

5

Zusammenschau und Perspektive

Für Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung in ökologischer Perspektive bestehen strategische, übertragbare Ansätze, die sich gut nach der Public Health-Aufgabentrias strukturieren lassen (Buchabschnitte 2 bis 4). Neben dem Reichtum inhaltlicher Themen steht auch ein breites Spektrum von Handlungsmöglichkeiten, welches sich kurz als ökologische Prävention und Gesundheitsförderung bezeichnen lässt.

Gegenwärtig ist das Arbeitsfeld Gesundheit und Umwelt häufig noch gekennzeichnet durch einen „reaktiven“ Verhaltensmodus, welcher den Ansprüchen der Beteiligten und Betroffenen nicht immer genügt. Durch Orientierung auf einen überschaubaren Kanon von Grundaufgaben, die sich in verschiedensten Themenfeldern anwenden lassen, kann die Arbeit erheblich an Qualität gewinnen. Ein wiederkehrendes Motiv der Kapitel und Vignetten dieses Werkes ist dabei die Zusammenarbeit zwischen gesellschaftlichen Sektoren und administrativen Ebenen. Trotz einer „Konvergenz des epidemiologischen und des ökologischen Paradigmas“ (Winkelstein¹) bestehen unterschiedliche Denk- und Handlungstraditionen fort. Übergreifende Konzepte können dazu beitragen, sich dennoch erfolgreich zu verständigen und gemeinsam übertragbare Lösungen zu erarbeiten. Hier haben die seit Ende der 1980er Jahre entstandenen, in Buchabschnitt 1 dargestellten „integrierten“ Programme das Umfeld für „Gesundheit und Umwelt“ nachdrücklich und positiv verändert.

In Kapitel 5.1 werden die beschriebenen Ansätze ökologischer Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung zueinander in Be-

ziehung gesetzt; besonderes Augenmerk liegt dabei auf der Zusammenarbeit der Ebenen und Sektoren sowie auf lokalen Projekten. Kapitel 5.2 beleuchtet verschiedene Dimensionen von „Integration“ und behandelt vergleichend die wichtigsten integrierten Programme. In beiden Kapiteln werden auch Forschungs- und Entwicklungsbedarfe benannt.

Endnote

¹ Winkelstein, W. (2002): From the editor. Amer. J. Epidemiol. vol. 155, no.9, 881.

5.1 Ökologische Prävention und Gesundheitsförderung

In der Theorie von Prävention und Gesundheitsförderung haben die physischen Umweltfaktoren ihren festen Platz, aber in der Handlungspraxis treten sie häufig in den Hintergrund. Ohne die ökologische Dimension bleiben die Bemühungen aber fragmentarisch. Als entsprechende Ergänzung haben wir ökologische Krankheitsprävention definiert als auf Individualverhalten oder Lebensverhältnisse ziellende (primär-)präventive Ansätze, die dazu beitragen, Gesundheitsrisiken aus der physischen Umwelt zu mindern oder zu beseitigen. Entsprechend ist ökologische Gesundheitsförderung dadurch gekennzeichnet, dass ihre Handlungsstrategien sich auf die Schaffung, Erhaltung oder Wiederherstellung einer zumindest gesundheitsverträglichen, möglichst sogar gesundheitsförderlichen physi-

schen Lebensumwelt beziehen (vgl. Fachliche Einführung). Die bisher einzeln dargestellten Ansätze werden hier zueinander in Beziehung gesetzt. Wegen der besonderen Bedeutung einer erfolgreichen Zusammenarbeit über administrative Ebenen und gesellschaftliche Sektoren hinweg werden strategisch wichtige Teilaufgaben für Gesundheits- und Umweltsektor synoptisch gegenübergestellt; ferner werden lokale Projekte ökologischer Prävention und Gesundheitsförderung diskutiert.

5.1.1 Zur Ausdifferenzierung der Teilaufgaben

Eine Gliederung des Arbeitsfeldes Gesundheit und Umwelt in überschaubare Teilaufgaben spiegelt sich im Aufbau des vorliegenden Werkes, wo ja die Buchabschnitte 2 bis 4 den Komponenten der Public Health-Aufgabentrias entsprechen. Die Kapitel und Vignetten der genannten drei Abschnitte berichten detailliert den Sachstand und geben in vielen Fällen bereits Hinweise auf Forschungs- und Entwicklungsbedarfe. Gestützt auf diese Kapitel und Vignetten fassen wir in abschließender Zusammenschau den Sachstand zusammen und kommentieren einige offene Fragen (Tab. 5.1-1).

Analytische Aufgaben

Unter den analytischen Aufgaben ökologischer Prävention und Gesundheitsförderung nimmt die quantitative **Expositions- und Risikoanalyse** einen zentralen Platz ein. Einem international akzeptierten Grundschema folgend (Kap. 2.1) umfasst die Risikoanalyse u.a. die Komponenten der Expositionsabschätzung (Kap. 2.2) und der Dosis-Wirkungs-Abschätzung (Kap. 2.3). Dabei liefern einerseits toxikologische, andererseits epidemiologische Untersuchungen (Kap. 2.4) die Datenbasis. Positiv gesehen stellt Risikoanalyse die intensive Nutzung verfügbarer Informationen dar; in kritischer Sicht erreichen oder überschreiten manche Modellierungen den Rahmenzulässiger Extrapolationen. Oftmals können empirische Befunde, insbesondere Human-Biomonitoring-Untersuchungen (Kap. 2.2),

die Qualität von Risikoabschätzungen verbessern. Gerade auch angesichts weitreichender Entscheidungen, die sich auf Risikoabschätzungen gründen, verdienen die jeweiligen Möglichkeiten und Grenzen von „Messen“ und „Modellieren“ sowie ihre Wechselbezüge und kombinierten Einsätze eine intensivere Aufarbeitung als sie bisher erfahren haben.

Eine Weiterentwicklung klassischer Risikoanalysen dient der Abschätzung von **Krankheitslasten** (Burden of disease), wie sie auf internationaler Ebene bereits häufiger vorgenommen wurden (z.B. Murray & Lopez 1996). Auch die Frage nach umweltbedingter Krankheitslast wurde wiederholt gestellt und fand sehr unterschiedliche Antworten (z.B. Doll & Peto 1981; WHO 1997; Smith, Corvalán, Kjellström 1999). Wichtig wären nicht nur globale Abschätzungen, sondern auch detailliertere Analysen wie z.B. eine Aufgliederung nach Lebensbereichen (vgl. Kap. 1.5) und nach betroffenen Gruppen, auch unter Gesichtspunkten von Umweltgerechtigkeit (vgl. z.B. Maschewsky 2001; Bolte & Mielck 2004). In ähnliche Richtung zielen Ansätze einer „vergleichenden Risikobewertung“, wie sie in den USA praktisch erprobt wurden (EPA 1987); sie sind allerdings methodisch anspruchsvoll und es liegen nur wenige Erfahrungen vor. In der Bundesrepublik Deutschland gibt es bisher keine praktischen Anwendungen dieses Verfahrens: In einem aktuellen, vom Bundesamt für Strahlenschutz in Auftrag gegebenen Forschungsvorhaben des Forschungszentrums Jülich (Schütz, Wiedemann, Hennings et al. 2004) wurde dieses Thema systematisch aufgearbeitet. Vor allem mit Blick auf Priorisierungsaufgaben und Nutzen-Kosten-Analysen sollte die klassische Risikoanalyse weiterentwickelt werden.

Ein Spektrum bestehender **Monitoring- und Surveillance-Systeme** liefert kontinuierlich Daten und Erkenntnisse für Gesundheit und Umwelt (Kap. 2.6, Vign. 2.6.A). Dass manche dieser Systeme nach dem Motto der Bank of Scotland geführt werden („Immer einzahlen, niemals abheben“) dürfte eine Überzeichnung darstellen, aber der Einwand einer chronischen Unternutzung steht im Raum. Nützlich wäre eine vergleichende Untersuchung der verschiedenen Systeme samt Identifizierung spezifischer Stärken und Schwächen. Auch ein Vergleich

von Nutzungspotenzialen mit tatsächlich erfolgten Nutzungen wäre aufschlussreich. Intensiver Zugriff auf die Monitoring- und Surveillance-Systeme und eindeutige Belege ihrer Nützlichkeit tragen dazu bei, die Existenz dieser auch für Umwelt und Gesundheit wichtigen Systeme zu sichern.

Bestehende Initiativen für eine abgestimmte **Indikatorenentwicklung** werden in Kap. 2.5 diskutiert. Für diese Entwicklung ist es besonders wichtig, die abzubildenden Themenfelder und deren Struktur eindeutig zu bestimmen; in diesem Zusammenhang entstand eine Anzahl der in Kap. 1.5 dargestellten Strukturmodelle, darunter auch das DPSEEA-Modell. Umfangreicher Entwicklungsbedarf besteht nach wie vor beim systematischen Auf- und Ausbau der **umweltbezogenen Gesundheitsberichterstattung**. Wie die kürzlich von der Länderarbeitsgruppe Umweltbezogener Gesundheitsschutz in Auftrag gegebene Umfrage bei Gesundheitsämtern (Vign. 3.3.C) zeigt, spielt für die Mehrzahl der Gesundheitsämter die umweltbezogene Gesundheitsberichterstattung, auch unter Berücksichtigung der Berichte anderer Dienststellen und anlassbezogener Untersuchungen, bisher noch keine wesentliche Rolle. Zu der bereits in die Strategieentwicklung übergehenden Frage, in welcher Form Erkenntnisse der Berichterstattung in Planungen einfließen, zeigten die Angaben der Gesundheitsämter jedoch, dass immerhin die Hälfte der erstellten Berichte solche Auswirkungen hatte oder als Diskussionsgrundlage für weitere Entscheidungsprozesse genutzt wurde.

Bisher hatte der umweltbezogene Gesundheitsschutz vor allem das Ziel, vorhandene Gesundheitsgefahren oder aufgetretene Schäden zu beheben. Hier sind große Erfolge erzielt worden. Jetzt geht es verstärkt auch darum, der Entstehung künftiger Gefahren vorzubeugen. Damit gewinnen **gesundheitliche Verträglichkeitsprüfungen** unter Einbeziehung von Vorsorge-Betrachtungen an Bedeutung. International ist „Health Impact Assessment“ ein aktuelles Thema (Kap. 2.9). Das Potenzial solcher Verträglichkeitsprüfungen für Prävention und Gesundheitsförderung steht außer Frage; dennoch setzt sich dieser Ansatz in der Bundesrepublik nur zögernd durch. Im Bereich

der Umweltverträglichkeitsprüfung gilt die Prüfung inzwischen nicht nur einzelnen Projekten, sondern – als sogenannte strategische Prüfung – auch Politikentscheidungen, Plänen und Programmen (Kap. 3.5). Eine Mitwirkung an Planungen ist für den öffentlichen Gesundheitsdienst in mehreren Bundesländern gesetzlich vorgeschrieben. Übrigens erleichtern bestehende Surveillance-Systeme die Durchführung von Verträglichkeitsprüfungen, insbesondere sind sie hilfreich für Teilaufgaben wie Analyse des Untersuchungsraumes, Bevölkerungsanalyse und Vorbelastungsanalyse. Bei realisierten Projekten kann die Einrichtung eines Surveillance-Systems für kontinuierliche Nachbeobachtung angezeigt sein.

Hingewiesen sei auf Integrationsmöglichkeiten. Analytische Aufgaben wie Surveillance, Berichterstattung, Risikoanalyse und Verträglichkeitsprüfung haben unterschiedliche Entstehungsgeschichten und verlangen z.T. unterschiedliche Qualifikationen. Dementsprechend werden sie häufig von unterschiedlichen Arbeitsgruppen betrieben. Gleichzeitig stehen diese Aufgaben jedoch untereinander in einer inhaltlichen Verbindung, und eine engere Koppelung wäre zweifellos vorteilhaft. So können z.B. die Durchführung von Risikoanalysen und das Betreiben von Surveillance-Systemen wechselseitig voneinander profitieren. Risikoanalyse kann den in der Surveillance beobachteten Daten informatorische „Tiefe“ geben, z.B. indem sie beobachtete mediale Belastungen zu Expositionabschätzungen weiterführt und, mit Dosis-Wirkungs-Beziehungen verknüpft, Abschätzungen gesundheitlicher Wirkungen liefert. Risikoanalyse ist ihrerseits stets auf das Vorliegen geeigneter Daten angewiesen, wie sie vor allem auch durch Surveillance-Aktivität entstehen.

