorption; ferner systemische und Organwirkung. Entsprechende Modelle gehen über Strukturmodelle hinaus und sind als Systemmodelle anzusprechen, deren Submodelle ggf. ihrerseits modular ausgestaltet sind. Eine Auswahl solcher Risikoanalyse-Modelle zeigt Tab. 1.5-4.

Seit den 1980er Jahren förderte die US-Umweltbehörde systematisch die Entwicklung quantitativer Risikoanalyse und legte entsprechende Modelle vor. In diesen **EPA-Modellen** wird versucht, die Freisetzung, Ausbreitung und Umwandlung chemischer Noxen in der Umwelt detailliert zu modellieren und insbesondere auch die vielfältigen Expositionsmöglichkeiten des Menschen möglichst vollständig zu erfassen. Die ursprünglichen Entwicklungen wurden inzwischen modifiziert und sind in umfangreichen Unterlagen dokumentiert. Verwandt mit den EPA-Modellen ist das vom „Toxics Committee“ der California Air Pollution Control Officers Association vorgelegte **CAPCOA-Modell**, welches außer den Quellen und den sogenannten Rezeptoren (d.h. betroffenen Menschen) die Kompartimente Luft, Wasser, Boden, Pflanzen, Tiere, Fisch und Muttermilch umfasst (CAPCOA 1993). Das Modell bezieht eine Reihe direkter und indirekter Ausbreitungs- und Expositionspfade ein, darunter Dispersion, Deposition, Wurzelaufnahme, Wasserabfluss, Bodenaufnahme, dermale Exposition, Wasseraufnahme, Biokonzentrierung, Fischverzehr, Muttermilchaufnahme, Tierprodukt- und Pflanzenaufnahme sowie Inhalation.

Von Seiten der Europäischen Union wurde **EUSES** (EC 1996) entwickelt, das „European Union System for Evaluation of Substances“,

um Transparenz zu schaffen und Risikoanalysen bei der Neuzulassung von Chemikalien zu unterstützen. Hauptmodule sind Abschätzung von Noxenfreisetzung (release estimation), Ausbreitung in der Umwelt (environmental distribution), Expositionsabschätzung (exposure assessment), Wirkungsschätzung (effects assessment) und Risikocharakterisierung (risk characterization). Exemplarisch sei erwähnt, dass für die Ausbreitungsmodellierung Bio-konzentrations- und Bioakkumulationsfaktoren sowie Partitionskoeffizienten eine Rolle spielen. Für die Expositionsabschätzung werden sieben Pfade herangezogen, nämlich Trinkwasser, Fisch, Wurzelfrüchte, Blattfrüchte, Fleisch, Milch und der Luftpfad.

Das HumanexpositionsmodeLL **CSOIL** wird seit 1991 in den Niederlanden eingesetzt, um geeignete Interventionswerte für den bodenbezogenen Gesundheitsschutz herzuleiten (Rikken, Lijzen, Cornelese 2001). Auch hier wird eine Reihe unterschiedlicher Expositionspfade berücksichtigt, und zwar neben Bodeningestion, -inhalation und dermalen Bodenaufnahme auch der Luft-, Wasser- und Nahrungspfad. In der Software „RISC-Human“ kommt dieses CSOIL-Modell zum Einsatz. – Zur Beurteilung der Exposition der Schutzgüter Umwelt und Mensch durch altlastbedingte Schadstoffe dient das in Deutschland im Auftrag von Bundes-Umweltministerium und Umweltbundesamt entwickelte **UMS**-System (UBA & BMU 1999). Das Modell umfasst eine Reihe von Expositionsszenarien, darunter Kinderspielplatz, offene Brachfläche, Parkanlage, Garten, Wohngebäude, gewerblich genutztes Gebäude sowie Bolz- und Sportgelände. Als Kompartimente werden u.a. Boden, Pflanze, Grund- und Brunnenwasser, Staub (außen, innen) und Innenraumluft betrachtet.

1.5.3 System- und Strukturmodelle: Diskussion

Wie gezeigt existiert für Umwelt und Gesundheit eine Vielzahl relevanter Struktur- und Systemmodelle. Diese entstammen z.T. dem Um-

weltsektor und stellen – mit oder ohne Bezug auf Humangesundheit – Umweltveränderungen sowie umweltschützende Handlungsmöglichkeiten dar. Zum anderen Teil entstammen sie dem Gesundheitssektor und betreffen Gesundheitsdeterminanten, mit mehr oder weniger deutlicher Einbeziehung von Umweltfaktoren, sowie entsprechende Handlungsoptionen. Weitere Ansätze verbinden ausdrücklich Umwelt- und Gesundheitsthemen und betrachten entsprechende Ansatzmöglichkeiten für präventive und interventive Maßnahmen des umweltbezogenen Gesundheitsschutzes. Für vier ausgewählte Strukturmodelle zeigt Tab. 1.5-5 die Komponenten in synoptischer Darstellung.

Gliederungskriterien für Strukturmodelle, wie sie z.T. im Vorstehenden bereits verwendet wurden, sind: (1) Herkunftssektor (Umweltsektor, Gesundheitssektor, Grenzgebiet Umwelt und Gesundheit) und thematischer Fokus (Umweltthemen, insbesondere Umweltzustand und -veränderungen sowie entsprechende Ursachen; Gesundheitsthemen, insbesondere Gesundheitsdeterminanten und entsprechende Ansatzpunkte; Themenfeld Umwelt und Gesundheit), (2) Funktion, (3) Detaillierung und Quantifizierung sowie (4) Darstellungsform. Das Spektrum unterschiedlicher **Funktionen** reicht von allgemeiner Orientierung und Ordnung des „Universe of discourse“, z.B. Universalmodelle von Lalonde und Blum, über die Strukturierung von Indikatoren insbesondere für Berichterstattung (z.B. PSR-, DPSEEA-Modell) und Systematisierung von Strategieplanung (handlungspraktisch orientierte Modelle wie Policy-Matrix und „Escape of tigers“) bis hin zu Spezialmodellen, insbes. zur quantitativen Expositions- und Risikoanalyse, in denen es vorrangig um Expositionspfade und chemische Noxen geht. Diese Spezialmodelle materialisieren sich oft in Software und sind auch für Prognostik einsetzbar. Die Funktionen schließen sich wechselseitig nicht aus; ein gegebenes Modell kann mehrere Funktionen erfüllen.

Struktur- und Systemmodelle differieren auch bezüglich Detaillierung und Quantifizierung. Als Makromodelle mit weitgreifender Thematik aber geringer Detaillierung sind z.B. die Modelle von Lalonde und Blum sowie PSR, DPSIR und DPSEEA anzusehen; von diesen weist nur

Tabelle 1.5-5: Komponenten ausgewählter Strukturmodelle für Umwelt und Gesundheit (eigene Darstellung)

	Force-field- / Well-being-Paradigma (Blum 1981)	IPCT-Modell (Ehrlich & Ehrlich 1990)	DPSIR-Modell (EEA 1996, 2002)	DPSEEA-Modell (Corvalán, Briggs, Kjellström 1996)
Population (incl. Genetik, Prädisposition)	Population: Umfang, Verteilung, Wachstumsrate, Genpool (population: size, distribution, growth rate, gene pool)	Population P		
Entwicklungsdynamik		Wohlstand (affluence) A	Entwicklungsdynamik (drivers) D	Entwicklungsdynamik (driving forces) D
Technologie		Technologie (Technology) T		
Druck auf die Umwelt			Druck (Pressure) P	Druck (Pressure) P
Umweltzustand / physische Umwelt	Physische Umwelt: natürliche, anthropogene (physical environment: natural, man-made)	Einwirkung (Impact) $I = P \cdot A \cdot T$	Umweltzustand (State of environment) S	Umweltzustand (State of environment) S
Soziale Umwelt	Sozio-Kulturelles: Ökonomie, Erziehung & Bildung, Arbeitswelt etc. (sociocultural – economics, education, employment etc.)			
Versorgungssystem	Medizinische Versorgung: Prävention, Therapie, Pflege, Rehabilitation (medical care services: prevention, cure, care, rehabilitation)			
Persönliches Verhalten	Lebensstil: Einstellungen, Verhalten – Gesundheits-, Sozial-, Umwelt- (Life styles: attitudes, behaviors – health / social / ecologic)			
Exposition			(implizit unter:) Einwirkung (Impact) I	Exposition (Exposure) E_1
Gesundheit	Gesundheit, Wohlbefinden: somatisch, psychisch, sozial; Lebensdauer, Krankheit, Unwohlsein, Behinderung (Health, well-being: somatic, psychic, social; life span, disease, discomfort, disability)		(implizit unter:) Einwirkung (Impact) I	Wirkung (Effect) E_2
Prä-, interventive Handlung			Reaktion (Response) R	Handlung (Action) A

das DPSEEA-Modell die für den umweltbezogenen Gesundheitsschutz zentral wichtige Exposition ausdrücklich als Komponente aus. Mikromodelle mit hoher Detaillierung für eng begrenzte Themenfelder sind u.a. das CAPCOA-, EPA-, EUSES- und UMS-Modell, also die mit quantitativer Risikoanalyse verbundenen Modelle; bei diesen steht die Exposition thematisch im Mittelpunkt. Unter den betrachteten Modellen geben viele nur die Komponenten und die Richtung einer Einflusswirkung an; andere

quantifizieren die Bezüge durch mathematische Gleichungen. Die hier betrachteten Makromodelle sind meist qualitativer Natur, die Mikromodelle dagegen quantitativ. Einen Sonderfall bildet das IPCT-Modell, welches als Makromodell thematisch ein umfangreiches Themenfeld repräsentiert und gleichzeitig eine (wenngleich recht abstrakte) Quantifizierung ausdrückt.