Strategieentwicklung

Die Rolle von Berichterstattung für **Entscheidungsprozesse** wurde in der Vergangenheit nur ansatzweise untersucht (Kap. 3.3 mit Vignetten). In einem derzeit laufenden, vom BMBF geförderten Vorhaben wird analysiert, in welcher Form sich die Berichterstattung auf Entscheidungsprozesse in kommunalen Gebietskörperschaften auswirkt (Trojan & Legewie 2001). Hier dürften sich konkrete Ansatzpunkte

Tabelle 5.1-1: Forschungs- und Entwicklungsbedarfe für ökologische Prävention und Gesundheitsförderung

Teilaufgabe		Zum Sachstand
Analyse	Quantitative Expositionen- & Risikoanalyse	Ist Kernmethodik für die Analysen ökologischer Prävention, nutzt Epidemiologie und Toxikologie, verbindet Messung (incl. HBM) und Modellierung. Neue Ansätze zur Risikofrüherkennung sowie zur Darstellung von Variabilität und Unsicherheit (Kap. 2.1 - 2.4 + Vignetten)
	Monitoring, Surveillance, anlassbezogene Unters.	Vielzahl und Vielfalt bestehender Monitoring- und Surveillance-Systeme, anlassbezogener Untersuchungen und entsprechender Indikatoren(systeme), die z.T. auf Basis von Strukturmodellen (Kap. 1.5) entwickelt sind (Kap. 2.5 - 2.7 + Vignetten)
	Gesundheits- & Umwelt-Berichterstattung	Umfangreiche Berichterstattung für Gesundheit und für Umwelt, jeweils auch mit Bezügen zum Komplementärgebiet. Deutlich geringere Entwicklung an der Nahtstelle. – Häufig Einzelberichte, seltener kontinuierliche Berichterstattung (Kap. 2.8 + Vignetten)
	Gesundheits- & Umwelt-Verträglichkeitsprüfung	EU-seitig gefordert; international für Gesundheitsvorsorge z.T. intensiv genutzt, auch unabhängig von UVP. Behandlung von Gesundheit im Rahmen von UVP scheint immer noch unzureichend. Neue Perspektiven durch strategische Umweltprüfung (Kap. 2.9 + Vignette)
Strategie-entwicklung	Rechtsgrundlagen, Grenz- & Richtwerte	Relativ enges Netz von Rechtsnormen, darunter die Ländergesetze über den öffentlichen Gesundheitsdienst. Vielzahl unterschiedlich abgeleiteter Grenz- und Richtwerte, zum größten Teil für Einzeloxen (Kap. 3.1, 3.2 + Vignetten)
	Berichterstattung in Entscheidungsprozessen	Beginnendes Verständnis für Wirksamkeit bei Entscheidungsfindung, bei unterschiedlichen Sichtweisen verschiedener Akteure. Gute Erfahrungen mit Berichten, die anlassbezogen entstanden und ein überschaubares Teilthema darstellen (Kap. 3.3 + Vignetten)
	Qualitäts- und Handlungsziele	Im Gesundheits- und im Umweltsektor inzwischen ein Spektrum verschiedener Ansätze zur Aufstellung, teilweise auch zur Umsetzung und zur Evaluation von Zielen. Bisher wenig Querverbindungen. Teilweise Einsatz von Strukturmodellen. Zielkonkurrenzen (Kap. 3.4)
Umsetzung	Mitwirkung an (Fach-)Planungen	In vielen Bundesländern ist Rechtsgrundlage für „Mitwirkung an Planung“ vorhanden. In der Praxis wird jedoch nur zögerlich umgesetzt. Dem Gesundheitssektor fehlt es z.T. an ausreichenden Kenntnissen der „Welt der Planung“, z.T. auch an Initiative (Kap. 3.5)
	Partnerschaftliche Zusammenarbeit	Partnerschaftliche Zusammenarbeit bestimmt in hohem Maße sowohl die Programmatik als auch das reale Geschehen im Handlungsfeld „Umwelt und Gesundheit“. Jedoch ist das „Policy-Netz“ der Akteure und ihrer Beziehungen bisher nur teilweise verstanden (Kap. 4.1)
	Informationsmanagement, Risikokommunikation	Vielzahl bestehender Ansätze, insbes. auch elektronische Auskunftssysteme für Fachwissen und für raum-zeitbezogene Daten, manchmal bereits vernetzt. Wachsendes Problembewusstsein für Risikokommunikation; Ansätze der Typisierung und Optimierung (Kap. 4.2, 4.3)
Gesamt	Qualitätssicherung, Evaluation	In Teilbereichen, von Laboranalytik bis hin zu komplexen Aktionsprogrammen, sehr unterschiedlich entwickelte Kulturen, z.B. Qualitätszirkel, Ringversuche, Zertifizierungen, kontinuierliche Verbesserungsziele, Prozess- und Ergebnis-Evaluation (Kap. 4.4, 4.5 + Vignetten)
		Ansätze für inhaltliche Strukturierung, z.B. mit Hilfe von Strukturmodellen (Kap. 1.5), und für Systematisierung von Handlungsoptionen als „diagnostisches Handeln“ und „Veränderungshandeln“, angelehnt an die Public Health-Aufgabentrias (Kap. 1.6); Erschließung von Praxisbeispielen ökologischer Prävention und Gesundheitsförderung

Tabelle 5.1-1, rechte Hälfte

Forschungs- und Entwicklungsbedarfe
Engere Zusammenführung epidemiologischer und toxikologischer Risikoforschung Tieferes Verständnis für Zusammenspiel von Messung (incl. HBM) und Modellierung Salutogenetische Erweiterung: gesundheitspositive Expositionen; Nutzenabschätzungen Vergleichende Risikoanalysen als Grundlage für Priorisierungen von Themen und Problemlagen
Leistungspotenziale bestehender Systeme analysieren, die Systeme stärker verknüpfen Anlassbezogene Untersuchungen konsequenter dokumentieren, für Fachdiskussion erschließen Indikatorenentwicklung stärker mit gesundheitswissenschaftlicher Theorieentwicklung verbinden Qualitätskriterien konsentieren und anwenden
Berichterstattung systematischer und kontinuierlicher betreiben Zugrundeliegende Strukturmodelle explizieren, mit Konsequenzen für Themen-Ein-/Ausschlüsse Engere Verknüpfung von Umwelt- und Gesundheitsthemen in der Berichterstattung Qualitätskriterien konsentieren und anwenden
Umsetzung der rechtlichen Vorgaben, unter Nutzung der internationalen Entwicklungen Deutsches Arbeitsprogramm (Workshop Berlin 2001 im Rahmen APUG) realisieren Frühzeitige Beteiligung des Gesundheitssektors mit geeigneten Kriterien und Werkzeugen Einsatz mit „Augenmaß“: vorsorgeorientiert, ohne „innovationshemmend“ zu sein
Synopse der ÖGD-Gesetze der Länder, auch mit Blick auf Stellenwert vorhandener Unterschiede Verbesserte Umsetzung der Rechtsnormen; Klärungen zu „Gefahrenabwehr“ und „Vorsorge“ Harmonisierung der Herleitung von Grenz-, Richtwerten, verstärkte Einflussnahme auf EU Konsistente Bewertungsmaßstäbe auch für Noxen-Gemische, kombinierte Expositionen
Verständnis von „Erfolgsfaktoren“ der Rezeption von Berichterstattung verbessern Zusammenführung von anlassbezogenen Untersuchungen und Berichterstattung erkunden Umweltbezogene Gesundheitsberichterstattung mit Handlungsrelevanz durch (kommentierte) Fallsammlung propagieren
Komplexität von Problemriorisierung und Zielentwicklung besser verstehen Gemeinsame Entwicklungen von Gesundheits- und Umweltsektor, z.B. via Strukturmodelle Einbindung von Konzepten wie Umweltgerechtigkeit und Vorsorgeprinzip Lösungsansätze für Zielkonflikte entwickeln und erproben
Kenntnisstand über die Rechtsgrundlagen bei allen Beteiligten verbessern „Welt der Planung“ dem Gesundheitssektor näher bringen, evtl. Rechtskommentare, -gutachten Beispiele erfolgreicher Fokussierung auf Gesundheit aufbereiten und distribuieren Mitwirkung an Planung erproben und evaluieren
Überblick und Verständnis des Policy-Netzes vervollständigen und aktuell halten Wesen und Bedingungen erfolgreicher Kooperation besser verstehen Entwicklung plausibler und handlicher Typologie kooperativer Handlungsoptionen Lösungsansätze für das Problem, aus der Vielzahl von Problemen die relevantesten herausfiltern
Konsequenter Vernetzung bestehender Ansätze, Abbau von Zugangsbarrieren Weiterentwicklung vom technischen Informationsmanagement zur inhaltlichen Evidenzbasierung Qualitätssicherung von Informationssystemen und -abläufen, Beurteilungshilfen für Endnutzer Konsentierung und Routinisierung fachgerechter Risikokommunikation
Qualitätssicherung und Evaluation konsequent für gesamtes Themenfeld auf- und ausbauen Qualitätsaspekte auch bei Auftragsvergaben als Entscheidungskriterium heranziehen Evaluationen auch „ex-ante“ im Sinne prospektiver Kosten-Nutzen-Analysen
Prägnante, konsensfähige Strukturierung von Gesundheitsdeterminanten Umweltbezogene Krankheitslast adäquat abschätzen und kommunizieren Engere Verbindung der Akteure zu den strategischen Gutachten im Gesundheits- und im Umweltsektor sowie zu den Zielentwicklungen national und international Attraktive und effiziente Formen der Aus-, Fort- und Weiterbildung „Umwelt und Gesundheit“ Aufbereitung von Praxisbeispielen ökologischer Prävention und Gesundheitsförderung

ergeben, um das in der Public Health-Trias angelegte systematische Vorgehen auch auf lokaler Ebene weiter zu entwickeln.

Wie Kap. 3.4 zeigt, gibt es zur Entwicklung von **Qualitäts- und Handlungszielen** sowohl im Umwelt- wie im Gesundheitssektor umfangreiche Entwicklungen, die bisher aber kaum im Zusammenhang wahrgenommen und analysiert wurden. Im Interesse eines zielgerichteten und ressourcenbewussten Handelns verdient die Zielentwicklung für ökologische Prävention und Gesundheitsförderung viel mehr Aufmerksamkeit als sie bisher erfahren hat. In Zukunft wird es darauf ankommen, die Schutzziele des umweltbezogenen Gesundheitsschutzes stärker als bisher in Perspektive zu anderen gesellschaftlichen Entwicklungen und gesamtgesellschaftlichen Zielen zu bringen. Auch dies erfordert ein systematisches und strukturiertes Vorgehen. Um in breiten gesellschaftlichen Diskussionsprozessen Entscheidungshilfen anbieten zu können, werden Verfahren benötigt, die in geeigneten Kriterienrastern einen systematischen Vergleich von unterschiedlichen Handlungsoptionen und auf dieser Grundlage **Priorisierungen** ermöglichen.

Dabei besteht ein ausgeprägtes **Konfliktpotential**. Zielkonflikte sind vorhersehbar, z.B. auch zwischen Umwelt- und Gesundheitsschutz. Die Vielzahl von Maßnahmen und Programmen des praktischen Umweltschutzes umschließt nicht nur solche, die ebenfalls als Gesundheitsschutz gelten können, sondern auch andere, die in einen Gegensatz zum Schutz der Humangesundheit geraten können. So mindert der Bau von Ortsumgehungsstraßen häufig die Lärmbelastung innerstädtischer Anwohner, ist aber stets mit zusätzlicher Bodenversiegelung und in vielen Fällen auch Belastungen für den Naturschutz verbunden. Für „Umwelt und Gesundheit“ fehlt es sowohl an einer Systematisierung der in der Praxis auftretenden Zielkonflikte als auch an praktisch brauchbaren Hilfestellungen, welche geeignete Lösungsansätze beschreiben.

Umweltbedingte Gesundheitsrisiken resultieren zu einem großen Teil aus menschlichen Aktivitäten, die der Verfolgung eines bestimmten gesellschaftlichen oder auch privaten Nutzens dienen und jeweils nur in ihrem gesellschaftlichen Kontext angemessen zu bewerten

sind. So dient beispielsweise der motorisierte Straßenverkehr den Mobilitätsbedürfnissen einer modernen Industriegesellschaft. Die mit dem Straßenverkehr verbundenen Risiken für Gesundheit und Umwelt sind facettenreich und schließen ein breites Wirkungsspektrum ein, darunter Verletzungen, Lärmbelastungen, Gesundheitsgefährdung und Klimaveränderung durch Luftschadstoffe sowie Flächenverbrauch. Generell ist seit langem allgemein anerkannt, dass über Gesundheit und Krankheit wesentlich in anderen Sektoren als im Gesundheitssektor entschieden wird. Dennoch werden die **Planungs- und Entwicklungsprozesse** der anderen Sektoren nach wie vor oftmals kaum oder gar nicht unter gesundheitlichen Gesichtspunkten diskutiert (Kap. 3.5). Hier sind geeignete Nutzen-Risiko-Betrachtungen erforderlich, und die Auswahl von Strategien zur Minderung dieser Risiken ist eng verbunden mit der Frage, welche umwelt- und gesundheitsverträglicheren Alternativen jeweils verfügbar sind.

Für die Strategieentwicklung hochwillkommen wäre eine plausible und handliche Typologie verfügbarer **Handlungsoptionen**. Es bestehen interessante Ansätze wie z.B. von Haddon („Escape of tigers“) und der Weltbank (Kap. 1.5), die jedoch aus spezifischen Perspektiven stammen und der ergänzenden Aktualisierung bedürfen.

Umsetzungswege

Im Themenfeld Gesundheit und Umwelt ist eine große Anzahl staatlicher und privater Akteure tätig. Für die notwendige **Kooperation** unterschiedlicher Institutionen und Verbände resultieren hieraus spezifische Chancen, aber auch Konfliktpotenziale (Kap. 4.1). Diese Situation gab wesentlich Anstoß für die Entwicklung der integrierten Programme, insbesondere der Aktionsprogramme Umwelt und Gesundheit (s. Kap. 5.2).

Angesichts der Vielzahl von Einzelthemen, weit verstreuter Originalquellen und rascher Weiterentwicklung des Wissensstandes ist die Rolle eines effizienten **Informationsmanagements** für Umwelt und Gesundheit weithin anerkannt (Kap. 4.2). Es existiert eine Anzahl unterschiedlicher Systeme mit spezifischen Vorzügen und Nachteilen. Hingewiesen sei auf

Bezüge zwischen Risikoanalyse und Informationsmanagement. Die fachgerechte Durchführung von Risikoanalyse benötigt umfangreiche Eingangsinformationen, die durch spezifische Informationsquellen und -werkzeuge leichter zugänglich bzw. effizienter verarbeitbar werden. Ähnliches gilt für Verträglichkeitsprüfung, welche ebenfalls ohne adäquate Informationsbasis nicht durchführbar ist. Spezialentwicklungen versuchen, diese Bedarfe zu decken. – In der Informationsgesellschaft wird auch das Übermaß an verfügbarer Information zum Problem. Noch vor wenigen Jahren stand die Forderung im Vordergrund, keine Informationen zurückzuhalten. Die zunehmende Informationsflut kann durch Überforderung der Adressaten jedoch auch zu Intransparenz führen. Daher gewinnen Methoden zum Herausfiltern zielgruppenabhängig relevanter Informationen an Bedeutung. Übrigens gewährleistet auch eine z.B. in Datenbanken gut erschlossene Informationsbasis nicht die ausreichende Informierung unterschiedlicher Zielgruppen und ersetzt schon gar nicht die bidirektionale **Kommunikation** über Gesundheits- und Umweltthemen (Kap. 4.3, Vign. 4.3.A).

Auch für Gesundheit und Umwelt in stetem Wachsen begriffen sind die Ansprüche an eine explizite und transparente **Qualitätssicherung**. Bis hin zur Standardisierung und Normung sind entsprechende Ansätze am besten für Laboranalytik entwickelt; die Prinzipien besitzen aber darüber hinaus ihre Gültigkeit. Fließende Übergänge bestehen zwischen der Qualitätssicherung in überschaubaren Teilbereichen und der **Evaluation** komplexerer Maßnahmen und Programme. Durch die Ergänzung der Public Health-Aufgabentrias um Evaluation entsteht ein Regelkreismodell (Public Health Action Cycle), das sich auf zahlreiche handlungsorientierte Programme anwenden lässt. Durch begründete Forderungen nach „evidence-based policy making“ (Schwartz & Corvalan 1995; Ham, Hunter, Robinson 1995) erhalten Evaluationen ein noch größeres Gewicht.

Vorbedingung personeller Ressourcen ist ein geeignetes Angebot von **Aus-, Fort- und Weiterbildung**. Der Erwerb von Wissen und Kompetenz für „Umwelt und Gesundheit“ erfolgt bisher auf unterschiedlichste Weisen, u.a. in der Medizin und ihren Spezialgebieten, in den

Gesundheits- und Umweltwissenschaften sowie bei den Gesundheitsingenieuren. Die Kommunikation zwischen den unterschiedlichen Disziplinen könnte erheblich gewinnen durch Abstimmung von Curricula und Verständigung auf einheitliche Grundkonzepte. Systematisch aufbereitete Praxisbeispiele ökologischer Prävention und Gesundheitsförderung könnten nutzbringend für Aus-, Fort- und Weiterbildung eingesetzt werden.

5.1.2 Zusammenarbeit der Ebenen und Sektoren

Wie zahlreiche andere Themenfelder fällt auch „Gesundheit und Umwelt“ weder in die Zuständigkeit eines einzelnen gesellschaftlichen Sektors noch einer einzelnen administrativen Ebene, vielmehr stehen viele Sektoren und praktisch alle administrativen Ebenen mit dem Thema in Verbindung.

Die Bezeichnung des Themenfeldes bringt bereits zum Ausdruck, dass die **Sektoren** Gesundheit und Umwelt hierzu die engsten Bezüge aufweisen. Dem Umwelt- und dem Gesundheitssektor ist ein Schutzinteresse gemeinsam, das sich sowohl auf die Umwelt als auch auf die Gesundheit richtet. Da Umweltschutzmaßnahmen zu einem wesentlichen Anteil mit dem Schutz der menschlichen Gesundheit begründet sind, ergibt sich im Grenzbereich des umweltbezogenen Gesundheitsschutzes eine relevante Schnittmenge gemeinsamer Themen und Ansätze. Die beiden Sektoren unterscheiden sich allerdings auch in charakteristischer Weise. Bekanntlich ist der Gesundheitssektor weithin medizinisch-kurativ geprägt und nur zu geringen Teilen präventiv orientiert. Der Umweltsektor steht in einem Spannungsfeld zwischen „Anthropozentrik“ und „Ökozentrik“: er dient auch dem langfristigen Erhalt der Umwelt und der natürlichen Lebensgrundlagen, wobei zwischen „grünem“ Umweltschutz und dem Schutz der menschlichen Gesundheit im Einzelfall durchaus Zielkonflikte bestehen können. Der Umweltsektor ist großenteils umwelttechnisch geprägt; er fokussiert im wesentlichen auf die

Tabelle 5.1-2: Orientierungsmatrix ökologischer Prävention und Gesundheitsförderung, nach Aufgabenfeldern und Sektoren, modifiziert nach Fehr (2003)

Aufgabenfeld:	Basisforschung	Analyse		Verträglichkeitsprüfung
		Monitoring & Surveillance	Berichterstattung	
Sektor				
Gesundheit	Gesundheitsforschung: Public Health-Forschung, Medizinische Forschung, Epidemiologie, Toxikologie	Mortalitätsstatistik; Morbiditätsregister wie Krebs-, Herzinfarkt-, Fehlbildungsregister; Sentinel-Praxen; Mikrozensus	Gesundheitsberichterstattung (GBE): Basis- und Spezialberichte, u.a. nach ÖGD-Gesetzen; (kommentierte) Krebsatlanten	Health Impact Assessment (HIA), Gesundheits-Verträglichkeitsprüfung (GVP)
Umwelt und Gesundheit	Forschung über Umwelt und Gesundheit, Umweltmedizinische Forschung, Umweltepidemiologie, Umwelttoxikologie	Wirkungskataster bei Luftreinhalte-Planung nach BImSchG; wiederholte Umwelt- und Gesundheitssurveys mit Belastungs- und Effektmonitoring	Umweltbezogene Gesundheitsberichterstattung (uGBE)	Environmental Health Impact Assessment (EHIA), Gesundheits- und Umweltverträglichkeitsprüfung; Gesundheit in UVP und SUP
Umwelt	Umweltforschung, Naturwissenschaften, Ökologie, Ökotoxikologie	Ökologisches Monitoring, z.B. Gewässer, Bodenkataster, Umweltprobenbanken, Altlastenkataster	Umweltberichterstattung (UBE), Umweltinformatiionssysteme (UIS), (kommentierte) Umweltatlanten	Environmental Impact Assessment (EIA), Umweltverträglichkeitsprüfung (UVP), strategische Umweltprüfung (SUP)

ersten drei Komponenten des DPSEEA-Modells (vgl. Kap. 1.5).

Das Arbeitsfeld „Umwelt und Gesundheit“ bildet einen Übergangsbereich, der im Idealfall Gegenstand konstruktiver Kooperation ist, in der alltäglichen Verwaltungspraxis natürlich auch zu Konflikten führen kann. Insgesamt besteht zwischen Gesundheits- und Umweltsektor jedoch ein hohes Maß an Interessenkonvergenz; beide Fachgebiete bedürfen integrierter Analyse- und Handlungskonzepte, und die Schutzinteressen beider Fachgebiete sind trotz einzelner Zielkonflikte im Ganzen weitgehend deckungsgleich. Vor diesem Hintergrund haben sich in beiden Fachgebieten, zunächst weitgehend unabhängig voneinander, vergleichbare Handlungskonzepte entwickelt, wie sie in Kap. 2.8 zur Berichterstattung, in Kap. 2.9 zur Verträglichkeitsprüfung und in Kap. 3.4 zur Zielentwicklung dargestellt werden. Diese Ausgangslage ist ein starkes Argument für die Entwicklung gemeinsamer, über-

greifender Strategien. Die Beiträge in diesem Buch verdeutlichen, wie solche Strategien auf zahlreichen Gebieten sich konkret ausgestalten lassen.

Übrigens spricht vieles dafür, künftig auch den **Verbraucherschutz** systematischer als bisher einzubeziehen. Verbraucherschutzthemen haben in den letzten Jahren durch verschiedene öffentliche Konflikte wie z.B. BSE, Maul- und Klauenseuche sowie Acrylamid in Lebensmitteln breite öffentliche Aufmerksamkeit gefunden, die im Bereich des Verbraucherschutzes zu Neuorientierungen führten. Es zeichnet sich ab, dass die Konzeptentwicklungen im umweltbezogenen Gesundheitsschutz sich hierher sinnvoll übertragen lassen. Insbesondere auf dem Gebiet der Sachverhaltsaufklärung einschließlich der Risikoabschätzung ergeben sich enge Verbindungen. Schadstoffbelastungen gelangen nicht nur über Umweltmedien, sondern auch – oft sogar in größerem Umfang – über Lebensmittel

Tabelle 5.1-2, rechte Hälfte

Strategieentwicklung		Umsetzung		
Akteure	Handlungspraxis	Informationsmanagement	Kommunikation	Aus-, Fort-, Weiterbildung
Gesundheitsämter, -behörden, -ministerien, Robert-Koch-Institut (RKI) u.a. Bundesoberbehörden, EU-Direktorat Public Health	Einzelstrategien von Gesundheitspolitik, Gesundheitsschutz, Prävention und Gesundheitsförderung	Gesundheitsinformationssysteme: Auskunftssysteme, MEDLINE u.a. bibliographische Datenbanken, Host DIMDI	Gesundheits-, Risikokommunikation für verschiedene Zielgruppen incl. Nachbardisziplinen und Laien	Universitäten, Fachhochschulen, Akademien: Medizin, Gesundheitswissenschaften, Gesundheits-Ingenieurwissenschaft
Auch: Spiegelreferate der Ressorts Gesundheit und Umwelt sowie Bundesinstitut für Risikobewertung (BfR)	Einzelstrategien ökologischer Prävention und Gesundheitsförderung, umweltbezogener Gesundheitsschutz, gesundheitlicher Umweltschutz	Umweltmedizinische, -epidemiologische, -toxikologische Informationssysteme; Linkssammlungen	Risiko- und Resourcenkommunikation für ökologische Prävention und Gesundheitsförderung	Aus-, Fort-, Weiterbildung in beiden Nachbarbereichen: Gesundheitsbezüge im Umweltsektor, Umweltbezüge im Gesundheitssektor
Umweltämter, -behörden, -ministerien, Umweltbundesamt (UBA) u.a. Bundesoberbehörden, EU-Direktorat Environment	Einzelstrategien von Umweltpolitik, Umweltschutz	Umwelt-Informationssysteme (UIS) (mit Übergängen zur Umweltberichterstattung)	Umweltkommunikation für verschiedene Zielgruppen incl. Nachbardisziplinen und Laien	Universitäten, Fachhochschulen, Akademien: Umweltwissenschaften, Naturwissenschaften, Umwelt-Ingenieurwissenschaft

oder andere Handelsprodukte in den menschlichen Organismus. Dies ist z.B. bei Expositionsschätzungen zu berücksichtigen (Kap. 2.2). Im Bereich der Wirkungsforschung (Kap. 2.3) ergibt sich eine direkte Korrespondenz, da die toxikologischen Grundlagen, auf die sowohl der umweltbezogene Gesundheitsschutz wie der Verbraucherschutz zurückgreifen, die gleichen sind.

Darüber hinaus sind gerade im Bereich des Verbraucherschutzes direkten ordnungsrechtlichen Eingriffen in das Marktgeschehen verfassungsrechtlich enge Grenzen gesetzt, so dass die im Rahmen integrierter Programme entwickelten Konzepte für eine enge Zusammenarbeit zwischen staatlichen und nicht-staatlichen Institutionen für die Entwicklung eines präventiv orientierten Verbraucherschutzes von großem Interesse sind. Der Verbraucherschutz kann dabei auch von den Erfahrungen des umweltbezogenen Gesundheitsschutzes im

Bereich der Risikokommunikation (Kap. 4.3) profitieren. Eine effektive Risikokommunikation ist besonders für den Verbraucherschutz von grundsätzlicher Bedeutung, da informierte Verbraucherentscheidungen ausreichende Informations- und Beratungsmöglichkeiten voraussetzen. Diese Zusammenhänge legen in der weiteren Entwicklung eine engere Zusammenarbeit der Ressortbereiche Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz nahe, die auch im Rahmen integrierter Programme Ausdruck finden sollte. Vor diesem Hintergrund ist die Einbeziehung des Bundesministeriums für Verbraucherschutz, Ernährung und Landwirtschaft (BMVEL) als drittes für die Umsetzung des bundesdeutschen Aktionsprogramm Umwelt und Gesundheit zuständiges Fachressort (vgl. Kap. 1.4) durchaus folgerichtig.

Auch die Aufgabendifferenzierung der administrativen **Ebenen** klingt in verschiedenen Beiträgen an. Manche Teilaufgaben wie z.B.

die Berichterstattung (Kap. 2.8) erfolgen auf allen Ebenen, so dass neben lokalen Berichten aus Kommune, Landkreis und Stadt(teil) auch regionale, Landes-, Bundes-, EU- und globale Berichte vorliegen. Im Falle ausreichender methodischer und inhaltlicher Gemeinsamkeiten eröffnen sich hier nützliche Vergleichsmöglichkeiten; dies kann z.B. durch Verwendung identischer oder kompatibler Strukturmodelle und abgestimmter Indikatorensätze gewährleistet werden. Andere Teilaufgaben wie z.B. Grenz- und Richtwertsetzung (Kap. 3.2) erfolgen in aller Regel auf den höheren Ebenen, insbesondere durch Bundesländer, Bundesebene, die EU und die WHO, während anlassbezogene Spezialuntersuchungen (Kap. 2.7) häufig von der lokalen Ebene initiiert und durchgeführt werden. Auch projektbezogene Verträglichkeitsprüfungen erfolgen oft auf lokaler oder regionaler Ebene; für strategische Prüfungen dürften verstärkt auch höhere administrative Ebenen zuständig sein (Kap. 2.9). Beispiele für die Formulierung von Zielen gibt es aus allen administrativen Ebenen (Kap. 3.5).

Bei gleichzeitiger Betrachtung von Sektoren und Ebenen zeigt sich, dass die Teilaufgaben ökologischer Prävention und Gesundheitsförderung sich offenkundig in nicht-trivialer Weise verteilen.

Eine vollständige Analyse sprengt den hiesigen Rahmen, stattdessen wird eine Auswahl von Teilaufgaben für die beiden Sektoren „Gesundheit“ und „Umwelt“ sowie für die Nahtstelle „Gesundheit und Umwelt“ näher betrachtet. Die entstehende **Orientierungsmatrix** ökologischer Prävention und Gesundheitsförderung (Tab. 5.1-2) ist hier gezeigt mit ausgewählten Unterpunkten für Analyse, Strategieentwicklung und Umsetzung. Vorangestellt ist die Basisforschung, welche die wissenschaftlichen Grundlagen für die Teilaufgaben liefert. Die Matrixdarstellung soll das Verständnis für Gemeinsamkeiten, Unterschiede und Zusammenhänge stärken und die systematische Suche nach Kooperationsmöglichkeiten unterstützen.

Lokale Projekte ökologischer Prävention und Gesundheitsförderung

Exemplarisch sei umrissen, wie man auf lokaler Ebene intersektoral und partizipativ Projekte

ökologischer Prävention und Gesundheitsförderung angehen kann. Ein Kernstück ist die Entwicklung neuer Formen der intersektoralen Zusammenarbeit, insbesondere zwischen Umwelt- und Gesundheitsressorts. Das hohe Maß an Interessenkonvergenz und die große Ähnlichkeit der in beiden Ressortbereichen entstandenen Handlungskonzepte legen nahe, dass beide Ressortbereiche gemeinsam initiativ werden oder – wenn ressortspezifische Initiativen bereits eingeleitet sind – enger miteinander kooperieren. Eine organisatorische Zusammenführung von Umweltschutz und umweltbezogenem Gesundheitsschutz wie (zumindest zeitweilig) z.B. in Nordrhein-Westfalen, Hamburg, München und Rostock kann die Entwicklung gemeinsamer Handlungskonzepte und Kooperation beider Ressortbereiche erleichtern.

Um lokale Projekte zu Gesundheit und Umwelt erfolgreich vorzubereiten und durchzuführen, bedarf es entsprechenden Sachverständes. Bei manchen Projekten kann das Grundverständnis für Gesundheit und Umwelt z.B. der in der Gesundheitsförderung tätigen Personen ausreichen; im typischen Fall wird die Expertise von MitarbeiterInnen lokaler Gesundheits- und Umweltämter zur Verfügung stehen. Für Projekte komplexeren Inhaltes bietet es sich an, auf zusätzliche Expertise in Einrichtungen wie Landesgesundheitsämtern, Landesumweltämtern und Umweltbundesamt zurückzugreifen.