Auch in der **Darstellungsform** unterscheiden sich die Modelle in hohem Maße. Einige sind explizit, häufig auch mit graphischer

Veranschaulichung, in der Literatur zu finden. Andere sind „verborgen“ und lassen sich nur indirekt aus den Quellentexten rekonstruieren. Das Spektrum reicht von rein textlicher Darstellung, ggf. ergänzt durch Tabelle oder Matrix (z.B. Haddon, Policy-Matrix), zu Block- und Flussdiagramm, Netzdarstellung multipler Komponenten hin zu mathematischen Gleichungen und Computercode. In Kombination von Funktion, Detaillierung, Quantifizierung, und Darstellungsform lässt sich eine Art kombinierte „**Explikationsskala**“ für Struktur- und Systemmodelle aufmachen: Stufe 1: Die Komponenten sind nur implizit im Text genannt; ein Strukturmodell lässt sich approximativ rekonstruieren (z.B. Gesundheit 21-Modell). Stufe 2: Die Komponenten sind explizit benannt, jedoch sind Kausalbezüge nicht ausdifferenziert. Das Strukturmodell hat den Charakter eines „Klötzchenmodells“ ohne spezifische Verbindung der Komponenten, z.B. Modelle von Lalonde; Blum; Dahlgren & Whitehead. Stufe 3: Komponenten und kausale Ordnung sind explizit, jedoch rein qualitativ, formuliert, z.B. PSR-, DPSIR-, DPSEEA-Modell. Stufe 4: Das Modell weist im Ansatz eine quantitative Verknüpfung auf, z.B. IPCT-Modell mit multiplikativer Verknüpfung, die jedoch eher „symbolisch“ zu interpretieren ist. Stufe 5: Die Komponenten sind quantitativ verknüpft; es liegt ein mehr oder minder komplexes Systemmodell vor, wie insbesondere bei den Modellen der Quantitativen Risikoanalyse.

Wie erwähnt haben Struktur- und Systemmodelle schon dadurch Bedeutung, dass sie Ein- und Ausschluss sowie die Ausdifferenzierung von Teilthemen wie Determinationsbereichen und Handlungsoptionen widerspiegeln. Gerade für die interdisziplinäre und ressortübergreifende Zusammenarbeit z.B. im Rahmen integrierter Programme ist es wertvoll, die der Forschungsarbeit bzw. den Umsetzungsbemühungen zugrunde liegenden Modellannahmen explizit zu benennen. Insgesamt stehen diese Modelle eher selten im Mittelpunkt des Interesses, und die Diskussion hierzu ist nicht umfangreich. So wird ausgehend vom PSR-Modell diskutiert, welche Konsequenzen es hat, wenn die Komponente „Pressure“ durch „Driving forces“ ergänzt oder aber ganz ersetzt wird (SCOPE 1997). Exemplarisch sei auf das Umweltgutachten

1998 verwiesen, wo im Zusammenhang mit der Bildung von Umwelt- und Nachhaltigkeitsindikatoren einige Strukturmodelle als „Modellrahmen“ für Indikatorensysteme diskutiert werden (SRU 1998, p.96ff.).

Als weiteres Beispiel einer Diskussion über Strukturmodelle vergleichen die Autoren des DPSEEA-Modells Briggs, Corvalán und Nurminen (1996) ihr Modell mit dem etablierten PSR-Ansatz (p.28-35 Beschreibung, p.29 Motivation, p.36ff Vergleich mit PSR). Dieses von Seiten der WHO in die internationale Diskussion eingeführte DPSEEA-Modell scheint sich in der Praxis zu bewähren. So wurde der von der WHO zur UN-Sonderkonferenz „5 Jahre nach Rio“ vorgelegte umfangreiche Bericht (WHO 1997) erfolgreich nach diesem Modell angelegt, ohne dass es dort allerdings direkt als solches benannt wurde. Ungeachtet seiner Vorzüge ist auch das DPSEEA-Modell entwicklungsbedürftig; je nach Anwendungsfeld kann es erforderlich sein, auch „Population“, „soziale Umwelt“ oder „Versorgungssystem“ als eigene Komponenten mitzuführen und „persönliches Verhalten“ z.B. als expositions-mitbestimmenden Faktor zu verorten (vgl. Fehr 2001). Ferner ließen sich lebenserhaltende und gesundheitsfördernde Umweltaspekte hinzuziehen.

Vorzumerken für eine künftige Diskussion um Qualität von Struktur- und Systemmodellen ist vor allem das Kriterium „Passform“, wozu insbesondere die für die vorgesehene Funktion geeignete Auswahl von Komponenten und deren qualitative oder quantitative Verbindung in gewünschter Detaillierung gehört. Daneben sind Verständlichkeit für den Adressatenkreis, Übersichtlichkeit der Darstellung, praktische Handhabbarkeit und Wiedererkennbarkeit durch prägnante Gestalt und Namensgebung von Bedeutung.

1.5.4 Lebensbereiche

Über Lebensbereiche als Ergänzung der „klassischen“ Ordnungsachsen (Umweltmedien, Noxen, Wirkungen) wurde in der Fachlichen Einführung dieses Werkes bereits kurz gesprochen. „Lebensbereiche“ bezeichnen sozio-öko-

nomische Handlungsfelder, die sich an den Daseins-Grundfunktionen wie Ernährung, Wohnen, Bildung, Arbeit und Erholung orientieren und in denen für individuelles, soziales und politisches Handeln jeweils ein Spektrum an Alternativen zur Verfügung steht. Das Konzept der Lebensbereiche weist Ähnlichkeiten zum Settings-Konzept der Gesundheitsförderung auf. Ein Setting wird dort verstanden einerseits als soziales System, das eine Vielzahl relevanter Umwelteinflüsse auf eine bestimmte Personengruppe umfasst, zum anderen auch als ein System, in dem die Bedingungen von Gesundheit und Krankheit gestaltet werden können. Insbesondere werden Kommunen, Schulen, Krankenhäuser und Betriebe als Settings bezeichnet (Grossmann & Scala 2003, p.205). Das Settings-Konzept ist somit vor allem zugangsorientiert angelegt („in welcher sozialen Umgebung erreiche ich welche Menschen?“), das Konzept der Lebensbereiche hingegen ist vor allem entscheidungsorientiert definiert („wo bestehen welche wesentlichen Entscheidungsalternativen?“).

Manche Lebensbereiche beziehen sich direkt auf Grundbedürfnisse wie z.B. Ernährung, Wohnen oder Transport und Verkehr und lassen sich daher als „primär“ kennzeichnen. In jedem dieser primären Bereiche werden Energie und Rohstoffe umgesetzt sowie Emissionen und Abfall erzeugt. Damit entstehen „sekundäre“ Lebensbereiche wie Rohstoff- und Energieversorgung oder Abfallwesen, welche sich indirekt aus den Daseins-Grundfunktionen ableiten. – Jeder Lebensbereich lässt sich durch Input, Umwandlung und Output von Materie und Energie kennzeichnen, die mit Hilfe bestimmter Technologien im weitesten Sinne, also Konzepten, Materialien, Bauweisen und Verfahren, realisiert werden. Lebensbereiche unterscheiden sich sowohl hinsichtlich ihrer Struktur oder „**Morphologie**“, die durch technische Objekte wie auch durch Akteure und soziale Gebilde geprägt ist, als auch hinsichtlich der „**Physiologie**“ ablaufender sozialer und technischer Prozesse. Von besonderem Interesse für den umweltbezogenen Gesundheitsschutz sind hier die Stoff- und Energieströme samt Ressourcenverbrauch und Noxenfreisetzen.

Die innerhalb eines Lebensbereiches sich bietenden Handlungsalternativen dienen denselben

Grundbedürfnissen und sind daher zumindest theoretisch substituierbar. Wie z.B. im erwähnten IPCT-Modell zum Ausdruck kommt, bestimmen diese Technologien mit ihren Lebenszyklen wesentlich die Umwelt- und Gesundheitsbilanzen der Handlungsalternativen in den Lebensbereichen. Die relative Verteilung verschiedener Handlungsoptionen an der Gesamtaktivität in einem Lebensbereich bezeichnet man als „**Modal Split**“. Dieses Konzept ist auch im Bewusstsein der Öffentlichkeit deutlich verankert für den Bereich von Transport und Verkehr; es lässt sich sinngemäß auf andere Bereiche übertragen wie Ernährung (z.B. biologischer Anbau, fleischarme Kost) oder Energieversorgung (z.B. erneuerbare Energieträger). Mit diesem „Modal Split“ wird in allen Lebensbereichen auf persönlicher, sozialer und gesellschaftlicher Ebene über Materie- und Energieströme und damit auch über Qualität und Quantität von Noxen-Freisetzungen entschieden, ohne dass über die Implikationen immer Klarheit besteht. Innerhalb eines Lebensbereiches lassen sich „kleine“ Alternativen wie im Verkehrswesen z.B. Tempolimit oder unterschiedliche Arten von Katalysatoren unterscheiden von „großen“ Alternativen, z.B. Energieversorgung durch fossile vs. erneuerbare Energieträger; motorisierter vs. nicht-motorisierter Verkehr, Individual- vs. öffentlicher Verkehr. Während z.B. der noxenorientierte Ansatz häufig zu relativ kleinen, inkrementalen Veränderungen führt, bietet das Konzept der Lebensbereiche auch eine Basis zur Untersuchung und Propagierung größerer Alternativen. Für eine synoptische Darstellung ausgewählter Lebensbereiche nach den Komponenten des DPSEEA-Strukturmodells siehe Tab. 1.5-6.

Zum Lebensbereich „Wohnen“ gehören Wohnung, Haushalt und häusliches Umfeld unter Gesichtspunkten von Bau, Einrichtung, laufender Nutzung und Pflege sowie auch – am „end of useful life“ – Abriss und Entsorgung von Bausubstanz, mit seiner Vielfalt potentiell toxischer Lösungsmittel, Klebstoffe, Farben, Lacke, Kunststoffe und Holzschutzmittel sowie den von Hausfeuerung und Kochstellen ausgehenden Emissionen. Zum Lebensbereich „Ernährung“ gehören die Produktion, Lagerung und Zubereitung von Nahrungs- und Genuss-

Tabelle 1.5-6: Lebensbereiche, in exemplarischen Aspekten charakterisiert nach Komponenten des DPSEEA-Strukturmodells (eigene Darstellung)

Lebensbereich:	Wohnen	Ernährung	Verkehr	Arbeit
DPSEE(A)-Komponente				
Entwicklungsdynamik: Werte, Ökonomie, Kultur, Technologien	Klima, Tradition, soziale Situation (Familie), Umweltschutz, Kosten	Klima, lokale Vegetation, Tradition, Biotechnologie, Markt	Geographie, Arbeitsmarkt, Mobilitätsdrang, Lifestyle	Ökonomie, Konjunktur, Markt
Druck auf die Umwelt: Ressourcenverbrauch, Noxenfreisetzung	Flächen- und Materialverbrauch, Emissionen	Flächen- und Rohstoffverbrauch, Emissionen	Flächen- und Materialverbrauch, Emissionen: Schadstoffe, Lärm, kinetische Energie	Flächen- und Materialverbrauch, Emissionen
Umweltzustand: physisch (Umweltmedien), sozial	Innenraumluft, Lärmbelastung, Sicherheit, Behaglichkeit von Wohnung & Umfeld	Boden, Lebensmittel, Trinkwasser	Außenluft, Boden, Wasser, Lärm u.a.	sozial: Beschäftigung, Arbeitslosigkeit; physisch: Noxen
Exposition: äußere, innere; Routen: oral, dermal, inhalativ u.a.	physische Expositionen, insbes. respiratorisch; Kälte-, Hitzestress; Wohnzufriedenheit	physische Expositionen, insbes. gastrointestinal, Übergewicht	physische Expositionen, insbes. respiratorisch, kinetische Energie; Bewegungsmangel	Atemluft, Hautkontakt, kinetische Energie, einseitige Bewegungsabläufe
Gesundheitswirkung: kurz-, langfristig; physisch, psychisch; systemisch, organspezifisch	Atemwegserkrankungen, Allergien, Herz-Kreislaufkrankungen, Krebs, Verletzungen	Herz-Kreislaufkrankungen, Krebs, Allergien	Atemwegserkrankungen, Herz-Kreislaufkrankungen, Krebs, Verletzungen	Atemwegserkrankungen, Herz-Kreislaufkrankungen, Krebs, Verletzungen

mitteln sowie vielfältiger Gerätschaften, ferner auch Gerätereinigung und Entsorgung. Beteiligte Chemikalien umfassen u.a. Düngemittel, Pestizide und andere Pflanzenbehandlungsmittel, Farb- und Konservierungsstoffe sowie Hormone und Antibiotika. – Besonders vielseitige Bezüge zum Gesundheits- und Umweltschutz weist der Lebensbereich Verkehr auf. Motorabgase von Kraftfahrzeugen bilden dabei einen Schwerpunkt umweltmedizinischen Interesses. Gemische aus Gasen und feinverteilten Schwebstoffen (Aerosole) variieren in ihrer Zusammensetzung u.a. mit Motorbauart und -einstellung, Kraftstoffzusammensetzung, Vorhandensein von Abgasreinigungsanlagen, Betriebsart, Belastung und Fahrtgeschwindigkeit. Weitere stoffliche Verkehrsemissionen betreffen Leckagen, Abrieb von Reifen und Bremsbelägen sowie Abfälle wie Altöl, Batterien und Schrott. Neben den stofflichen Emissionen sind auch Verkehrslärm, Vibrationen, Verletzungen bei Verkehrsunfällen sowie mögliche psychosoziale Stressbelastungen umweltmedizinisch relevant.

Am Beispiel der Vielzahl der am Verkehrsgeschehen beteiligten Noxen und ihrer potentiellen Schadwirkungen wird der Bedarf für eine integrierte, am gesamten Lebensbereich orien-

tierte Betrachtung deutlich. Zusätzlich zum herkömmlichen, jede einzelne Noxe untersuchenden und entsprechende Risiken zu minimierenden Ansatz besteht die Herausforderung, auch die „großen“ Alternativen zu analysieren, ihr Spektrum an Gesundheitsrisiken zu identifizieren und zu gewichten und hiermit auch Entscheidungshilfen z.B. für die Verkehrspolitik auf kommunaler Ebene zu liefern.

Generell wird das Konzept der Lebensbereiche nützlich indem es hilft, Handlungsalternativen aller Ebenen klarer herauszuarbeiten. Im folgenden werden kurz angesprochen: Policy-Orientierung, Signalwirkung, Bündelung und Harmonisierung. Herkömmlich stehen im Umwelt- und Gesundheitsschutz häufig die Umweltmedien, die unterschiedlichen Noxen und ihre gesundheitlichen Wirkungen im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit. Aber weder Alltagsleben noch politische Entscheidungsstrukturen wie z.B. ministerielle Ressorts gliedern sich in entsprechender Weise nach Medien, Noxen oder Wirkungen. Eine Erweiterung um die Ordnungssachse „Lebensbereiche“ bewirkt eine Annäherung an die Strukturen von Alltagsleben und Politik. Schon jetzt befassen sich Teilgebiete der Gesundheitswissenschaften mit diesen

Lebensbereichen; genannt seien „Housing und health“, „Nutritional public health“, „Occupational health“ und das Programm „Transport, Health and Environment“ von WHO und UNECE. Eine konsequente Weiterentwicklung dieser **Policy-Orientierung** dürfte zusätzliches Potential für ökologische Prävention und Gesundheitsförderung freisetzen.

Das Konzept der Lebensbereiche ist nicht nur ein Gliederungsprinzip zur Zusammenfassung einzelner Tatbestände, es eröffnet auch neue Perspektiven. Im Themenfeld Umwelt und Gesundheit haben Informationen oft eine intensive **Signalwirkung** und rühren an vitale Besorgnisse und Ängste. Insbesondere weisen sie häufig auf Risiko und Bedrohung oder komplementär auf Schutz und Sicherheit, also auf eindeutig negativ bzw. positiv besetzte Konzepte. Ähnlich verhält es sich mit den Umweltmedien Wasser, Boden, Luft und Nahrung. Über die Ablehnung von Belastung und Verschmutzung sowie über den Wunsch nach Reinhaltung und Sauberkeit ist Konsens leicht herzustellen. Solange nur Risiken und Schutzmaßnahmen, Verschmutzung und Reinhaltung zur Sprache kommen, sind Ansprüche und auch Verurteilungen rasch formuliert. Hier bleibt dann leicht verborgen, dass es wesentlich um Entscheidungen in Lebensbereichen geht, mit Interessengegensätzen und z.T. auch ausgeprägter persönlicher Ambivalenz. Pointiert ausgedrückt sind Noxen oft mit der Assoziation von Bedrohung bzw. Täterschaft verbunden, unerwünschte gesundheitliche Wirkungen dagegen eher mit Opfer-Assoziationen. Hingegen transportiert das Konzept der Lebensbereiche stärker die **Verantwortungsdimension**. Möglicherweise kann dieses Konzept dazu beitragen, gesellschaftliche Interessengegensätze konstruktiv zu diskutieren und auch die Ambivalenzen zu verdeutlichen, die mit umwelt- und gesundheitsbelastendem Verhalten häufig verbunden sind.

Eine weitere Funktion des Konzeptes liegt in der **Bündelung** und **Harmonisierung** präventiver Maßnahmen, insbesondere auch in der Vermeidung etwaiger Widersprüche. Die große Anzahl potentieller Noxen und möglicher Gesundheitseffekte macht es unmöglich, noxen- oder effekt-spezifische Präventionsprogramme auch nur in annähernder Vollständigkeit

zu entwickeln und zu implementieren. Dieses Vorgehen birgt zudem die Gefahr gravierender Widersprüche oder Problemverschiebungen in sich. Als Lösung bietet es sich an, Noxen und Gesundheitsrisiken verstärkt unter dem Blickwinkel von Belastungsquellen zu behandeln, die ihrerseits bestimmten primären oder sekundären Lebensbereichen zuzuordnen sind. Übrigens sind für Individuen und Gruppen die Präferenzen für Optionen in verschiedenen Lebensbereichen nicht unabhängig von einander; der „Lebensstil“ eines Individuums wie auch einer Population lässt sich als Bündel bevorzugter Handlungsoptionen in verschiedenen Lebensbereichen interpretieren. Die gedankliche und z.T. auch handlungspraktische Orientierung auf einen umwelt- und gesundheitsverträglichen **Lebensstil** ist inzwischen weit verbreitet; hier bieten sich auch weiterhin wichtige intervenive und gesundheitsfördernde Ansatzpunkte.

Um diese Funktionen zu erfüllen, bedarf es einer **Aufbereitung des Fachwissens** in solcher Weise, dass für jeden Lebensbereich die Implikationen jeweiliger Handlungsalternativen transparent werden. Neues Wissen über Umwelt und Gesundheit wird in der Regel jedoch entweder als Aussage über die Wirkungen einzelner Noxen oder aber als Aussage über die Ursachen einzelner Wirkungen erzeugt und ggf. nach Umweltmedien zusammengefasst. Es ist eine umfangreiche, nur in Näherung lösbare Aufgabe, die Wissensbasis zusätzlich nach Lebensbereichen zu erschließen. Hilfreich wäre die konsequente Weiterentwicklung des Stoff- und Energiestrom-Ansatzes. Wo sich diese Hindernisse überwinden lassen und nach Lebensbereichen zusammengefasste Informationen vorliegen, gibt es eine Reihe unterschiedlicher **Anwendungsfelder**. Für Berichterstattung, Verträglichkeitsprüfungen und Strategieentwicklung dürften Lebensbereiche eine besonders nützliche Strukturierungsform darstellen, um Chancen der Prävention und Gesundheitsförderung systematisch zu identifizieren und um durch Transparenz zur Meinungsbildung und Entscheidungsfindung beizutragen.