Zum Auftakt erfolgt häufig die Einsetzung einer Arbeitsgruppe mit einem spezifischen Auftrag, welcher ggf. auch schon einen Hinweis auf die Rechtsbasis der vorgesehenen Aktivität enthalten kann. Für die Strukturierung der praktischen Arbeit bietet sich auch hier die Public Health-Aufgabentrias an. Der erste Arbeitsschritt liegt in einer **systematischen Bestandsaufnahme** der lokalen Situation von Umwelt und Gesundheit. Hierzu gehört auch eine Übersicht lokal bereits erfolgter Aktionen, um Kontinuität zu gewährleisten und Doppelarbeit zu vermeiden. Die Bestandsaufnahme kann durch externe wissenschaftliche Unterstützung an Wert gewinnen, so dass sich Kooperationen mit entsprechenden Einrichtungen anbieten. Die Aufgabe der Administration besteht darin, den aktuellen Wissensstand aufzunehmen und ihn auf die vorliegenden Problemstellungen zu über-

tragen. Häufig sind Kooperationen mit weiteren Sektoren erforderlich, wenn beispielsweise auf dort vorhandene Datenquellen zurückzugreifen ist.

Unabhängig von solcher ggf. fachlich notwendigen Zusammenarbeit ist es generell sinnvoll, andere Fachressorts und nicht-staatliche Organisationen in geeigneter Form einzubeziehen. Die Bestandsaufnahme bildet den Ausgangspunkt für den gemeinsamen Diskussionsprozess über strategische Planungen und deren Umsetzung. Auf breiter Ebene sollte ein Konsens über die Gültigkeit der Bestandsaufnahme hergestellt werden. Dies ist umso mehr von Bedeutung, als Risikowahrnehmung und -bewertung zwischen verschiedenen Institutionen und Personengruppen stark variieren können, so dass durchaus mit Vorbehalten zu rechnen ist. Es ist auch zu beachten, dass vor allem bei unsicheren Datengrundlagen bereits innerhalb der Wissenschaft unterschiedliche Meinungen vertreten werden. Sie bilden häufig den Ausgangspunkt für Risikokonflikte. Die Sachverhaltsdarstellung muss diesem Gesichtspunkt Rechnung tragen und – sofern eine einheitliche Bewertung nicht möglich ist – Bewertungsunsicherheiten und das wissenschaftliche Meinungsspektrum darstellen. Eine effektive Risikokommunikation ist von entscheidender Bedeutung dafür, dass Risikobewertungen als Grundlage für spätere Entscheidungsprozesse ausreichend belastbar sind (Neus 1993; Neus, Schümann, Kappos 1996).

Inhaltlich kommt ein weites Spektrum von Teilthemen infrage. Orientierung bietet das **ökologische Quintett** (vgl. Fachliche Einführung), wobei der Auswahlprozess sich wesentlich an der lokalen Situation und Vorgeschichte sowie an aktuellen Besorgnissen und Wünschen orientieren wird. Das ökologische Themenquintett konkurriert nicht mit der primären Themenfindung sondern hilft, das Thema einzugrenzen und abzurunden. Wenn BürgerInnen z.B. über die lokale Lärmbelastung besorgt sind, werden u.a. Fragen zu Art und Ausmaß der Lärmbelastung, befürchteten gesundheitlichen Wirkungen, Lärmquellen sowie auch zu besonders betroffenen Gruppen zu klären sein.

Eine solche Bestandsaufnahme liefert die Grundlage für den nächsten Arbeitsschritt: die **Strategieentwicklung**. Hier hilft ein **Struk-**

turmodell wie das erweiterte DPSEEA-Modell (Kap. 1.5 und Fachliche Einführung), mögliche Ansatzpunkte für Aktionen auszumachen. Dabei ist zu beachten, dass Gesundheits- und Umweltressort in aller Regel keine federführende Zuständigkeit für die Einleitung von Maßnahmen und, von seltenen Ausnahmesituationen z.B. bei der Abwehr akuter Gefahren abgesehen, auch keine Weisungsbefugnisse besitzen. Im Aufgabenbereich des umweltbezogenen Gesundheitsschutzes sind häufig Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten des Verbraucherschutz-, des Verkehrs- oder des Bauressorts betroffen. In diesen Fällen ist ein Vorgehen im wechselseitigen Konsens erforderlich. Günstige Voraussetzungen sind vor allem dann gegeben, wenn auf übergeordneter Ebene ein grundsätzliches Einvernehmen besteht, dem Schutz von Umwelt und Gesundheit Priorität beizumessen. Aus diesem Grunde sehen die *Gesunde Städte* wie auch die *Lokale Agenda 21*-Programmatik vor, dass der Rat der Stadt oder das Stadtparlament sich mit förmlichem Beschluss auf das entsprechende Programm verpflichten. Eine solche Grundsatzerkklärung bietet zwar keine Gewähr dafür, dass in jeder Einzelfrage Einvernehmen hergestellt werden kann, stellt aber zumindest eine gewisse Verpflichtung für alle Fachressorts dar, sich mit Initiativen der Umwelt- und Gesundheitsressorts konstruktiv auseinander zu setzen.

Die Einbeziehung **nicht-staatlicher Organisationen** entspricht sowohl einem allgemeinen Demokratisierungsanspruch wie auch einer sachlichen Notwendigkeit, da bei zunehmender Deregulierung der Staat nur eingeschränkte Möglichkeiten hat, unmittelbaren Einfluss auf die Gestaltung von Lebensbereichen auszuüben. Sofern die Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten für ggf. freiwillig zu ergreifende Maßnahmen im nicht-staatlichen Bereich liegen, können Maßnahmen zur Expositionsminderung nur in Zusammenarbeit mit den betreffenden Organisationen umgesetzt werden. Beispiele hierfür sind Rauchverbote in öffentlich zugänglichen Räumen zur Minderung von (Passiv-)Rauchbelastungen oder freiwillige Schallpegelbegrenzungen in Diskotheken zur Verhinderung lärmbedingter Gehörschäden bei Jugendlichen.

Darüber hinaus sollten auch **Betroffenen- und Interessengruppen** für Umwelt und Gesundheit einbezogen werden, denn ohne öffentliche Akzeptanz und Unterstützung ist eine tragfähige Maßnahmenentwicklung oft kaum vorstellbar. Um Transparenz herzustellen und einen breiten öffentlichen Diskurs zu ermöglichen, kann Presse- und Öffentlichkeitsarbeit wichtig sein. Partizipation und eine möglichst vertrauensvolle Zusammenarbeit der betroffenen Gruppen sind gemeinsame Merkmale integrierter Programme. Hierzu sind besondere Arbeitsformen und Instrumente erforderlich wie z.B. Projektmanagement, Runde Tische u.ä., die nicht zum traditionellen Repertoire öffentlichen Verwaltungshandels gehören. Konzepte und Erfahrungswissen hierüber liegen inzwischen aber vor (vgl. Kap. 4.3).

Als Resultat der Abstimmungsprozesse sollten **Qualitäts- und Handlungsziele** formuliert werden (Kap. 3.4), die zumindest solchen Grundkriterien wie „spezifisch“, „realistisch“ und „messbar“ genügen. Aus den Zielen sollten konkrete **Handlungen** hergeleitet werden, samt Verantwortlichkeiten, Zeitplan und Ressourcensicherung. Auch für Aktivitäten kleineren Umfangs – erst recht bei größeren Vorhaben – sollte eine **Evaluation** eingeplant werden (Kap. 4.5), wobei ggf. auch auf Elemente der Qualitätssicherung zurückzugreifen ist (Kap. 4.4).

5.1.3 Ausblick

In einem Gutachten zur Umweltforschung zeichnete der Wissenschaftsrat (1994) die Umrisse einer Entwicklung der Umweltmedizin zu einem Fach „Umwelt und Gesundheit“. Der Rat kritisierte damals, noch immer gingen wissenschaftliche Struktur- und Projektkonzeptionen zu sehr vom kranken statt vom gesunden Menschen aus, und es mangele der notwendigerweise interdisziplinär angelegten umweltorientierten Gesundheitsforschung an Integration. Es müsse besser gelingen, die naturwissenschaftlich-medizinische Umweltforschung über ihre derzeitige Konzentration auf umweltbedingte Krankheiten hinaus auf die Erhaltung der Gesundheit auszurichten. Damit könne die bislang krankheitsori-

entierte Umweltmedizin zu einem neuen Fach Umwelt und Gesundheit mit Blickrichtung auf übergreifende Zusammenhänge forschreiten. Dabei müsse dieses Fach neben grundlegenden Methoden aus Naturwissenschaft und Medizin besonders jene Forschungsbereiche umfassen, die den Grenzbereich zwischen Gesundheit und Krankheit im Blick haben; dazu gehörten nach Auffassung des Wissenschaftsrates neben der Umweltepidemiologie und -toxikologie auch Risikoabschätzung und -kommunikation sowie Evaluationsforschung und Informationsmanagement.

Einige der genannten Aspekte scheinen eine Dekade nach dem Gutachten des Wissenschaftsrates realisiert. Die durch die Schnittmenge der Themenfelder Gesundheit und Umwelt einerseits sowie Prävention und Gesundheitsförderung andererseits definierte „Kultur“ ist in den Buchabschnitten 2 bis 4 detailliert dargestellt und hier in Kap. 5.1 zusammengefasst kommentiert. Wie gezeigt, sind für alle Komponenten der Public Health-Aufgabentrias bereits wertvolle Verfahren, Methoden und Instrumente vorhanden, an denen sich praktisches Handeln orientieren kann. Gleichzeitig besteht Bedarf an Weiterentwicklungen sowohl für „diagnostisches Handeln“ (Abschnitt 2) als auch für „Veränderungshandeln“ (Abschnitte 3 und 4), welches – über Erkenntnisgewinn hinaus – auf Umgestaltung der Realität abzielt.

Am weitesten fortgeschritten ist die Methodenentwicklung auf dem Gebiet der Lagebeschreibung und Bewertung, wohl weil dies die engsten Beziehungen zu den traditionellen und eher ordnungsrechtlich ausgerichteten Handlungskonzepten der öffentlichen Verwaltung aufweist. Ein weiterer Grund liegt darin, dass bei den „diagnostischen“ Aufgaben oftmals Handwerkliches im Vordergrund steht. Hier sind Regeln angebbar und Maßnahmen der Qualitätssicherung implementierbar. Bei Strategieentwicklung hingegen kommen deutliche Züge einer „Kunst“ hinzu, so dass dieser Bereich insgesamt schwerer auf spezifische Regeln festzulegen ist. Die einzelnen Fachbeiträge sowie die den Buchabschnitten 2 bis 4 vorangestellten Zusammenfassungen führen dieses näher aus.

Die weitere Entwicklung von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung sollte

eine ökologische Komponente herausbilden und pflegen. Wo auch immer das Thema Prävention umfassend angegangen wird, sollten auch die Umweltbezüge auf der Tagesordnung stehen. Fachgebiete wie Umweltepidemiologie, Umweltmedizin und auch die lange zurückreichende Tradition der (Umwelt)hygiene können Beispiele für die Ausgestaltung dieser Nahtstelle liefern. Zwar sollte die Unterschiedlichkeit im Denken und Handeln der verschiedenen Disziplinen nicht unterschätzt werden. Gleichzeitig verdienen Zuordnungen zu „Old“ und „New Public Health“ ein Überdenken, wenn es um sinnvolle, zukunftsfähige Ausgestaltung ökologischer Prävention geht. Dabei stehen Primärprävention und Verhältnis-Prävention im Vordergrund, jedoch existieren durchaus andere Präventionsbeiträge, z.B. im Sinne heilungsbegünstigender Umweltfaktoren als Tertiärprävention und Empfehlungen zur Expositionsminderung als Verhaltensprävention. In analoger Weise gehört zur Gesundheitsförderung die ausdrückliche Betrachtung gesundheitspositiver Umwelteinflüsse in Wohnumwelt, Stadtentwicklung, Freizeiträumen usw. Auch hier verdient die ökologische Gesundheitsförderung einen festen Platz im Bewusstsein aller mit Gesundheitsförderung Befassten.

Die Konzepte ökologischer Prävention und Gesundheitsförderung bieten Gelegenheit, bislang häufig noch isolierte Bemühungen stärker in Verbindung zu setzen, darunter auch biomedizinisch und sozialwissenschaftlich geprägte Traditionen. Vielleicht verdienen diese Themen auch Kommentierungen der Sachverständigenräte einerseits für das Gesundheitswesen und andererseits für Umweltfragen.

Will man ökologische Prävention und Gesundheitsförderung mit begrenztem Aufwand und dennoch nachdrücklich weiterentwickeln, so bieten sich vorrangig vier Bereiche an. Eine den neuen Entwicklungen angepasste Aus-, Fort- und Weiterbildung für Gesundheit und Umwelt birgt die Chance, entsprechendes Verständnis in den unterschiedlichen beteiligten Berufsgruppen wachsen zu lassen. Im Zusammenhang der erwähnten Erhebung für die Länderarbeitsgruppe Umweltbezogener Gesundheitsschutz (LAUG) wurden die Gesundheitsämter auch zu Fortbildungsbedarf befragt. Die Ergebnisse zeigten,

dass in der praktischen Arbeit der kommunalen Dienststellen strategische Planungen und deren Umsetzung bisher einen nachgeordneten Stellenwert einnehmen. Die LAUG beabsichtigt, das Thema der Aus- und Fortbildung systematisch aufzuarbeiten, wobei es eine sinnvolle Synthese traditioneller und neuer Fachthemen zu finden gilt.

Ein zweiter Bereich betrifft die aktualisierte Abschätzung umweltbezogener Krankheitslast, auch aufgeschlüsselt nach verursachenden Lebensbereichen und empfänglichen Gruppen. Als drittes ist die konsequente Einbeziehung von „Gesundheit und Umwelt“ in die Formulierung von Qualitäts- und Handlungszielen im Gesundheits- und im Umweltsektor zu nennen. Viertens besteht Bedarf an einem Fundus überzeugender Praxisbeispiele. Der Stellenwert einer solchen Sammlung für ökologische Prävention und Gesundheitsförderung steht außer Frage. Vor dem Hintergrund bisher unzureichend erschlossener praktischer Erfahrungen bilden die Auswahl und Dokumentation guter Beispiele und geeigneter Anreize zur Durchführung von Modellprojekten einen wichtigen Ansatzpunkt, die weitere Entwicklung zu stimulieren. In diesem Sinne entstanden im Rahmen des deutschen Aktionsprogrammes Umwelt und Gesundheit (URL 1) sowie auch im entsprechenden nordrhein-westfälischen Programm (URL 2) mehrere Modellvorhaben auf lokaler Ebene. Zur gewünschten Wirkung dürfte beitragen, wenn die Modellvorhaben evaluiert werden, die Ergebnisse strukturiert aufbereitet werden und eine kritische Diskussion die Verallgemeinerungsfähigkeit der Ergebnisse untersucht.