Beispiele deutlicher Bezugnahme auf Lebensbereiche enthalten inzwischen zahlreiche Umweltberichte, so z.B. der OECD-Bericht „Environmental Performance Review – Germany“,

der ausdrücklich Sektoren wie Energieversorgung und Verkehrswesen behandelt (OECD 1993). Auch deutsche Umweltberichte auf Bundesebene (z.B. BMU 2002) gehen teilweise auf Lebensbereiche wie Energieversorgung und Verkehr ein. Zielkonflikte können entstehen, wenn z.B. ein Institut für „Highway Safety“ die Implikationen des Modal Split im Verkehrsreich untersucht oder eine Atombehörde vergleichende Untersuchungen im Energiesektor (IAEA 1982) vornimmt. Beispiele anspruchsvoller Lösungsansätze für Modal-Split-Vergleich wie von Friedrich und Krewitt (1997) für Stromerzeugungssysteme sind nach wie vor nicht häufig.

1.5.5 Perspektive

Wie schon Haddon (1970, p.2233) am Beispiel von Verletzungen feststellte, erfreut sich die systematische Analyse präventiv oder interventiv nutzbarer Ansatzpunkte weder bei Individuen noch bei Institutionen großer Aufmerksamkeit; dabei ist solche Analyse durchaus machbar und stellt eine Voraussetzung für optimierten Ressoreinsatz dar⁴. Insgesamt scheinen Struktur- und Systemmodelle sowie entsprechende Handlungsoptionen erstaunlich wenig Reflexion zu finden, obwohl sie verbreitet eingesetzt werden und ihre Auswahl durchaus folgenreich für den Diskurs sein kann.

Selbstverständlich unterliegen alle Struktur- und Systemmodelle gewissen Einschränkungen. Die Komplexität der Mensch-Umwelt-Beziehungen läuft prinzipiell jeder Reduktion auf ein Modell entgegen. Andererseits wird in Gesundheits- und Umweltwissenschaften aus guten Gründen allenthalben mit vereinfachenden Modellen gearbeitet. Explizite Struktur- und Systemmodelle helfen, die zugrunde liegenden Annahmen und Vorentscheidungen zu kommunizieren. Hierbei muss nur der Leitsatz im Blick bleiben, „The map is not the territory“. Außerhalb der Domäne quantitativer Risikoanalyse führen bisher nur wenige Modelle ausdrücklich das für die Humangesundheit zentral wichtige Expositions-konzept mit an; hieraus leitet sich die jedenfalls bisher herausragende Stellung des

DPSEEA-Modells ab. Wie dargestellt ist aber auch das DPSEEA-Modell in mehrfacher Hinsicht entwicklungsbedürftig.

Übrigens lassen sich die Struktur- und Systemmodelle des Gesundheits- und des Umweltsektors sowie der Nahtstelle beider Bereiche nicht nur als pragmatisch motivierte Hilfsmittel ansehen. Vielmehr kann man sie auch als zwar unauffällige und oft kaum beachtete, gleichwohl wichtige Elemente einer in den Gesundheitswissenschaften oft vermissten „Theorie von Gesundheit“ interpretieren, reflektieren sie doch die Ausgestaltung des jeweiligen „Universe of discourse“ samt Auswahl der wichtigsten Komponenten und ihrer Relationen.

Es dürfte nützlich sein, den Struktur- und Systemmodellen die gebührende Aufmerksamkeit zu geben und sie künftig noch konsequenter einzusetzen. Zur Explikationsfunktion dieser Modelle und erst recht zu den dahinterstehenden Fragen einer Theorie von Gesundheit zeichnet sich ein Spektrum von Forschungs- und Entwicklungsaufgaben ab. Exemplarisch erwähnt seien hier nur die Fragen nach den Vorzügen und Nachteilen von Universalmodellen vs. Spezialmodellen, nach Gründen für und gegen eine stärkere Vereinheitlichung von Struktur- und Systemmodellen und nach Möglichkeiten eines Überganges von qualitativen Strukturmodellen verstärkt hin zu quantitativen Systemmodellen, auch außerhalb des Spezialfeldes Risikoanalyse.

Literatur

- Baccini, P., Bader, H.-P. (1996): Regionaler Stoffhaushalt. Erfassung, Bewertung und Steuerung. Spektrum Akademischer Verlag, Heidelberg.
- Bassett, W.H. (ed.) (1999): Clay's handbook of environmental health. E & FN Spon, London, UK, 18th ed.
- Blum, H. (1981): Planning for health. Human Sciences Press, New York, NY, USA, 2nd ed.
- BMU / Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz und Reaktorsicherheit (2002): Umweltbericht 2002. Bericht über die Umweltpolitik der 14. Legislaturperiode. Ökologisch – modern – gerecht. Die ökologische Modernisierung von Wirtschaft und Gesellschaft. BMU Eigenverlag, Berlin.
- Briggs, D. (2003): Making a difference: Indicators to improve children's environmental health. Summary. Prepared on behalf of the World Health Organization. www.who.int

- pis.ops-oms.org/bvsana/fulltext/Summary.pdf, Zugriff: 8.8.2004.
- CAPCOA / Toxics Committee of the California Air Pollution Control Officers Association (1993): Air toxics „hot spots“ program – Revised 1992 risk assessment guidelines. Sacramento, CA, USA.
- Corvalán, C., Briggs, D., Kjellström, T. (1996): Development of environmental health indicators. In: Briggs, D., Corvalán, C., Nurminen, M. (eds.) (1996): Linkage methods for environment and health analysis. General guidelines. UNEP, US-EPA, WHO: WHO/EHG/95.26, Geneva, CH, pp.19-53.
- Dahlgren, G., Whitehead, M. (1991): Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO strategy paper for Europe. Institutet för Framtidsstudier, Stockholm, S, Eigenverlag.
- EC / European Community (1996): EUSES, the European Union system for the evaluation of substances. RIVM, Bilthoven, NL.
- EEA / European Environment Agency (1996): EEA Annual report 1996. Copenhagen, DK.
- EEA / European Environment Agency (2002): Environmental signals 2002. Benchmarking the millenium. European Environment Agency regular indicator report. Copenhagen, DK.
- Ehrlich, P.R., Ehrlich, A.H. (1990): The population explosion. Simon & Schuster, New York, NY, USA.
- Ehrlich, P.R., Ehrlich, A.H., Holdren, J.P. (1977): Ecoscience. Population, resoures, environment. Freeman, San Francisco, CA, USA. 2nd ed.
- Environment Canada (1994 ff.): SOE [State of the Environment] Bulletin, No. 94-4 (May 1994) und nachfolgende Ausgaben. <http://wlapwww.gov.bc.ca/soerpt/soereporting.html>, Zugriff: 8.11.2004.
- Fehr, R. (2001): Ökologische Gesundheitsförderung. Analysen – Strategien – Umsetzungswege. Huber, Bern, CH.
- Friedrich, R., Krewitt, W. (1997): Umwelt- und Gesundheitsschäden durch die Stromerzeugung. Externe Kosten von Stromerzeugungssystemen. Springer, Berlin.
- Grossmann, R., Scala, K. (2003): Setting-Ansatz in der Gesundheitsförderung. In: Franzkowiak, P., Kaba-Schönstein, L. Lehmann, M. Sabo, P. (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung. Fachverlag Peter Sabo, Reihe Blickpunkt Gesundheit, Nr. 6, Schwaabenheim a.d.Selz.
- Haddon, W.: On the escape of tigers: An ecologic note. Am.J.Publ.Health 1970, 60, 2229-2234.
- IAEA / International Atomic Energy Agency (1982): Health impacts of different sources of energy. Proceedings of an international symposium on health impacts of different sources of energy organized by the WHO, the UNEP and the IAEA and held in Nashville, USA, 22-26 June 1981. Vienna, A.
- Kramers, P. (1997): POPHER: The population & health (regional) model. www.m.rivm.nl/usr/popher/popher.htm, Zugriff: 26.2.2004.
- Kwiatkowski, G., Ohlig, R., Friderich, K.-L. et al. (1987): Meyers Kleines Lexikon Philosophie. Meyers Lexikonverlag, Mannheim, 536 S.
- Lalonde, M. (1974): A new perspective on the health of Canadians. A working document. Government of Canada, Ottawa. Reprinted 1981, Minister of Supply and Services Canada. www.hc-sc.gc.ca/hppb/phdd/pube/perintrod.htm, Zugriff: 18.2.2004.
- Meadows, D., Meadows, D., Zahn, E., Milling, P. (1972): Die Grenzen des Wachstums. Bericht des Club of Rome zur Lage der Menschheit. Deutsche Verlags-Anstalt, Stuttgart.
- Meyers Enzyklopädisches Lexikon (1976), Band 16, Bibliographisches Institut, Mannheim.
- OECD / Organisation for Economic Co-operation and Development (1991): OECD Environmental data, compendium 1991. OECD Publications, Paris, F.
- OECD / Organisation for Economic Co-operation and Development (1993): OECD Environmental performance reviews – Germany. OECD Publications, Paris, F.
- OECD / Organisation for Economic Co-operation and Development (1995): OECD Environmental data, compendium 1995. OECD Publications, Paris, F.
- OECD / Organisation for Economic Co-operation and Development (2001): OECD Environmental outlook. OECD Publications, Paris, F.
- Rikken, M.G.J., Lijzen, J.P.A., Cornelese, A.A. (2001): Evaluation of model concepts on human exposure. Proposals for updating the most relevant exposure routes of CSOIL. RIVM Rapport 711701022. www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/711701022.html, Zugriff: 8.8.2004.
- SCOPE / Scientific Committee On Problems of the Environment (1997): Sustainability indicators. Report of the Project on Indicators of Sustainable Development. Wiley, New York, NY, USA. www.icsu-scope.org/downloadpubs/scope58, Zugriff: 8.8.2004.
- SRU / Rat von Sachverständigen für Umweltfragen (1998): Umweltgutachten 1998 – Umweltschutz: Erreichtes sichern – neue Wege gehen. Metzler-Poeschel, Stuttgart. www.umweltrat.de, Zugriff: 11.8.2004.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (1998): Gesundheitsbericht für Deutschland. Ergebnis eines Forschungsvorhabens gefördert durch das Bundesministerium für Bildung,

Wissenschaft, Forschung und Technologies sowie das Bundesministerium für Gesundheit. Metzler-Poeschel, Stuttgart.