Literatur

- Bolte, G., Mielck, A. (Hrsg.) (2004): Umweltgerechtigkeit. Die soziale Verteilung von Umweltbelastungen. Juventa Verlag, Weinheim.
- Doll, R., Peto, R. (1981): The causes of cancer: quantitative estimates of avoidable risks of cancer in the United States today. J.Nat.Cancer Inst. vol. 66, 1191-1308.
- EPA / US Environmental Protection Agency (1987): Unfinished business: A comparative assessment of environmental problems. US Environmental Protection Agency. Washington, D.C., USA.
- Fehr, R. (2003): Ökologische Perspektive II: Ökologische Gesundheitsförderung. In: Franzkowiak, P., Kaba-

- Schönstein, L., Lehmann, M., et al. (Hrsg.) (2003): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden der Gesundheitsförderung. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Fachverlag Peter Sabo, Schwabenheim a.d. Selz, Reihe „Blickpunkt Gesundheit“, 4. Aufl., pp.160-163.
- Ham, C., Hunter, D.I., Robinson, R. (1995): Evidence based policy making. Editorial. BMJ, vol. 310, 71-72.
- Maschewsky, W. (2001): Umweltgerechtigkeit, Public Health und soziale Stadt. VAS-Verlag für Akademische Schriften, Frankfurt/M.
- Murray, C.J.L., Lopez, A.D. (1996): Quantifying the burden of disease and injury attributable to ten major risk factors. Ch. 6 in: Murray, C.J.L., Lopez, A.D. (Hrsg.): The global burden of disease. A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020. Global Burden of Disease and Injuries Series, vol. 1. Harvard University Press, Boston, MA, USA.
- Neus, H. (1993): Risikokommunikation und Bürgerbeteiligung im umweltbezogenen Gesundheitsschutz. Gesundheitswesen vol. 55, no. 12, 621-628.
- Neus, H., Schümann, M., Kappos, A. (1996): Ansatzpunkte für Bürgerbeteiligung bei der Regulation umweltbedingter Gesundheitsrisiken – Perspektiven und Erfahrungen. In: Preuss, V. (Hrsg.): Risikoanalysen. Über den Umgang mit Gesundheits- und Umweltgefahren, Band 1. Roland Asanger Verlag, Heidelberg, pp. 118-150.
- Schütz, H., Wiedemann, P.M., Hennings, W., Mertens, J., Clauberg, M. (2004): Vergleichende Risikobewertung. Konzepte, Probleme und Anwendungsmöglichkeiten. Schriftenreihe, Forschungszentrum Jülich.
- Schwartz, E., Corvalán, C. (1995): Decision making in environmental health. World Health Stat. Quart. vol. 48, no. 2, 164-170.
- Smith, K.R., Corvalán, C., Kjellström, T. (1999): How much global ill health is attributable to environmental factors? Epidemiology vol. 10, no. 5, 573-584.
- 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/M.
- WHO / World Health Organization (1997): Health and environment in sustainable development. Five years after the Earth summit. WHO/EHG/97.8, Genf, CH.
- Wissenschaftsrat (1994): Stellungnahme zur Umweltforschung in Deutschland. Band I, II. Eigenverlag, Köln.
- URL 1: www.apug.de, Zugriff: 13.9.2004.
- URL 2: www.apug.nrw.de, Zugriff: 13.9.2004.

5.2 Integration, Integrierte Programme

In der Tradition von „Gesundheit und Umwelt“ stand bisher die fachliche Bewertung einzelner Noxe in einzelnen Umweltmedien, wie sie sich z.B. in der Ableitung und Kontrolle von Grenz- und Richtwerten ausdrückt, ganz im Vordergrund. Auch die heutige Alltagspraxis des Arbeitsgebietes ist in Bereichen wie Luftreinhaltung, Klima-, Lärm- und Strahlenschutz, Ressourcenschonung, Krebsbekämpfung, Infektionsschutz und Allergieprävention stark von diesem Analyse- und Handlungskonzept geprägt. Die hier üblichen monothematischen Ansätze sind übersichtlich und in der Regel gut vermittelbar; der zur Durchführung erforderliche Aufwand ist zumindest näherungsweise kalkulierbar. Im günstigen Falle entsteht ein eindeutiges, weithin akzeptiertes Resultat, das sich in konkrete Maßnahmen umsetzen lässt.

Dennoch wächst die Einsicht, dass die komplexen Auswirkungen von Umwelteinflüssen sowie Wechselwirkungen mit anderen Belastungsfaktoren auch integrierende Betrachtungen erfordern. Allein schon die Vielzahl einzelner Noxen und Gesundheitswirkungen verlangt eine plausible **Bündelung** in übergeordnete Themen und eine Priorisierung nach Wichtigkeit. Unterbleibt dies, so ist mit Erschöpfung von Interesse und Motivation bei Entscheidungsträgern und Öffentlichkeit zu rechnen. Ein weiterer wichtiger Grund für integrierende Ansätze liegt in dem mit Einzelthemen verbundenen Potenzial für Widersprüche. Exemplarisch sei der bekannte Konflikt zwischen energiesparender Gebäude-Isolierung und resultierender Innenraumluftbelastung genannt. So finden sich in Innenräumen zahlreiche Quellen für Luftverunreinigung, darunter Baumaterialien, Mobiliar, Heizvorgänge, Passiv-Rauchen und Hobby-Aktivitäten. Aus diesem Grunde weist die Innenraumluft häufig wesentlich höhere Schadstoffkonzentrationen als die Außenluft auf. Energiesparende Isolier-

maßnahmen können so zum Konflikt zwischen Umwelt- und Gesundheitsschutz führen. Werden hier nicht Entscheidungskriterien und Lösungsmöglichkeiten angeboten, so ist mit gravierenden Motivationseinbußen zu rechnen.

In Zeiten knapper Ressourcen begründen sich integrierende Ansätze ganz nachdrücklich auch aus Nutzung von Synergiepotenzialen. Auch in der Praxis ökologischer Prävention und Gesundheitsförderung birgt das gemeinsame, abgestimmte Vorgehen einer Anzahl unterschiedlicher Akteure stets die Möglichkeit, gesetzte Ziele besser zu erreichen bzw. begrenzte Ressourcen erfolgreicher einzusetzen.

– Dieses Kapitel behandelt zunächst Teilespekte einer Ausgestaltung des Integrationsgedankens für Gesundheit und Umwelt und anschließend die sogenannten integrierten Programme aus Buchabschnitt 1 im Zusammenhang, um mit einem Ausblick auf künftige Entwicklungen zu schließen.

5.2.1 Zur Ausgestaltung von „Integration“

Der Wunsch nach verstärkter Integration innerhalb des Arbeitsfeldes war ein wesentliches Motiv für die Vorbereitung und Durchführung der Serie von Konferenzen „Umwelt und Gesundheit“, wie sie unter der Führung der WHO Europa seit 1989 in fünfjährigem Abstand stattfinden (vgl. Tab. 1.3-1). Die erste dieser Konferenzen in Frankfurt 1989 verabschiedete die Charta „Umwelt und Gesundheit“ mit Aussagen über Ansprüche und Verantwortung gegenüber der Umwelt sowie (integrierenden) Strategien und Prioritäten einer langfristigen gesundheitlichen Umweltpolitik. In Helsinki 1994 wurden die „Helsinki-Deklaration“ und der „Aktionsplan Umwelt und Gesundheit für Europa“ als Basis nationaler Aktionspläne für Umwelt und Gesundheit (Kap. 1.3) beschlossen, wie sie inzwischen als intensive Form integrierter Programme in den weitaus meisten Ländern Europas aufgelegt wurden. Die dritte Konferenz in London 1999 beschloss ein rechtsverbindliches Abkommen über Wasser und Gesundheit sowie

eine Charta „Verkehr, Umwelt und Gesundheit“. Auf der Budapest-Konferenz 2004 wurde ein „Aktionsplan zur Verbesserung von Umwelt und Gesundheit der Kinder in der Europäischen Region“ (URL 1) beschlossen. In der parallel verabschiedeten Ministererklärung (URL 2) haben sich die Gesundheits- und Umweltminister dafür ausgesprochen, ein europäisches Informationssystem für Umwelt und Gesundheit zu entwickeln. Wesentliches Ziel der genannten Konferenzen war der Brückenschlag benachbarter Sektoren und die Integration von Maßnahmen; gleiches gilt für die Beratungen zur Gesundheitsförderung in Ottawa 1986 (URL 3) und zur Nachhaltigkeit in Rio de Janeiro 1992 (BMU o.J.) (vgl. Kap. 5.2.2).

Im Vorfeld der vierten Europäischen Ministerkonferenz Umwelt und Gesundheit 2004 entstanden die „Europäische Strategie für Umwelt und Gesundheit“ der Europäischen Union sowie der „Europäische Aktionsplan Umwelt und Gesundheit 2004-2010“ (EC 2003, 2004) (vgl. Kap. 5.2.3). Die EU-Strategie gibt dem Thema Integration einen hohen Stellenwert; sie diskutiert folgende sechs Aspekte: „Integration der Information“, „Integration der Forschung“, „weitere Aufnahme von Umwelt- und Gesundheitsfragen in andere Gemeinschaftsbereiche und Aktivitäten“, „Integrierte Kenntnisse des Schadstoffkreislaufs“, „Integrierte Intervention“ und „Einbeziehung aller Beteiligten“ (EC 2003). Verallgemeinert man das dritte genannte Teilthema zu „Integration der Ressortpolitiken“, so ergibt sich ein über die EU hinaus für Umwelt und Gesundheit breit anwendbarer Katalog von Integrationsaspekten. Unter Verwendung dieses Katalogs lassen sich einige der in den Buchabschnitten 2 bis 4 dargestellten Themen wie folgt bündeln:

- **Integration der Information:** Um einen Überblick über die Gesamtheit der Belastungen aus unterschiedlichen Quellen zu gewinnen und Möglichkeiten von Kombinations- und Wechselwirkungen überhaupt erst ins Blickfeld nehmen zu können, besteht ein Bedarf, Daten über Schadstoffe in allen bestehenden Umweltmedien einschließlich Stoffkreisläufen und im gesamten Ökosystem (Bio-indikatoren) sowie Gesundheitsdaten (epidemiologische und toxikologische Daten)

zu erfassen und miteinander zu verknüpfen. Hier unterstützen Strukturmodelle und das Konzept von Lebensbereichen (Kap. 1.5) die Integration von Einzelinformationen.

- **Integration der Forschung:** Die Analyse von Wirkungszusammenhängen erfordert eine Zusammenführung aktuellen, belastbaren Fachwissens aus Gesundheits- und Umweltwissenschaften, Medizin, Hygiene, Ökologie und ggf. weiteren Disziplinen. Selten reicht der Rückgriff auf den Wissensfundus und die Expertise einer Einzeldisziplin. Um die erforderlichen wissenschaftlichen Grundlagen zu schaffen, besteht ein Bedarf an verstärkter anwendungsbezogener und interdisziplinärer Forschung und Entwicklung. Wichtige Teilthemen betreffen die Zusammenfassung von Morbidität und Mortalität zu integrierten Maßzahlen, die Theorie und Praxis vergleichender Risikoanalysen und die Integration unterschiedlichster Teileinformationen in eine umfassende Folgenabschätzung.
- **Integration der Ressortpolitiken:** Zahlreiche Politikbereiche haben mittelbare oder unmittelbare Auswirkungen auf Gesundheit und auf Umwelt. Tragfähige Handlungskonzepte für den umweltbezogenen Gesundheitsschutz erfordern somit eine enge intersektorale Zusammenarbeit. Insbesondere sollten die verwandten Zielsetzungen integrierter Programme wirksamer verfolgt werden durch Aufzeigen von Gemeinsamkeiten und Unterschieden sowie durch Verständigung über gemeinsam nutzbare Konzepte und Lösungsansätze, bei Respektierung der Eigenarten und Traditionen der beteiligten Disziplinen und Sektoren. Hinzuweisen ist besonders auf den Verbraucherschutz als einen den Themen Umwelt und Gesundheit nahestehenden Sektor.
- **Integrierte Kenntnisse des Schadstoffkreislaufs:** Um nachgewiesene Schadstoffbelastungen, die für Gesundheit oder Umwelt schädlich sein können, wirksam zu vermindern oder ihr Entstehen zu vermeiden, sind Kenntnisse über ihre Ursachen notwendig. Hierzu bedarf es entsprechender Informationen über Stoffkreisläufe und ggf. auch tiefer liegender Ursachen im Sinne der „Driving forces“ des DPSEEA-Modells.

• **Integrierte Intervention:** Eine wirksame Intervention erfordert in aller Regel ein koordiniertes Vorgehen, das auf verschiedenen Ebenen ansetzt. Auch hierzu bedarf es der Integration verschiedener Politikbereiche. Hier bietet das Konzept der Lebensbereiche (Kap. 1.5) die Chance, in der Praxis ökologischer Prävention und Gesundheitsförderung Synergiepotenziale auszuschöpfen. Zu denken ist z.B. an Aktionen, die verwandte Themen gemeinsam aufgreifen und der Öffentlichkeit nahe bringen, dabei die Teilthemen gewichten, die bei Solitärbetrachtungen allfälligen Widersprüche vermeiden und für verbleibende Entscheidungen nützliche Anhaltspunkte liefern. Diese Einsicht findet in dem wachsenden Interesse an integrierten Programmen (vgl. Kap. 5.2.2) ihren Ausdruck, spiegelt sich aber auch in anderen Entwicklungen wieder. Schon das seit den 1980er Jahren eingeführte Verfahren der Umweltverträglichkeitsprüfung geht mit seinem Anspruch, die Auswirkungen einer Planungsmaßnahme umfassend zu analysieren und zu beschreiben, weit über eine isolierte monothematisch ausgerichtete Betrachtung hinaus (vgl. Kap. 2.9 und 3.5). Zur abgestimmten Intervention mehrerer Sektoren und Ebenen tragen auch gemeinsame Priorisierungen und Zielformulierungen bei.

• **Einbeziehung aller Beteiligten:** Insbesondere in Zeiten verstärkter Deregulierung sind die Möglichkeiten einer unmittelbaren Einflussnahme des Staates auf die Gesellschaft begrenzt. Im Bereich des umweltbezogenen Gesundheitsschutzes sind direkte Einflussmöglichkeiten in aller Regel auf die Gefahrenabwehr beschränkt. Darüber hinausgehende Zielsetzungen machen es erforderlich, auch nicht-staatliche Akteure und Interessengruppen in Konzeptentwicklungen für den umweltbezogenen Gesundheitsschutz einzubeziehen und auf einen Interessenausgleich hinzuwirken (Kap. 4.1).

5.2.2 Integrierte Programme

Über Teilespekte von Integration hinausgehend besteht für das Arbeitsfeld „Gesundheit und Umwelt“ ebenso wie für seine Nachbarbereiche ein Bedarf an umfassender Bündelung und Zusammenführung von Zielen, Analysen und gestaltenden Maßnahmen. Wie in Kap. 1.1 bis 1.4 dargestellt existieren verschiedene Programme, die ausdrücklich auf Integration zahlreicher Teilespekte abheben und sich daher als „integrierte“ (auch „integrierende“ oder „integrative“) Programme bezeichnen lassen. Hier werden zusammenfassend einige übergreifende Gesichtspunkte zu diesen Programmen behandelt¹.

Gemeinsamkeiten und Unterschiede

Soweit erkennbar, wurden Gemeinsamkeiten und Unterschiede integrierter Programme mit Bezug zu Umwelt und Gesundheit bisher nur selten untersucht. Als frühes Beispiel analysierte ein Konsortium unter Beteiligung von EU und WHO (ESCTS 1997) die Programme „Gesundheit für alle“ und „*Lokale Agenda 21*“. Hiernach sind die beiden Ansätze zwar komplementär bezüglich ihrer Schwerpunkte „Gesundheit“ und „Nachhaltigkeit“, die im jeweils anderen Programm nicht so deutlich aufscheinen. Fast völlige Übereinstimmung zwischen beiden Ansätzen wurde jedoch diagnostiziert für fünf weitere Grundprinzipien (Equity; Sustainability; Health promotion; Intersectoral action; Community involvement; Supportive environment; International action) und für sieben Aspekte des Ablaufes (Consider existing planning frameworks; Analysis of health, environmental and social conditions; Public consultation on priorities; Structures for intersectoral involvement; Vision; Long-term action plan with targets; Monitoring and evaluation) (a.a.O., p.47).

Eine Untersuchung über Gemeinsamkeiten und Kooperationsmöglichkeiten von „Gesunden Städten“ und *Lokaler Agenda 21* legte Stricker (1999) vor. Ausgehend von Dokumentenanalyse führte der Autor eine empirische Erhebung durch, um u.a. folgende Fragen zu beantworten: Welche Faktoren beeinflussen den Erfolg bzw. Misserfolg von Gesunde-Städte- und *Lokale Agenda 21*-Projekten? Welche Auswirkungen haben Gesunde Städte-Projekt und *Lokale Agen-*

da 21 auf die kommunale Gesundheitspolitik? Welche Möglichkeiten bestehen, um beide Konzepte zu integrieren? Die Ergebnisse dienten dem Autor auch als Grundlage, um Möglichkeiten zur Überwindung sektoraler Politikmuster zu diskutieren.

In einer Studie über die Leitkonzepte Gesundheitsförderung und nachhaltige Entwicklung aus multipler Perspektive untersuchten Trojan & Legewie (2001) u.a. das Gesunde Städte-Projekt und die *Lokale Agenda 21* besonders unter evaluativem Blickwinkel. Bilanzierend wird festgestellt, Forschung zur Evaluation komplexer Gesundheitsförderungspläne und -projekte sei dringend geboten. Auffällig sei, dass „Gesundheit“ in *Lokalen Agenda 21*-Programmen kaum einen eigenen Stellenwert habe, während von Gesunde Städte-Projekten zunehmend häufiger eine Verknüpfung mit den Agenda-Projekten aktiv angestrebt werde. Hierbei spielt auch eine Rolle, dass die *Agenda 21* zwar das jüngere Programm sei, gemessen an seiner Verbreitung jedoch als erfolgreicher zu bezeichnen sei (a.a.O., p.185). – Einen Vergleich der Planungsschritte bei drei verschiedenen integrierten Programmen nach Schlüsselementen führt MacArthur (2002) durch.

Wie die genannten Untersuchungen zeigen, lassen sich integrierte Programme in vielerlei Hinsicht vergleichen, so z.B. nach Entstehungskontext, Grundwerten, Zielsetzungen und Zielgruppen, Zeithorizont, Raumbezügen, eingesetzten Verfahren, Methoden und Werkzeugen, beteiligten Akteuren (Sektoren, Ebenen), Evaluationsverfahren usw. Eine umfassende und aktuelle Vergleichsanalyse liegt u.W. nicht vor. An dieser Stelle wird nur eine kleine Synopse gegeben.

Wichtige **Gemeinsamkeiten** zumindest der Mehrzahl der ausgewählten Programme betreffen Herkunft und Grundansatz sowie intersektorale und ebenenübergreifenden Charakter. Zumindest drei der Programme leiten sich direkt von **internationalen Konferenzen** und Vereinbarungen her. Im Nachgang zur Ottawa-Konferenz 1986 zur Gesundheitsförderung entstand das internationale Healthy-Cities-Projekt. Die UN-Konferenz für Umwelt und Entwicklung in Rio de Janeiro 1992 verabschiedete u.a. die *Agenda 21*, welche weltweit zur Aufstel-

Tabelle 5.2-1: Integrierte Programme für Gesundheit, Umwelt und Entwicklung, initiiert 1988 - 1999

Programmtitel	Basisdokument, ggf. Ursprungskonferenz	Zielsetzung
„Healthy City“ / International Healthy Cities Network, seit 1988 „Gesunde Stadt“ / Deutsches Gesunde-Städte-Netzwerk, seit 1989 (Kap. 1.1 und Vignetten)	Ottawa-Konferenz 1986: Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung (URL 3)	Umfassende Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden durch Gesamtpolitik, Gemeinschaftsaktionen, Schaffung gesundheitsförderlicher Lebenswelten, Vernetzung der Akteure und Entwicklung persönlicher Kompetenzen
Agenda 21, und Lokale Agenda 21, seit 1992 (Kap.1.2 und Vignetten)	UN Conference on Environment and Development 1992: Agenda 21 (BMU, o.J.), Teil I Soziale und wirtschaftliche Dimension, II Erhaltung und Bewirtschaftung natürlicher Ressourcen, III Stärkung der Rolle wichtiger Gruppen, IV Möglichkeiten der Umsetzung	Gesamtziel: Nachhaltigkeit, in ökologischer, ökonomischer und sozialer Hinsicht. Kap. 6 = Schutz und Förderung der Gesundheit, mit 5 Programmberächen, incl. Schutz anfälliger Gruppen, Reduzierung der durch Umweltverschmutzung bedingten Risiken
Aktionspläne (oder -programme) Umwelt und Gesundheit (APUG), National Environmental Health Action Plans (NEHAP), seit 1994 (Kap. 1.3)	2. Europäische Ministerkonferenz Umwelt und Gesundheit, Helsinki 1994: Europäischer Aktionsplan Umwelt und Gesundheit (WHO 1994); 3. Europäische Ministerkonferenz Umwelt und Gesundheit, London 1999: Zur Umsetzung der Pläne	Verbesserung des umweltbezogenen Gesundheitsschutzes durch Zusammenarbeit aller zuständigen Akteure, auch international
Bund-Länder-Programm „Stadtteile mit besonderem Entwicklungsbedarf – die Soziale Stadt“, seit 1999 (Kap. 1.4)	ARGEBAU: Leitfaden zur Ausgestaltung der Gemeinschaftsinitiative „Soziale Stadt“ (2. Fassung 2000). Programm-Vorläufer: herkömmliche Städtebauförderung, seit 1971	Benachteiligte Stadtteile nachhaltig zu selbständig lebensfähigen und lebenswerten Quartieren zu entwickeln und den dort lebenden Menschen Zukunftsperspektiven und neuen Lebensmut zu verschaffen

lung örtlich angepasster Programme als *Lokale Agenda 21* führte. Aufstellung und Umsetzung von Aktionsplänen Umwelt und Gesundheit gehen zurück auf die WHO-koordinierte Ministerkonferenz in Helsinki 1994 (vgl. Kap. 4.1). Inhaltlich sind alle betrachteten Programme, neben ihrem spezifischen Schwerpunkt, ausgerichtet auf **nachhaltige Entwicklung**; für die Agenda 21 ist die ökologische, ökonomische und soziale Nachhaltigkeit sogar das Leitmotiv. Im Sinne der fünf Dimensionen des ökologischen Quintetts sind die Programme übergreifend angelegt; sie beschränken sich also nicht z.B. auf ein einzelnes Umweltmedium oder eine einzelne gesundheitliche Wirkung. Gleichwohl bemühen sie sich um konkrete Aktivitäten in

Teilprojekten, die nach expliziter oder impliziter Priorisierung formuliert wurden. Wesentliches Ziel aller genannten Konferenzen war der Brückenschlag benachbarter **Sektoren** und unterschiedlicher administrativer **Ebenen**, wodurch eine Vielzahl von Akteuren ins Spiel kommt. Auch im Programm „Soziale Stadt“ arbeiten Bund, Länder und Gemeinden zusammen, und die intersektorale Kooperation ist wesentliches Anliegen. Alle diese Programme geben der **Bürgerbeteiligung** und der Beteiligung **nichtstaatlicher Organisationen** (NGOs) einen hohen Stellenwert.

Neben den Gemeinsamkeiten gibt es offenkundig auch wesentliche **Unterschiede** zwischen den genannten Programmen, z.B. hinsichtlich in-

Tab. 5.2-1, rechte Hälfte

Adressaten incl. Ebenen / Sektoren	Umfang, Koordination	Mechanismen, Infrastruktur	Evaluation
Städte und Gemeinden: Gesundheitssektor in Kooperation mit anderen Sektoren – inzwischen weitere Netzwerke wie „Gesunde Schulen“, „Gesunde Krankenhäuser“ u.a.	In Deutschland: 58 Städte (Juli 2003) Bundes-Koordinationsstelle	Internationale und deutsche Symposien seit 1990; Gesunde-Städte-Preise seit 1999; Kompetenzzentren; Gesundheitsberichte, -konferenzen, -ziele, -aktionsprogramme	Phasen I-III, international und (ansatzweise) in Deutschland (Trojan & Legewie 2001, pp.172-7)
Weltregionen (Baltische Agenda), Staaten, Bundesländer (z.B. Bayern-Agenda), Städte und Gemeinden (Lokale Agenda 21): alle Sektoren, meist unter Führung des Umweltsektors	National: 18 Länder; lokal: 6.416 politische Gremien in 113 Ländern; Deutschland: 2.427 von 13.579 kommunalen Gebietskörperschaften	UN Commission for Sustainable Development, Agenda-Beauftragte, Agenda-Büros, Agenda-Transferstelle in Bonn	Folgekonferenzen Rio + 5 in New York 1997, Rio + 10 in Johannesburg 2002; lokale Agenda 21 (Trojan & Legewie 2001, pp.182-5); 2nd Local Agenda 21 Survey (CSD 2002)
Staaten, Bundesländer, ggf. auch Städte und Gemeinden: Gesundheits- und Umweltsektor, in Kooperation mit anderen Sektoren	48 Staaten der WHO-Region Europa; Deutschland seit 1999 APUG Deutschland: BMG, BMU, BMVEL; Koordinierungsgruppe, Geschäftsstelle	APUG Deutschland: Kommissionen (Risiko-Kommission), Foren, Projekte. Ggf. Local Environmental Health Action Plans (LEHAPs), z.B. in Schweden	Evaluation durch WHO, 4. Europäische Ministerkonferenz Umwelt und Gesundheit, Budapest 2004
Städte und Gemeinden sowie Stadtteile, in Deutschland	300 Gebiete (davon 248 derzeit aktiv) in 214 Städten und Gemeinden Difu als Beratungs-, Informations- und Vermittlungsgesellschaft	Für jedes Programmgebiet: „Integriertes Handlungskonzept“ mit jährlicher Fortschreibung; dokumentierte Veranstaltungen, Internet-Foren	Programmbegleitung in 16 Modellgebieten, Good-practice-Analysen, Zwischenevaluation durch Difu

haltlicher Ausrichtung, sektoraler Bezüge, zeitlichem Startpunkt und verfügbaren Ressourcen (Tab. 5.2-1). Die **inhaltlichen Schwerpunkte** variieren folgendermaßen: Das Gesunde-Stadt-Projekt will Gesundheit fördern, indem es dieses Thema hoch auf die politische Tagesordnung setzt und eine Vielzahl gesellschaftlicher Sektoren auf ihre Gesundheitsbezüge aufmerksam macht. Das Programm Soziale Stadt will im städtischen Umfeld Benachteiligungen reduzieren und zur Schaffung gesunder und sozialer Lebensverhältnisse beitragen. Agenda 21 zielt, wie erwähnt, umfassend auf Nachhaltigkeit, während die Aktionsprogramme Umwelt und Gesundheit vorrangig eine Intensivierung von Gesundheits- und Umweltschutz an der Naht-

stelle der beiden Sektoren verfolgen. – Thematisch setzen die Aktionsprogramme Umwelt und Gesundheit (so auch das deutsche Programm) gegenwärtig einen deutlichen Schwerpunkt beim Thema „Kinder, Umwelt und Gesundheit“, um die bisher nur unzureichend berücksichtigte spezifische Vulnerabilität von Kindern gegenüber Umwelteinflüssen stärker zu beachten. Hierzu hatte eine Erklärung (Miami Declaration) der Umweltminister der G8-Staaten aus dem Jahre 1997 beigetragen, in der diese sich verpflichteten, den Schutz der Gesundheit von Kindern vor Umwelteinflüssen zu intensivieren („Environmental Leaders‘ Summit“ 1997, URL 4). Parallel formierte sich auf der NGO-Ebene ein internationales Netzwerk für Kindergesundheit,

Umwelt und Sicherheit (International Network on Children's Health, Environment and Safety, INCHEs; vgl. von den Hazel 2000). Eine solche prägnante Schwerpunktsetzung ist bei den anderen integrierten Programmen nicht zu verzeichnen.