Tretter, F., an der Heiden, U. (2004): Umwelt und Gesundheit aus systemwissenschaftlicher Perspektive. Teil II: Systemische Modellierung. Umweltmed. Forsch. Prax. vol. 9, no. 1, 21-30.

UBA & BMU / Umweltbundesamt und Bundesministerium für Umwelt (1999): CD-ROM „UMS-System: EDV-Module UMS und SISIM“. Pdf-Dokument: UMS – Exposition der Schutzgüter Umwelt und Mensch mit Schadstoffen. Bedienungsanleitung. Version 2.10, 1998.

US EPA / US Environmental Protection Agency (1989): Risk assessment guidance for Superfund. Vol. I, Human health evaluation manual (part A). Office of Emergency and Remedial Response, Washington, DC, USA.

WBGU / Wissenschaftlicher Beirat der Bundesregierung Globale Umweltveränderungen (1993): Welt im Wandel: Grundstruktur globaler Mensch-Umwelt-Beziehungen. Jahresgutachten 1993. Economica, Bonn.

WHO / World Health Organization (1986/2004): Ottawa charter for health promotion / Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2, Zugriff: 26.2.2004.

WHO / Weltgesundheitsorganisation (1993): Ziele zur „Gesundheit für alle“. Die Gesundheitspolitik für Europa. Aktualisierte Fassung September 1991. Europäische Schriftenreihe „Gesundheit für alle“ Nr.4. Kopenhagen, DK.

WHO / World Health Organization (1997): Health and environment in sustainable development. Five years after the Earth summit. WHO/EHG/97.8, Geneva, CH.

WHO / Weltgesundheitsorganisation (1999): Gesundheit 21. Das Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ für die Europäische Region der WHO. Europäische Schriftenreihe „Gesundheit für alle“ Nr.6. Kopenhagen, DK.

World Bank (1997): Five years after Rio. Innovations in environmental policy. Rio+5 edition, draft for discussion. World Bank, Environment Department, Washington, DC, USA.

Endnoten

¹ In englischer Fassung: „Physical ... determinants“, in deutscher Fassung irrtümlich: „Natürliche ... Determinanten“

² wie Nr.1

³ gemeint: „physische“; so auch in der Zielformulierung selber

⁴ „It has not generally been customary for individuals and organizations that influence, or are influenced by, dam-

age due to harmful transfers of energy to analyze systematically their options for loss reduction, the mix of strategies and tactics they might employ, and their cost. Yet, it is entirely feasible and not especially difficult to do so, although specific supporting data are still often lacking. In fact, unless such systematic analysis is done routinely and well, it is generally impossible to maximize the pay-offs both of loss-reduction planning and of resource allocation.“

1.6 Public Health-Aufgabentrias

Hermann Neus, Henning Lange-Asschenfeldt

Alle in diesem Werk betrachteten integrierten Programme (vgl. Kap. 1.1 bis 1.4) gehen von einem systematischen Handlungsrahmen aus, der sich als Prozessorientierung charakterisieren lässt. Die vorgeschlagenen Vorgehensweisen weisen dabei unabhängig von der regionalen Bezugsebene der Programmatik und unbeschadet der Unterschiede in Terminologie oder fachspezifischer Darstellung im Einzelnen ein hohes Maß an Übereinstimmung auf. Die hierdurch gegebene strukturelle Vergleichbarkeit eröffnet auf wissenschaftlich-konzeptioneller Ebene die Perspektive, den Stand der Methodenentwicklung zwischen den verschiedenen Fachgebieten zu vergleichen und die Übertragbarkeit von Erkenntnissen und Erfahrungen auf andere Fachgebiete zu prüfen. Für die handlungsorientierte praktische Ebene ergibt sich ein hohes Maß an Anschlussfähigkeit: so können beispielsweise die im Rahmen der Aktionspläne „Umwelt und Gesundheit“ entwickelten Handlungsansätze in der praktischen Umsetzung in bereits existierende Agenda 21- oder Gesunde Städte-Projekte integriert werden, was sich wegen der zahlreichen inhaltlichen Berührungspunkte und Überschneidungen auch in der Sache anbietet.

Um die sich abzeichnenden Synergieeffekte zu nutzen, ist ein Bezugsrahmen zu definieren, der die Kernelemente der Vorgehensweise einheitlich beschreibt. Dieser Bezugsrahmen sollte ausreichend abstrakt angelegt sein, damit die Einzelprogrammatiken ohne Substanzverlust

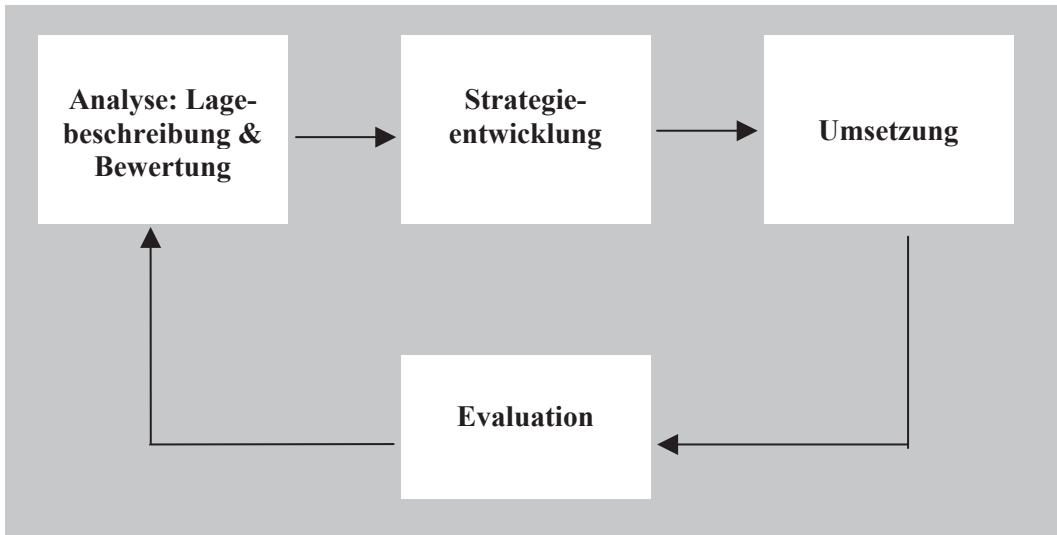


Abbildung 1.6-1: Public Health-Aufgabentrias und ihre Einbettung in ein Regelkreismodell, in Anlehnung an IM (1988)

in diesen Rahmen eingeordnet werden können. Ausgehend von früheren Beiträgen (Fehr 2001; Neus, Lange-Asschenfeldt, Fehr et al. 2001) bietet sich die von dem „Committee for the Study of the Future of Public Health“ (IM 1988) vorgeschlagene „Public Health-Trias“ als ein solcher Bezugsrahmen an. Diese Kommission hatte sich Ende der 1980er Jahre eingehend mit der Weiterentwicklung der öffentlichen Gesundheitsdienste in den USA befasst und deren Kernaufgaben in den folgenden Bereichen gesehen:

- Analyse: Lagebeschreibung und Bewertung („Assessment“),
- Strategieentwicklung („Policy development“) und
- Umsetzung („Assurance“).

Die Aufgaben des Fachgebiets „Gesundheit und Umwelt“ sind einerseits in dem insgesamt breiteren Aufgabenspektrum des öffentlichen Gesundheitsdienstes enthalten, reichen mit Aufgabenstellungen aus dem Umweltbereich teilweise aber auch darüber hinaus. Die genannten Kernaufgaben können daher nur in Analogie auf das Fachgebiet „Gesundheit und Umwelt“ übertragen werden und lassen sich in Anlehnung an das ursprüngliche Konzept wie folgt präzisieren. „Lagebeschreibung und Bewertung“ steht für die regelmäßige und systematische Sammlung, Zusammenführung, Auswertung und Bereitstellung von Informationen über Gesundheit und

Umwelt, einschließlich einer bewertenden Darstellung gesundheitlicher Risiken und bestehenden Handlungsbedarfs. „Strategieentwicklung“ bezeichnet die verantwortliche Übernahme einer führenden Rolle zur Entwicklung einer umfassenden Strategie für eine gesundheitsverträgliche und -förderliche Umwelt im Dialog mit öffentlichen und privaten Institutionen und Akteuren. Die Strategie sollte systematisch auf eine Anwendung wissenschaftlicher Erkenntnisse bei der Entscheidungsfindung abzielen, muss zugleich aber auch das Primat der demokratischen politischen Willensbildung positiv anerkennen. „Umsetzung“ bedeutet Sicherstellung, dass gesetzliche Vorgaben und vereinbarte Ziele erreicht werden. Dies kann entweder auf Grundlage von Vereinbarungen, durch ordnungsrechtlichen Vollzug oder durch eigenständige administrative Maßnahmen im Sinne des Subsidiaritätsprinzips erfolgen.

Das angesprochene Sicherstellungsgebot ergibt sich aus dem öffentlichen Interesse an einer gesundheitsverträglichen und -förderlichen Umwelt. Die Letztverantwortlichkeit für den Gesamtprozess kann nicht an private Institutionen delegiert werden. Der Sicherstellungsauftrag beinhaltet in einem erweiterten Sinne auch infrastrukturelle Maßnahmen im eigenen Bereich wie z.B. Qualifizierung des Personals, ferner Vorkehrungen zur Qualitätssicherung von Maßnahmen in öffentlicher oder privater

Trägerschaft und schließlich eine Evaluation der Wirksamkeit durchgeführter Maßnahmen.

Die analytische Aufgabenstrukturierung lässt sich auch als Beschreibung zeitlich aufeinander folgender Prozessschritte deuten. Wenn man als ein viertes Element die Evaluation der im Rahmen der Umsetzung erzielten Auswirkungen hinzunimmt und damit eine Rückkopplung zu der Ebene der Lagebeschreibung und Bewertung herstellt, schließt sich der Handlungsbogen zu einem Regelkreismodell, das für handlungsorientierte Programmatiken charakteristisch ist (Abbildung 1.6-1). Nachfolgend werden die Kernaufgaben der Aufgabentrias und wesentliche fachliche Ansätze zu ihrer Bearbeitung skizziert und in Hinblick auf Konvergenz zwischen den verschiedenen Fachgebieten kommentiert. Für Einzelheiten wird auf die nachfolgenden Kapitel dieses Werkes verwiesen, dessen Gesamtgliederung ebenfalls diese Aufgabentrias zugrunde legt.

1.6.1 Analyse: Lagebeschreibung und Bewertung

Ausgangspunkt der Trias ist eine Lagebeschreibung und Bewertung des Status quo für das betreffende Aufgabengebiet. Die dabei gewonnenen Erkenntnisse bilden in den weiteren Bearbeitungsstufen der Aufgabentrias die fachliche Grundlage für eine Strategie zur Verbesserung der vorhandenen Situation und die Umsetzung entsprechender Maßnahmen. Dieser Handlungsansatz lässt sich in ein allgemeines Konzept des „evidence based policy making“ (Schwartz & Corvalán 1995; Ham, Hunter, Robinson 1995) einordnen. Die Lagebeschreibung setzt geeignete fachliche Methoden zur Situationsanalyse und -bewertung voraus. Hier lassen sich verschiedene Instrumentarien unterscheiden, die im Vergleich zwischen den Programmatiken in Funktion und fachlicher Vorgehensweise ein hohes Maß an Übereinstimmung aufweisen. Hervorzuheben sind die Instrumente Risikoabschätzung, Indikatoren, Berichterstattung und Verträglichkeitsprüfung, die für das Fachgebiet des umweltbezogenen Gesundheitsschut-

zes auch unabhängig von integrierten Programmen eine eigenständige Bedeutung besitzen.

Risikoabschätzung als Basisinstrument

Für die Bestandsaufnahme wird ein Basisinstrument benötigt, mit dem die Situation analytisch beschrieben und bewertet werden kann. Für „Gesundheit und Umwelt“ stehen Aussagen zu den ökologischen und gesundheitlichen Risiken, die mit bestimmten Umweltzuständen verknüpft sind, im Mittelpunkt. Die analytische Kernaufgabe besteht somit in der Abschätzung und Charakterisierung umweltbedingter Risiken (Kap. 2.1). Das US-amerikanische National Research Council (NRC) hat 1983 ein allgemeines Rahmenkonzept für Risikoabschätzungen entwickelt, das die weitere Methoden- und Konzeptentwicklung maßgeblich beeinflusst hat, in der Folgezeit jedoch je nach Anwendungskontext vielfach angepasst und weiterentwickelt worden ist (vgl. Neus 1998). Das vom NRC entwickelte Konzept bietet ein hohes Maß an Anschlussfähigkeit und Übertragbarkeit auf verwandte Fachgebiete. Dies zeigt sich z.B. daran, dass sich in der Chemikalienpolitik der Europäischen Union mit dem Technical Guidance Document (EC 1996) in Anlehnung an dieses Konzept ein einheitlicher fachlicher und rechtlicher Bezugsrahmen für Umwelt-, Arbeits- und Verbraucherschutz entwickeln ließ.

In der ursprünglichen Formulierung des NRC wird der Vorgang der Risikoabschätzung in die vier Teilelemente der Identifizierung von Gefährdungspotential, Dosis-Wirkungs-Abschätzung, Expositionsabschätzung und Risikocharakterisierung unterteilt. In dieser Strukturierung stellt die Expositionsabschätzung die Verknüpfung zwischen Umweltfaktoren (z.B. Schadstoffkonzentrationen in der Umwelt) und gesundheitlichen Wirkungen (z.B. toxikologischen Kenngrößen zur gesundheitlichen Beurteilung der Schadstoffbelastung) her und bildet insofern für das Fachgebiet „Gesundheit und Umwelt“ das zentrale Verknüpfungsglied (Kap. 2.2).

Indikatoren

Risikoabschätzungen dienen in erster Linie als Grundlage für die Entwicklung von Bewertungskriterien für spezifische Belastungen, die rechtlich z.B. in Form von Grenzwerten um-

gesetzt werden können. Ihre Durchführung ist in aller Regel sehr aufwändig, weil das gesamte verfügbare Fachwissen überprüft und aufgearbeitet werden muss. Entsprechend umfangreich sind die Ergebnisberichte. Für die praktische Arbeit in integrierten Programmen kann auf vorhandene Risikoabschätzungen zurückgegriffen werden, es ist aber unerlässlich, die detaillierten und stark differenzierten Informationen in geeigneter Form zu verdichten. Benötigt wird ein überschaubares und handhabbares Set von Kennzahlen, mit denen der Zustand der Umwelt hinreichend genau charakterisiert, bewertet und in seiner Entwicklung beschrieben werden kann. Hierzu dienen Indikatoren. Sie dienen dazu, Handlungsbedarf zu identifizieren (z.B. durch raum-zeitliche Vergleiche), Zielsetzungen zu präzisieren sowie zeitliche Entwicklungen und den Erfolg von Maßnahmen quantitativ zu beschreiben. Der Erfolgskontrolle kommt dabei eine Schlüsselfunktion zu: ohne Bezug auf ein geeignetes Indikatorensystem besteht die Gefahr, dass sich Programme in einer Fülle von Einzelaktivitäten erschöpfen, deren langfristige Wirksamkeit nicht beurteilt werden kann.

Die praktische Entwicklung von Indikatorensystemen erweist sich als schwierig, weil an „ideale“ Indikatoren verschiedene Anforderungen zu stellen sind, die zueinander in einem Zielkonflikt stehen können. Indikatoren sollen einerseits mit möglichst geringem Aufwand zu erheben sein und andererseits eine möglichst valide Darstellung der Situation erlauben. Sie sollen sodann einerseits auf die spezifischen Probleme und den spezifischen Handlungsbedarf einer Region ausgerichtet sein und andererseits überregionale Vergleiche zulassen. Schließlich ist die Definition und Erhebung von Indikatoren einerseits eine fachliche Aufgabe, andererseits muss sich ihre Definition an den politischen Zielsetzungen ausrichten, deren Erreichungsgrad sie messen sollen. Diese Zielkonflikte führen dazu, dass je nach Gewichtung dieser Kriterien unterschiedliche Schlussfolgerungen möglich sind. Die Festlegung von Indikatorensystemen ist daher immer Ergebnis von Kompromissen und Aushandlungsprozessen. Vor diesem Hintergrund überrascht es nicht, dass der gegenwärtige Stand der Indikatorenentwicklung auf dem Fachgebiet Gesundheit und Umwelt, speziell auf lokaler

Ebene, stark von heterogenen Einzellösungen geprägt ist, was insgesamt zu dem Eindruck führt, dass die Methodenentwicklung sich noch in einem Experimentierstadium befindet. Systematische und gezielte Initiativen zur Entwicklung einheitlicher Methoden sind allerdings auf verschiedenen Ebenen eingeleitet (Kap. 2.5).

Berichterstattung, Monitoring und Surveillance

Damit die Ergebnisse der fachlichen Analysen in einen breiteren gesellschaftlichen Diskurs über Prioritäten und Handlungsstrategien einfließen können, sind sie in geeigneter Form für den öffentlichen Diskussionsprozess aufzubereiten. Hierzu dient die (Umwelt- und Gesundheits-) Berichterstattung. Obwohl selbst noch auf der Ebene der fachlichen Analyse zu lokalisieren, weist sie einen starken Handlungsbezug auf mit dem Ziel, Diskussions- und Entscheidungsprozesse zu unterstützen. Eng verknüpft mit diesem Handlungsbezug sind folgende Strukturelemente: Raum-zeitliche Darstellungen, Indikatoren und Strukturmodelle.

In Hinblick auf die Zeitdimension sind prospektiv die Kontinuität der Berichterstattung und retrospektiv die Betrachtung zeitlicher Verläufe von besonderer Bedeutung. Verlaufsbeobachtungen sind zur Aufdeckung kritischer Entwicklungen oder zur Beurteilung von Erfolg oder Misserfolg durchgeführter Maßnahmen besonders geeignet. Darüber hinaus stellen – speziell für die lokale Ebene – räumliche Vergleiche mit anderen Regionen ein weiteres wichtiges Hilfsmittel dar, um Fehlentwicklungen und Defizite zu erkennen und Handlungsbedarf zu identifizieren („Benchmarking“). Um zeitliche Entwicklungen darzustellen, müssen geeignete Indikatoren definiert und erfasst werden. Um auch räumliche Vergleiche zu ermöglichen, sollte zumindest ein Grundstock von „Kernindikatoren“, die sich auf verbreitete Problemstellungen beziehen, einheitlich auf überregionaler Ebene entwickelt werden. Besonders auf der lokalen Ebene kann sich aber auch Bedarf ergeben, zusätzliche Indikatoren zu definieren, die auf spezifisch vor Ort bestehende Probleme ausgerichtet sind. Ein solcher Bedarf besteht z.B., wenn die Auswirkungen lokal veranlasster Maßnahmen beurteilt werden sollen.