Hinsichtlich **sektoraler Bezüge** hat das Gesunde-Städte-Projekt den Gesundheitssektor zum Startpunkt, der mit anderen Sektoren in Verbindung tritt. Die Aktionsprogramme Umwelt und Gesundheit betreffen gleichberechtigt zunächst die zwei im Programmnamen genannten Sektoren, wobei enge Verbindungen auch zum Verbraucherschutz bestehen (s. Kap. 5.1.2). Für das Programm Soziale Stadt bestehen besonders enge Verbindungen zur Stadtentwicklung. *Agenda 21* umfasst, trotz häufig vorgenommener organisatorischer Anbindung an den Umweltsektor, dem Anspruch nach alle gesellschaftlichen Sektoren und ist teilweise – z.B. in NRW – ein zentrales Rahmenkonzept von Landespolitik. **Zeitlich** sind die Aktionsprogramme Umwelt und Gesundheit deutlich später entstanden als die Gesundheitsförderungs- oder Nachhaltigkeitsprogramme. Die Verbreitung der verschiedenen Programme variiert deutlich. Nahezu alle Länder der europäischen Region der WHO haben mittlerweile Aktionsprogramme Umwelt und Gesundheit verabschiedet, während lokale Aktionspläne und lokale Projekte bisher nur sporadisch anzutreffen sind. Außerordentlich große Verbreitung auf Ebene der Städte, Kreise und Kommunen hat die Lokale Agenda 21 gefunden. Nur das Programm „Soziale Stadt“ weist ein nennenswertes **Fördervolumen** auf. Die anderen Programme sind weitgehend appellativ ausgerichtet und bauen in erster Linie auf den Idealismus der beteiligten Institutionen und Personen.

Möglichkeiten und Grenzen

Spontan findet die Idee integrierter Programme wegen der Chancen, die sie offenkundig bieten, oftmals positive Resonanz. Zu den Potenzialen gehören folgende Aspekte. In den integrierten Programmen finden Akteure, deren Arbeitsbereiche Berührungen aufweisen, oftmals zum ersten Mal einen Rahmen für systematisches Kennenlernen sowie Aufbau und Pflege von **Kooperationen**. Neben verbesserter Kenntnis

wechselseitiger Aufgaben, Ressourcen usw. wächst im günstigen Fall auch das wechselseitige Verständnis für die Eigenarten der verschiedenen Akteure und die Chancen erfolgreicher Zusammenarbeit. Durch die thematisch breite Anlage bieten integrierte Programme zumindest theoretisch einen geeigneten Rahmen für Bemühungen um explizite **Priorisierungen**, unter Beteiligung zahlreicher Gruppen und Berücksichtigung einer Vielzahl unterschiedlicher Gesichtspunkte. Der dem Anspruch nach systematische Ansatz der integrierten Programme kann dazu beitragen, dass die begrenzten Ressourcen auf diejenigen Problemfelder gelenkt werden, die sich in gesellschaftlicher Konsentierung als die vordringlichsten darstellen. Die Prioritätensetzung geht dabei von der fachlichen Bestandsaufnahme aus, lässt aber zu, dass im Diskurs z.B. aufgrund andersartiger Risikowahrnehmungen oder -bewertungen von der fachlichen Priorisierung abweichende Entscheidungen eine größere Zustimmung finden. Auf diese Weise kann eine anspruchsvolle, konsensfähige Priorisierung erfolgen.

Zwar können integrierte Programme keine Kapazitätsengpässe beheben, aber sie können zu effizienter Arbeitweise und zu **Synergien** führen. Auf der Ebene fachlicher Bewertung lässt sich Doppelarbeit infolge fehlender Koordination vermeiden durch Methoden- und Erfahrungs-Transfer, auf der Handlungsebene dadurch, dass sich durch Partizipation öffentliche Unterstützung erzielen und gesellschaftliche Kräfte aktivieren lassen. Insgesamt unterstützt die systematische Betrachtung der verschiedenen Handlungsoptionen das Ziel, das wirksamste Bündel entsprechender Maßnahmen umzusetzen. Für analytische Aufgaben der Lagebeschreibung und -bewertung ist in erster Linie an Kooperationsbeziehungen mit dem Forschungssektor zu denken; für Strategieentwicklung und Umsetzung stehen die Kooperationsstrukturen innerhalb des politisch-administrativen Bereiches im Mittelpunkt. Eine spezifische Rolle können integrierte Programme für die Verdeutlichung und auch für die Überwindung von Konflikten im Themenfeld Umwelt und Gesundheit spielen. Integrierte Programme können solche Zielkonflikte nicht beseitigen. Sie bieten für Versuche der **Konfliktminderung** jedoch zumindest eine

günstige Ausgangsposition, indem sie dazu beitragen, einen rationalen und transparenten gesellschaftlichen Meinungsbildungsprozess zu strukturieren und in kooperativer Grundstimmung Kompromisslösungen zu erleichtern.

Integrierte Programme weisen auch **Nachteile** auf. So laufen sie stets Gefahr, im Unverbindlichen stecken zu bleiben bzw. in der Vielzahl von Optionen „unterzugehen“. Bedingt durch unterschiedlichste Faktoren besteht manchmal weder Neigung noch Gelegenheit, die besonderen Chancen und Risken dieser Ansätze zu reflektieren oder die sich bietenden Möglichkeiten systematisch zu nutzen. Ohne theoretische Durchdringung und strategische Orientierung jedoch kann ein integrierter Programmansatz durchaus sein Ziel verfehlen. Oftmals bleibt die Praxis weit hinter den Erwartungen zurück, denn hier stellen sich Aufgaben, für welche die Beteiligten nicht immer adäquat präpariert sind: fachgerechte Situationsanalyse, Überwindung intersektoraler Interessen- und Zielkonflikte, einvernehmliche Priorisierung, Entwicklung von Leitbildern und Operationalisierung konkretisierter Zielvorstellungen, Initiierung und Umsetzung von Maßnahmen sowie auch Prozess- und Ergebnisevaluation. Insbesondere lassen sich folgende Schwächen integrierter Programme beobachten: **Themenwahl und Priorisierungsprozesse** verlaufen oftmals nicht ganz überzeugend. Generell fehlen hier Ansätze, die ausreichend anspruchsvoll und gleichzeitig praktikabel für die Auswahl und Priorisierung von Teilthemen sind. Auf der lokalen Ebene ist für Umwelt und Gesundheit die Integration häufig unzureichend entwickelt. Gerade hier bleibt eine das praktische Handeln begründende **Sachstandsanalyse**, wenn sie überhaupt erfolgt, häufig hinter den Möglichkeiten zurück, die sich z.B. aus einer Nutzung von Monitoring- und Surveillance-Systemen mit geeigneten Indikatoren in quantitativer Analyse ergäben.

Insbesondere auf **lokaler Ebene** ist eine systematische Zusammenarbeit zwischen den Sektoren Umwelt und Gesundheit bisher noch wenig entwickelt. Zwar gibt es im Rahmen des Gesunde Städte-Projektes und der *Lokalen Agenda 21* zahlreiche Beispiele für die Implementierung integrierter Programme auf lokaler Ebene. Diese in der primären Verantwortung

eines einzelnen Ressortbereiches liegenden Programmaktivitäten stehen bisher jedoch oftmals unverbunden nebeneinander und werden dem Anspruch auf ein koordiniertes Vorgehen noch nicht wirklich gerecht. Seit der Dritten Europakonferenz „Umwelt und Gesundheit“ in London 1999 wurden auch in der Bundesrepublik Deutschland von Bund und Ländern Initiativen eingeleitet, die auf verbesserte Kooperationen zwischen beiden Ressortbereichen abzielen. Die sich anbietende Verbindung zu örtlichen, regionalen und überregionalen **Planungsprozessen** unterbleibt häufig, und die Chancen der Mitwirkung an Planungen z.B. durch prospektive Verträglichkeitsprüfung werden teilweise unzureichend oder gar nicht genutzt; ungünstigenfalls fallen die wichtigen Entscheidungen ohne Beteiligung der integrierten Programme, während diese sich womöglich nur mit Teilaufgaben von marginaler Bedeutung befassen.

Integrierte Programme sind neuartige, in aller Regel mit Zusatzaufwand verbundene Instrumente, deren Einsatz möglichst einer externen, zumindest aber einer internen **Evaluation** unterzogen werden sollte. In der Praxis scheinen solche Evaluationen nicht in der gewünschten Regelmäßigkeit stattzufinden. Im ungünstigsten Fall dienen die Aktivitäten unter der Überschrift eines integrierten Programmes gar nicht den deklarierten Zielen, sondern z.B. zur Ablenkung von bestehenden Problemen oder zur Verfolgung partikularer Interessen.

Forschungs- und Entwicklungsbedarfe

Um integrierte Programme erfolgreich aufzustellen und durchzuführen bedarf es neuer konzeptioneller und methodischer Werkzeuge sowie einer intensiven fachlichen Unterstützung. Insbesondere durch die Zusammenarbeit unterschiedlicher Disziplinen, Sektoren und Ebenen bei integrierten Programmen entstehen höhere Anforderungen an die thematische Strukturierung sowie an die Plausibilität der Handlungsplanung. Für Forschung und Entwicklung sind folgende Schwerpunkte absehbar:

- Gerade bei Orientierung auf praktisch brauchbare Ergebnisse ist auch eine tiefere **theoretische Durchdringung** der Gemeinsamkeiten, Unterschiede, Stärken und Schwächen der integrierten Programme von großem Wert.

Um die für ökologische Prävention und Gesundheitsförderung durch die integrierten Programme sich bietenden Möglichkeiten konsequenter als bisher auszuschöpfen, sollten Struktur und Dynamik dieser Programme vertiefend analysiert werden.

- Zur prägnanten Strukturierung der Themen und Inhalte können Struktur- und Systemmodelle beitragen (Kap. 1.5), zur Handlungsplanung die Public Health-Aufgabentrias, die sich bei hier allen behandelten Programmen einsetzen lässt (Kap. 1.6). Solche **strategischen Methoden und Werkzeuge** sollten in einem ersten Schritt analysiert und bewertet werden; in einem weiteren Schritt sollten Weiterentwicklung und Anpassung für eine systematische und erfolgreiche Beteiligung der unterschiedlichen Sektoren und Ebenen an den integrierten Programmen erfolgen. Eine Teilaufgabe besteht in der Ergänzung ordnungsrechtlicher durch dialogorientierte Handlungsinstrumente.
- Insbesondere sollten die Methoden **vergleichender Risikoanalysen** und geeignete (z.B. semi-quantitativer) **Priorisierungsmethoden** zur Entscheidungsvorbereitung im Rahmen integrierter Programme erkundet werden, weil hier die wesentlichen Entscheidungskriterien transparent und übersichtlich gegenübergestellt werden. Besonderes Augenmerk muss der Einbindung von „Gesundheit und Umwelt“ in die Formulierung von Gesundheits- und Umweltzielkatalogen gelten.
- Die sich abzeichnende Schwerpunktverlagerung von einem unmittelbaren Fachbezug, der in erster Linie auf die Risikobewertung einzelner Noxen abzielte, hin zur **Mitgestaltung von Lebensbereichen** verlangt – z.B. für den öffentlichen Gesundheitsdienst – komplexere Kooperations-, Kommunikations- und Managementstrukturen als bisher üblich (vgl. Kap. 5.3).
- Auf der Basis der Public Health-Aufgabentrias sollten Diskussion und Konsensbildung über die Schwerpunkte, Schnittstellen und Evaluationen der **Beiträge aller Akteure** erfolgen. Für erfolgreiche Teilnahme am Prozess ist eine qualifizierte Handhabung von Managementmethoden erforderlich. Einstiegswege für erfolgreiche Kooperation,

z.B. gemeinsames Verfassen lokaler Berichte zu Gesundheit und Umwelt, sollten erprobt werden. Geeignete Formen der Arbeitsteilung zur Mitwirkung an Planungen sollten erkundet werden.

- Die systematische Verbindung integrierter Programme bietet Vorteile, darunter die Zusammenführung unterschiedlicher Erfahrungen, die Bündelung von Ressourcen, die Vermeidung von Konfusion bei Adressaten und ggf. auch eine Potenzierung der Wirkung; daher sollten die Möglichkeiten von **Programmvernetzung** systematisch erkundet werden.
- Besonders im Rahmen breit angelegter Programme kann auf **Evaluation und Erfolgskontrollen** nicht verzichtet werden, um frühzeitig auf einen ggf. bestehenden Anpassungsbedarf aufmerksam zu werden und entsprechende Korrekturen vorzunehmen.
- **Aus-, Fort- und Weiterbildungsangebote** sollten mit Blick auf die Mitwirkung an integrierten Programmen angepasst werden.

5.2.3 EU-Aktionsplan Umwelt und Gesundheit 2004-2010 als Integrationschance

Zehn Jahre nach Veröffentlichung des „Aktionsplans Umwelt und Gesundheit für Europa“ der WHO (1994) hat die Europäische Kommission ihren „Europäischen Aktionsplan Umwelt und Gesundheit 2004-2010“ (EC 2004) vorgelegt. Trotz der ähnlich klingenden Bezeichnungen² ist hierin ein wesentlicher Fortschritt zu sehen. Im Unterschied zu dem WHO-Aktionsplan, der für die Mitgliedstaaten der Europäischen WHO-Region lediglich einen appellativen und selbstverpflichtenden Charakter hat, kommt dem EU-Aktionsplan, wenn auch regional in seiner Gültigkeit auf die Mitgliedstaaten der EU beschränkt, in seinen Auswirkungen eine weitaus größere Verbindlichkeit zu. Auch wenn es sich vorläufig nur um ein Aktionsprogramm der Europäischen Kommission selbst handelt, ist davon auszugehen, dass im Zuge der Umsetzung und Konkretisierung dieser Programmatik Entscheidungen

Tabelle 5.2-2: Vorgesehene Aktionen des „Europäischen Aktionsplans Umwelt und Gesundheit 2004 - 2010“ der EU (EC 2004) samt Zuordnung zur Public Health-Aufgabentrias

Aktion	Element der Public Health-Trias
Verbesserung des Informationsflusses	
Aktion 1: Entwicklung umweltbezogener Gesundheitsindikatoren	Analyse
Aktion 2: Entwicklung einer integrierten Überwachung der Umwelt einschließlich der Lebensmittel zur Feststellung der einschlägigen Exposition des Menschen	Analyse
Aktion 3: Entwicklung eines konsequenten Konzeptes für die biologische Überwachung in Europa	Analyse
Aktion 4: Verbesserte Koordinierung und gemeinsame Tätigkeiten auf dem Gebiet Gesundheit und Umwelt	Umsetzung
Schließung der Wissenslücken	
Aktion 5: Integration und Stärkung der europäischen Umwelt- und Gesundheitsforschung	Umsetzung
Aktion 6: Gezielte Forschung zu den Themen Krankheiten, Störungen und Expositionen	Analyse
Aktion 7: Entwicklung methodischer Systeme zur Analyse der Wechselwirkungen zwischen Umwelt und Gesundheit	Analyse
Aktion 8: Gewährleistung der Ermittlung und Bekämpfung möglicher Risiken für Umwelt und Gesundheit	Umsetzung
Überprüfung der Politik und Verbesserung der Kommunikation	
Aktion 9: Entwicklung von Maßnahmen zur öffentlichen Gesundheit und Zusammenführung von Determinanten der Gesundheit in Abhängigkeit von der Umwelt über das Programm zur öffentlichen Gesundheit	Strategieentwicklung
Aktion 10: Förderung der Ausbildung von Fachleuten und Verbesserung der organisatorischen Kapazität in den Bereichen Umwelt und Gesundheit	Umsetzung
Aktion 11: Koordinierung der laufenden Maßnahmen zur Risikominderung und Konzentration auf die wichtigsten Krankheiten	Umsetzung
Aktion 12: Verbesserung der Luftqualität in Innenräumen	Strategieentwicklung
Aktion 13: Beobachtung der Entwicklungen in Bezug auf elektromagnetische Felder	Analyse

entstehen, die von den EU-Mitgliedstaaten verbindlich umzusetzen sind. Der EU-Aktionsplan dürfte somit wesentliche Auswirkungen auf die Weiterentwicklung des Fachgebietes „Umwelt und Gesundheit“ in ganz Europa haben.