In der aktuellen Diskussion zur Indikatorenbildung spielen Strukturmodelle, speziell das DPSEEA-Modell eine herausragende Rolle. Letzteres geht von einer mehrstufigen Wirkungskette aus (Kap. 1.5). Dieser Ansatz hat für die Berichterstattung den Vorteil, Phänomene nicht isoliert zu betrachten, sondern Wirkungsketten ins Blickfeld zu nehmen. Da zur Vermeidung gesundheitlicher Beeinträchtigungen Interventionen grundsätzlich auf jeder Stufe der Wirkungskette möglich sind, ist dieses Modell für eine systematische und handlungsorientierte Berichterstattung von besonderem Nutzen.

Zur Kennzeichnung und Unterscheidung unterschiedlicher Aspekte der besonders wichtigen Verlaufsbeobachtungen sind im internationalen Sprachgebrauch die Begriffe *Monitoring* und *Surveillance* gebräuchlich (vgl. Fehr & Vogt 2001). Unter **Monitoring** versteht man die Durchführung und Analyse von Routinemessungen mit dem Ziel, Veränderungen in der Umwelt oder im Gesundheitszustand von Populationen zu entdecken. Unter (epidemiologischer) **Surveillance** wird nach Definition der US-amerikanischen Centers für Disease Control die kontinuierliche und systematische Sammlung, Analyse und Interpretation von Gesundheitsdaten im Kontext von Beschreibung und Beobachtung gesundheitsbezogener Ereignisse verstanden. Zur präziseren begrifflichen Unterscheidung bietet es sich an, den Begriff *Monitoring* auf die direkte und fortlaufende Beobachtung des mess- und zählbaren Geschehens zu beschränken. *Surveillance* hingegen kann – über ein solches *Monitoring* hinaus – auch eine die unmittelbaren Beobachtungen ergänzende Modellierung beinhalten; ferner gehören zur vollständigen *Surveillance* auch die Interpretation der Ergebnisse und die Kommunikation an Zielgruppen, z.B. Entscheidungsträger. Die Berichterstattung wird sich in aller Regel nicht ausschließlich auf die Darstellung zeitlicher Entwicklungen beschränken, sondern andere Datenquellen wie z.B. Ergebnisse anlassbezogener Untersuchungen einbeziehen. Der Entwicklungsstand der Gesundheits- und der Umweltberichterstattung ist, jeweils für sich betrachtet, in der Bundesrepublik Deutschland inzwischen insgesamt gut entwickelt, weist an der Schnittstelle zwischen

beiden Fachgebieten aber erkennbare Defizite auf (Kap. 2.8).

Verträglichkeitsprüfung

Für die Genehmigung bestimmter Anlagen ist in einer Richtlinie der Europäischen Gemeinschaft, die 1990 in deutsches Recht überführt worden ist, die Durchführung einer Umweltverträglichkeitsprüfung (UVP) rechtsverbindlich vorgeschrieben worden. Das UVP-Konzept hat intensive Diskussionen für eine breitere Anwendung des Verträglichkeitskonzeptes ausgelöst. So wurde zunächst eine Erweiterung auf andere Fachgebiete wie z.B. Gesundheitsverträglichkeitsprüfung (GVP) oder Sozialverträglichkeitsprüfung (SVP) diskutiert, was jedoch nicht zu rechtsverbindlichen Regelungen geführt hat. Hier ist zu beachten, dass die Prüfung auf Gesundheitsverträglichkeit ohnehin einen integralen Bestandteil der UVP darstellt. Außerdem ist der öffentliche Gesundheitsdienst nach den einschlägigen landesrechtlichen Bestimmungen schon immer an Vorgängen, bei denen Fragen der gesundheitlichen Bewertung eine Rolle spielen (z.B. Planungsvorhaben), zu beteiligen gewesen, wobei für die Umsetzung dieser Vorschriften in aller Regel allerdings keine formalisierten Verfahren festgelegt sind (Neus 2002).

Auf EU-Ebene zeichnet sich derzeit die Tendenz ab, das Konzept der Verträglichkeitsprüfungen systematisch weiter zu entwickeln. Im Juni 2001 hat die Europäische Union eine Richtlinie zur Strategischen Umweltprüfung verabschiedet, nach der bis Juli 2004 eine dem UVP-Verfahren ähnliche Prüfung der Umweltauswirkungen auch für bestimmte umweltrelevante Planungsprozesse z.B. des Raumordnungs- oder Verkehrsplanungsrechts einzuführen ist. Darüber hinaus wird im Rahmen des „Aktionsprogramms der Gemeinschaft im Bereich der öffentlichen Gesundheit (2003-2008)“ auf EU-Ebene das Instrument der Gesundheitsverträglichkeitsprüfung gefördert, um sicherzustellen, dass die Erfordernisse des Gesundheitsschutzes bei der Entwicklung politischer Strategien und Maßnahmen berücksichtigt werden.

Verträglichkeitsprüfungen zielen darauf ab, im Rahmen von Planungs- und Genehmigungsverfahren umfassend abzuschätzen, welche Auswirkungen auf die unterschiedlichen Schutzgü-

ter zu erwarten sind, um mögliche Risiken schon in den Entscheidungsprozessen hinreichend transparent werden zu lassen. Auch Verträglichkeitsprüfungen sind auf der fachlichen Ebene zu verorten, besitzen jedoch eine direkte Verknüpfung zur politischen Handlungs- und Entscheidungsebene. In der fachlichen Umsetzung kann die Verträglichkeitsprüfung auf Risikoabschätzungen und bestehende rechtliche Regelwerke zurückgreifen. Der Anspruch einer umfassenden Darstellung der Umweltauswirkungen reicht über einen „stereotypen“ Abgleich mit vorhandenen Grenzwerten hinaus und erfordert eine einzelfallbezogene Betrachtung des konkreten Planungs- oder Genehmigungsverfahrens. Trotz der gegebenen und mit Blick auf die EU-Ebene künftig wohl noch wachsenden Bedeutung von Verträglichkeitsprüfungen für das Fachgebiet „Gesundheit und Umwelt“ ist festzustellen, dass gesundheitliche Aspekte in der praktischen Durchführung von UVP-Verfahren derzeit oft nicht ausreichend berücksichtigt werden und die Methodik fortzuentwickeln ist (Kap. 2.9).

1.6.2 Strategieentwicklung

Ausgehend von den Erkenntnissen der Lagebeschreibung geht es bei der Strategieentwicklung (Policy Development) darum, konkrete Zielsetzungen zu definieren und ein Maßnahmenkonzept zur Zielerreichung zu entwickeln. Die Verwaltungspraxis des umweltbezogenen Gesundheitsschutzes ist derzeit weitgehend durch einen ordnungsrechtlichen oder quasi-ordnungsrechtlichen Ansatz gekennzeichnet, z.B. durch administrative Vorgabe von Grenz- oder Richtwerten, die bestimmte Handlungskonsequenzen auslösen oder zumindest empfehlen. Auf diesen Ansatz kann zur Abwehr gesundheitlicher Gefahren durch Umwelteinflüsse auch künftig nicht verzichtet werden.

Der ordnungsrechtliche Ansatz ist aber nur begrenzt tragfähig, wenn es um die Verfolgung langfristiger Zielsetzungen etwa im Sinne einer nachhaltig-gesundheitsverträglichen Entwicklung geht. Hier sind Fachplanungen auf überregionaler oder auf lokaler Ebene wie z.B. Bauleitplanung und Verkehrsplanung oder Projekte

und Initiativen zu speziellen Einzelthemen wie z.B. Programme zum Austausch von bleihaltigen Leitungen in der Trinkwasserversorgung von größerer Bedeutung. Im Rahmen von Fachplanungen sind gesundheitliche und ökologische Zielsetzungen zu berücksichtigen; sie sind dort jedoch Gegenstand ressortübergreifender Abwägungen aus der Perspektive gesamtpolitischer Zielsetzungen. Gesichtspunkte einer nachhaltig-gesundheitsverträglichen Entwicklung haben daher ein stärkeres Gewicht, wenn sie im Rahmen eines systematischen und auf breiterer Ebene einvernehmlichen Handlungskonzeptes verfolgt werden.

Um intensivere Unterstützung zu erhalten, verfolgen integrierte Programme vor diesem Hintergrund die Strategie, sich in einem breit angelegten Diskurs verschiedener gesellschaftlicher Akteure über gemeinsame Ziele zu verständigen und in partnerschaftlicher Zusammenarbeit erfolversprechende Maßnahmen zu entwickeln. Ein koordiniertes und gemeinsam getragenes Vorgehen verschiedener gesellschaftlicher Akteure bietet die besten Voraussetzungen für eine nachhaltige Wirksamkeit. Für dieses Strategiekonzept sind insbesondere folgende Elemente prägend:

- integrative Betrachtungsweisen, d.h. Einordnung spezifischer Probleme in einen übergeordneten Kontext,
- intersektorale (ressortübergreifende) Zusammenarbeit,
- Einbeziehung von Nicht-Regierungsorganisationen mit dem Ziel einer breiten Unterstützung.

Qualitäts- und Handlungsziele

In einem ersten Schritt geht es darum, einen Verständigungsprozess über Ziele und Prioritäten einzuleiten. Den Ausgangspunkt bilden die im Rahmen der Lagebeschreibung ermittelten fachlichen Grundlagen, die zuvor der interessierten Öffentlichkeit z.B. im Rahmen der Berichterstattung bekannt gemacht wurden. Hieraus können (Umwelt-)Qualitäts- oder Handlungsziele resultieren (Kap. 3.4). Sie können z.B. in Hinblick darauf, ob sie quantitativ oder lediglich qualitativ formuliert sind oder ob konkrete Zeitpunkte für die Zielerreichung angegeben werden, einen unterschiedlichen

Konkretisierungsgrad aufweisen. Qualitäts- und Handlungsziele sollten sich gezielt an den besonderen Problemlagen der betreffenden Region ausrichten. Zugleich sollte angestrebt werden, sie zwischen den unterschiedlichen Ebenen (Bund, Länder und Gemeinden) abzustimmen, da ein koordiniertes Vorgehen der verschiedenen Gebietskörperschaften die stärkste Wirksamkeit erwarten lässt.

Handlungskonzept

Um einen möglichst breiten Konsens über ein Handlungskonzept zu erreichen, müssen die Qualitäts- und Handlungsziele in einen breiteren Kontext eingeordnet, mit ggf. konkurrierenden Zielsetzungen abgeglichen und zu einem einvernehmlichen Umsetzungskonzept weiter entwickelt werden. Hierzu bedarf es eines strukturierten, fachübergreifenden Risikodiskurses. Über die Ausgestaltung solcher Diskurse – sowohl in Hinblick auf die inhaltliche Strukturierung wie auch in Hinblick auf die Organisation der Kommunikationsprozesse – liegen bisher nur begrenzte Erfahrungen vor, so dass die Methodenentwicklung auf diesem Gebiet weiter voranzutreiben ist (Kap. 3.3). Für die lokale Ebene kommt bestehenden Netzwerken (z.B. Gesunde Städte, Lokale Agenda) in diesem Zusammenhang eine große Bedeutung zu, um Erfahrungen auszutauschen. Dabei sollten auch Strukturen der intersektoralen Vernetzung gefördert und weiter entwickelt werden, da die Vorgehensweisen in den verschiedenen Ressortbereichen gleichartig sind und ein systematischer Erfahrungsaustausch nahe liegt. Generell bietet es sich an, die fälligen Diskurse an vorhandene Strukturen (Gesunde Städte, Lokale Agenda, Stadtteilkonferenzen oder Programme zur sozialen Stadtentwicklung) anzuknüpfen und verfügbares Erfahrungswissen sowie Ressourcen gemeinsam zu nutzen.

1.6.3 Umsetzung

Auf der Ebene der Umsetzung geht es darum sicherzustellen, dass die im Rahmen der Strategieentwicklung identifizierten Ziele und Planungen über konkrete Arbeitsvorhaben und Maß-

nahmen verwirklicht werden. Hierfür stehen die Instrumente des Projektmanagements zur Verfügung. Bezogen auf lokale Initiativen zum umweltbezogenen Gesundheitsschutz liegen Übersichtsdarstellungen mit praktischen Empfehlungen zur Vorgehensweise vor (Church & Wilson 2000; MacArthur 2002). Beispiele aus der Bundesrepublik Deutschland mit Umsetzungserfahrungen finden sich in den Darstellungen aus den Städten München (Vign. 1.1.A), Rostock (Vign. 1.1.B), Münster (Vign. 1.2.A) und Dortmund (Vign. 1.2.B). Die Implementierung und Umsetzung integrierter Programme setzt fachliche Kenntnisse, aber auch Kenntnisse in der Handhabung verschiedener Managementinstrumente voraus. Hierzu gehören im Einzelnen Grundsatzfragen, die den Aufbau von Partnerschaften für Umwelt und Gesundheit betreffen, Informationsmanagement, Risikokommunikation und Partizipation, Qualitätssicherung sowie schließlich Evaluation. Sofern integrierte Programme auf lokaler Ebene initiiert werden, müssen entsprechende Kenntnisse auch auf dieser Ebene vorhanden sein. Auf diese Aspekte wird im Abschnitt 4 dieses Buches ausführlicher eingegangen. In diesem Zusammenhang ist auch dem Bereich der Aus-, Fort- und Weiterbildung eine große Bedeutung beizumessen.

Generell ist die Bedeutung dieser Managementinstrumente auch unabhängig von integrierten Programmen in den letzten Jahren deutlicher erkannt worden. Dies hat insbesondere auf den Gebieten Informationsmanagement, Risikokommunikation und Partizipation sowie Qualitätsmanagement zu konzeptionellen Beiträgen und praktischen Erfahrungen geführt, von denen die Weiterentwicklung integrierter Programme profitieren kann. Hier wird es in der weiteren Entwicklung darauf ankommen, die verschiedenen Bausteine – auch in ihren Wechselbezügen – weiter zu entwickeln und zu praxisbezogenen „Instrumentenkästen“ zusammenzufassen. Diese Entwicklungsarbeit sollte in Kooperation zwischen Bund und Ländern erfolgen. Um den von der lokalen Ebene selbst gesehenen Aus- und Fortbildungsbedarf zu ermitteln, wurde kürzlich eine Umfrage bei Gesundheitsämtern durchgeführt. Darüber hinaus sollen Möglichkeiten einer besseren Kooperation zwischen den mit Aus- und Fortbildungsfragen befassten Lan-

deseinrichtungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes geprüft werden (Kap. 4.5).

Zur Unterstützung und praktischen Weiterentwicklung von integrierten Programmen sind schließlich organisatorische Aspekte zu beachten. Dies betrifft zum ersten eine engere Kooperation zwischen den verschiedenen Fachressorts, vor allem zwischen Gesundheits- und Umweltschutz. Grundsätzlich kann eine organisatorische Zusammenführung beider Fachbereiche, wie sie in verschiedenen Kommunal- und Landesverwaltungen vorgenommen wurde (z.B. Rostock, München, Hamburg), der Entwicklung integrierter Programme entgegenkommen. Da sich in den letzten Jahren eine Verlagerung der öffentlichen Diskussion über Schadstoffbelastungen von Umweltmedien auf Handelsprodukte abzeichnet, ist darüber hinaus auch engere Kooperation mit dem Verbraucherschutz anzustreben. Zweitens sollten spezialisierte Einrichtungen vorhanden sein, in denen das erforderliche Expertenwissen über Fach- und Managementmethoden verfügbar ist. Die in verschiedenen Ländern eingerichteten Landesämter und -institute kommen hierfür als Organisationsrahmen in Betracht. Auf den in dem Ersten Bericht der „Risikokommission“ (2002) entwickelten Vorschlag, eine Servicestelle für Risikokommission einzurichten, ist ebenfalls hinzuweisen. Darüber hinaus sollte der Erfahrungsaustausch systematisch gefördert werden. Den vorhandenen Städtenetzwerken wie Gesunde Städte und Lokale Agenda 21 ist hierbei eine besondere Bedeutung beizumessen.

Schließlich bedarf es auch einer ausreichenden Ressourcenausstattung im Personal- und Sachbereich. Hierzu gehört beispielsweise eine möglichst flächendeckende Ausstattung der vor Ort tätigen Dienststellen mit modernen Telekommunikationsdiensten, z.B. Zugang zum Internet. Nach einer Mitteilung im Ärzteblatt (Dörr 2001) verfügte im Jahre 2001 z.B. nur knapp ein Fünftel der Gesundheitsämter über eigene email-Adressen. Da in der gegenwärtigen finanzpolitischen Situation nur sehr begrenzte Spielräume für die Bereitstellung zusätzlicher Ressourcen bestehen, gewinnen effiziente Arbeitsstrukturen und die angesprochenen Gesichtspunkte einer engeren horizontalen und vertikalen Zusammenarbeit eine umso größere Bedeutung.

Literatur

- Church, C., Wilson, N. (2000): Source book on implementing local environmental and health projects. Chadwick House, London, UK.
- Dörr, W. (2001): Gesundheitsämter im Internet. Chancen für den Öffentlichen Gesundheitsdienst. Deutsches Ärzteblatt 98, A376-A378.
- EC / European Commission (1996): Technical guidance document in support of the Commission Directive 93/67/EEC on risk assessment for new notified substances and the Commission Regulation (EC) 1488/94 on risk assessment for existing substances. Office for Official Publications of the European Communities, Luxemburg, L.
- Fehr R. (2001): Ökologische Gesundheitsförderung. Analysen – Strategien – Umsetzungswege. Verlag Hans Huber, Bern, CH.
- Fehr, R., Vogt, A. (2001): Umweltbezogene Gesundheitsberichterstattung. Verbesserung der Informationsgrundlagen im Bereich Umwelt und Gesundheit. Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst, Wissenschaftliche Reihe, Band 11, Bielefeld.
- Ham, C., Hunter, D.J., Robinson, R. (1995): Evidence based policy-making (Editorial). British Medical Journal 310, 71-72.
- IM / Institute of Medicine, Division of Health Care and Services, Committee for the Study of the Future of Public Health (1988): The future of Public Health. National Academy Press, Washington, D.C., USA.
- MacArthur, I. (2002): Local environmental health planning. Guidance for local and national authorities. WHO Regional Publications, European Series, No. 95, WHO, Copenhagen, DK.
- Neus, H. (1998): Ziele und Rahmenbedingungen für eine Harmonisierung der Standardsetzung. In: Umweltbundesamt (Hrsg.): Aktionsprogramm Umwelt und Gesundheit. Teilvorhaben: Zur Harmonisierung gesundheitsbezogener Umweltstandards – Probleme und Lösungsansätze. Erich Schmidt Verlag, Berlin, S. 1-200.
- Neus, H. (2002): GVP aus der Perspektive der Landesgesundheitsbehörden. In: Welteke, R., Fehr, R. (Hrsg.): Workshop Gesundheitsverträglichkeitsprüfung, Health Impact Assessment. Tagungsband. Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst, Bielefeld, pp. 27-37.
- Neus, H., Lange-Asschenfeldt, H., Fehr, R., Seidel, E., Stender, K.-P. (2001): Lokale Aktivitäten zum Aktionsprogramm „Umwelt und Gesundheit“ im Bereich des öffentlichen Gesundheitsdienstes. Bundesgesundhbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 44, 1202-1208.

NRC / National Research Council (1983): Risk assessment in the federal government. Managing the process. National Academy Press, Washington, D.C., USA.

Risikokommission / Ad-hoc-Kommission „Neuordnung der Verfahren und Strukturen zur Risikobewertung und Standardsetzung im gesundheitlichen Umweltschutz der Bundesrepublik Deutschland“ (2002): Erster Bericht über die Arbeit der Risikokommission, Juni 2002, www.apug.de, Zugriff: 14.9.2004.

Schwartz, E., Corvalán, C. (1995): Decision-making in environmental health. World Health Stat. Quart. vol. 48, 164-170.