Der EU-Aktionsplan baut auf der langfristig angelegten „Europäischen Strategie für Umwelt und Gesundheit“ (EC 2003) auf, für die folgende Ziele genannt worden sind: Verminderung der durch Umweltfaktoren in der EU bedingten Gesundheitsbelastungen; Ermittlung und Prävention neuer Gesundheitsgefahren, die durch Umweltfaktoren hervorgerufen werden; Verbesserung der EU-Politik in diesem Bereich. Die Kommission versteht sich dabei als Katalysator und Schaltstelle und setzt sich dafür ein, dass

die Themen Umwelt und Gesundheit in Europa mehr Gewicht erhalten. In Erweiterung bisheriger monothematischer Betrachtungsweisen und Handlungsansätze bildet der Aspekt der „Integration“ mit seinen verschiedenen Facetten (vgl. Kap. 5.2.1) das Schlüsselement der EU-Strategie. Der ein Jahr später zur Vierten Europakonferenz „Umwelt und Gesundheit“ vorgelegte EU-Aktionsplan mit einem Geltungsbereich von 2004 bis 2010 ist lediglich die erste Phase der Umsetzung und Konkretisierung der langfristig angelegten Strategie. Schon diese zeitliche Dimensionierung macht die weit reichende Bedeutung deutlich und unterstreicht insbesondere, dass das Schlüsselkonzept der „Integration“

tion“ die weitere Entwicklung des Fachgebietes nachhaltig prägen wird.

Entsprechend der Public Health-Trias (Kap. 1.6) konzentriert sich der EU-Aktionsplan als erste Phase der langfristig angelegten Strategie auf den Aspekt der Bestandsaufnahme. Aktivitäten auf dem Gebiet der Strategieentwicklung und Umsetzung sind von der Systematik her primär späteren Phasen vorbehalten, sind ansatzweise aber auch schon im vorliegenden Aktionsplan repräsentiert. Der Aktionsplan umfasst insgesamt 13 Aktionen auf den Gebieten Verbesserung des Informationsflusses zum Verständnis der Zusammenhänge zwischen Verschmutzungsquellen und gesundheitlichen Auswirkungen (Aktionen 1-4); Füllen von Wissenslücken durch Stärkung der Forschung und Behandlung der neuen Fragen auf dem Gebiet Umwelt und Gesundheit (Aktionen 5-8) sowie Überprüfung der politischen Konzepte und Verbesserung der Kommunikation (Aktionen 9-13). Die Aktionen im Einzelnen sowie ein Versuch zu ihrer Zuordnung zu der Public Health-Trias findet sich in Tab. 5.2-2.

In der weiteren Entwicklung sollte darauf geachtet werden, dass die Aktionen im Rahmen des EU-Aktionsplans in geeigneter Weise mit Aktionsprogrammen auf nationaler, regionaler und lokaler Ebene verzahnt werden, um Synergiegewinne zu erzielen. Anknüpfungspunkte bieten sich auch deshalb, weil der EU-Aktionsplan wie auch z.B. das deutsche Aktionsprogramm (vgl. Kap. 1.3) und der auf der Vierten Europakonferenz verabschiedete „Aktionsplan zur Verbesserung von Umwelt und Gesundheit der Kinder in der Europäischen Region“ (URL 1) einen besonderen Schwerpunkt auf Kinder setzt. Zuvor war das Thema „Kinder, Umwelt und Gesundheit“ bereits auf der Dritten Europakonferenz (London 1999) aufgegriffen worden und hat im Gefolge in einem gemeinsamen Bericht der Europäischen Umweltagentur und des Regionalbüros der WHO zu einer umfassenden Bestandsaufnahme (Tamburlini, von Ehrenstein, Bertollini 2002) geführt. In Deutschland bildete das Thema Kindergesundheit und Umwelt auch schon in der ersten Phase des Aktionsprogramms einen Themenschwerpunkt und war Gegenstand eines fachlichen Symposiums (RKI 2001) sowie

eines auf die allgemeine Öffentlichkeit ausgerichteten Forums (BfS 2001).

5.2.4 Ausblick

Eine umfassende Betrachtung, wie sich integrierte Programme in dominante gesellschaftliche Entwicklungen („Megatrends“) einordnen, ist an dieser Stelle nicht möglich. Jedoch schon bei Betrachtung aus der „Vogelschau“ deutet sich an, dass diese Programme in mehrfacher Hinsicht mit anderen gesellschaftlichen Entwicklungen harmonieren. Der gesellschaftliche Trend zur Deregulierung kommt der Implementierung integrierter Programme entgegen, denn der weitgehende Verzicht auf das ordnungsrechtliche Eingreifen erfordert kompensatorisch eine stärkere Zusammenarbeit zwischen den relevanten gesellschaftlichen Gruppen und staatlichen Einrichtungen. Ebenso finden stärkere Eigenverantwortlichkeit der BürgerInnen, Stärkung von Informations- und Persönlichkeitsrechten sowie Mitwirkungsmöglichkeiten in der Zivilgesellschaft in dem Partizipationsgedanken der integrierten Programme ihren Niederschlag.

Insoweit ist anzunehmen, dass die integrierten Programme für absehbare Zukunft ihren Stellenwert behalten werden. Dieses geöffnete „Window of opportunity“ gilt es für Umweltschutz, Prävention und Gesundheitsförderung konsequent zu nutzen. Andererseits stellen Konzepte und Methoden ökologischer Prävention und Gesundheitsförderung ihrerseits auch für die allgemeiner ansetzenden integrierten Programme wertvolle Bausteine dar, so dass Chancen für wechselseitigen Vorteil bestehen.

Im europaweiten Prozess „Umwelt und Gesundheit“ sind viele Konzepte und Methoden ökologischer Prävention und Gesundheitsförderung systematisch angelegt. Die Schwerpunktsetzung auf die spezielle Bevölkerungsgruppe der Kinder kommt einer Betrachtung von (hier speziell kinderbezogenen) Lebensbereichen entgegen und vermeidet eine primär noxenbezogene Betrachtungsweise. Der gemeinsame Bericht der Europäischen Umweltagentur und der WHO (Tamburlini, von Ehrenstein, Bertollini 2002) lässt sich als ein Anwendungsbeispiel

der Public Health-Trias deuten: ausgehend von einer gründlichen Bestandsaufnahme wird hier eine Diskussion zur Strategieentwicklung initiiert, über die in weiteren Schritten ein Konsens hergestellt werden muss, um auf dieser Grundlage Umsetzungsschritte einzuleiten. Die vorgeschlagenen Maßnahmen passen gut zur Philosophie integrierter Programme und beziehen beispielsweise Betrachtung spezieller Settings, Optimierung der Risikoabschätzung, Unsicherheitsanalyse und Anwendung des Vorsorgeprinzips, Surveillance und Indikatorenbildung sowie umfassende Partizipation systematisch ein.

19 Jahre nach Verabschiedung der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung, 16 Jahre nach der ersten Europäischen Ministerkonferenz Umwelt und Gesundheit und 13 Jahre nach dem Umweltgipfel in Rio de Janeiro liegt ein weites Spektrum ausgezeichneter Ideen und konkreter Ansätze vor. Gleichzeitig gibt der Entwicklungsstand ökologischer Prävention und Gesundheitsförderung im lokalen und regionalen Alltagshandeln keinerlei Anlass, die Aufgaben als erledigt anzusehen. Die vorhandenen gesundheits- und umweltwissenschaftlichen Denk- und Handlungsansätze müssen sich weiterentwickeln, um auf neue Situationen kompetent und zügig zu reagieren. Nur so können sich die Protagonisten für „Gesundheit und Umwelt“ im Spiel der zahlreichen Kräfte behaupten und die Ziele von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung umfassend verfolgen. Wie gezeigt, machen integrierte Programme die herkömmlichen monothematischen Ansätze nicht überflüssig sondern ergänzen sie. Im günstigen Fall kann diese Ergänzung durchaus bedeutsam ausfallen. Vielleicht werden die integrierten Programme im späteren historischen Rückblick auf den Anfang des 21. Jahrhunderts als innovative, bemerkenswerte Bemühungen auch um „Gesundheit und Umwelt“ erkennbar bleiben.

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.

BfS / Bundesamt für Strahlenschutz (Hrsg.) (2002): Forum Kinder-Umwelt und Gesundheit. 23. und 24. November 2001 in München. Bundesamt für Strahlenschutz, München.

BMU / Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz und Reaktorsicherheit (Hrsg.) (ohne Jahr): Konferenz der Vereinten Nationen für Umwelt und Entwicklung im Juni 1992 in Rio de Janeiro. Dokumente. Agenda 21. BMU, Bonn.

CSD / Commission on Sustainable Development (2002): Second Local Agenda 21 survey. Background Paper No. 15, DESA/DSD/PC2/BP15, www.iclei.org/rioplusten/final_document.pdf, Zugriff: 20.10.2004.

EC / Kommission der Europäischen Gemeinschaften (2003): Eine europäische Strategie für Umwelt und Gesundheit. Mitteilung der Kommission an den Rat, das Europäische Parlament und den Europäischen Wirtschafts- und Sozialausschuss. KOM (2003) 338 endgültig. http://europa.eu.int/eur-lex/de/com/cnc/2003/com2003_0338de01.pdf, Zugriff: 14.9.2004.

EC / Kommission der Europäischen Gemeinschaften (2004): Der Europäische Aktionsplan Umwelt und Gesundheit 2004-2010. KOM (2004)416 endgültig. Teil I. http://europa.eu.int/comm/environment/health/pdf/com2004416_de.pdf, Zugriff: 14.9.2004. Technische Anhänge zur Mitteilung der Kommission über den Europäischen Aktionsplan Umwelt und Gesundheit 2004-2010. KOM (2004)416 endgültig. Teil II. http://europa.eu.int/comm/environment/health/pdf/com2004416_tech_an_de.pdf, Zugriff: 14.9.2004.

ESCTC / European Sustainable Cities & Towns Campaign, European Commission DG XI, World Health Organisation Regional Office for Europe, Healthy Cities Network (1997): Sustainable development and health: concepts, principles and frameworks for action for European cities and towns. European Sustainable Development and Health Series, No. 1, EUR/ICP/POLC060305a, Copenhagen, DK.

Hazel, P. van den (2000): Internationales Netzwerk für Kindergesundheit. Umwelt und Sicherheit. In: Bilger, J., Petersen, E. (Hrsg.): Kinder-Gesundheit. Mabuse-Verlag, Frankfurt, pp. 75-85.

MacArthur, I. (2002): Local environmental health planning. Guidance for local and national authorities. WHO Regional Publications, European Series, No. 95. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, DK.

RKI / Robert Koch-Institut und Deutsche Akademie für Kinderheilkunde und Jugendmedizin (Hrsg.) (2001): Kinderumwelt und Gesundheit. Status – Defizite

- Handlungsvorschläge. Symposium Potsdam 2001. Robert Koch-Institut, Berlin.
- Stricker, S. (1999): Das Gesunde-Städte-Projekt der WHO und die Lokale Agenda 21. Gemeinsamkeiten und Kooperationsmöglichkeiten. Diplomarbeit an der Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Bielefeld.
- Tamburlini, G., von Ehrenstein, O., Bertollini, R. (2002): Children's health and environment: A review of evidence. A joint report from the European Environment Agency and the WHO Regional Office for Europe. EEA, Copenhagen, DK.
- 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/M.
- WHO / World Health Organization (1994): Aktionsplan Umwelt und Gesundheit für Europa. Zweite Europakonferenz Umwelt und Gesundheit, Helsinki, Finnland, 20.-22. Juni 1994. WHO EUR/ICP/CEH 212(A).

URL 1: <http://www.who.dk/document/e83335g.pdf>,
Zugriff 16.09.2004.

URL 2: <http://www.who.dk/document/e83338g.pdf>,
Zugriff 16.09.2004.

URL 3: http://www.apug.de/archiv/pdf/ottawa_charta.pdf,
Zugriff 17.09.2004.

URL 4: <http://www.g8.utoronto.ca/environment/1997miami/children.html>, Zugriff 17.09.2004.

Endnoten

¹Eine in den Jahren 2001 und 2002 durchgeführte Serie abgestimmter Workshops und Symposien zum Thema „Integrierte Programme zu Gesundheitsförderung, Umweltschutz und Entwicklungsplanung“ hatte zum Ziel, die Gemeinsamkeiten und Unterschiede integrierter Programme zu analysieren sowie die programmübergreifende Zusammenarbeit zu fördern. Vorbereitet von der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld in Kooperation mit dem Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (lögD) NRW erfolgten Beiträge bei einschlägigen Fachgesellschaften und Fachtagungen (www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ehp/, Zugriff: 12.9.2004). Gegenwärtig wird dieses Anliegen in modifizierter Form fortgesetzt, u.a. durch Aktivitäten des Arbeitskreises Gesundheitsfördernde Stadt- und Gemeindeentwicklung (AG GSE) beim Verein für Kommunalwissenschaften (www.vfk.de/aggse, Zugriff: 12.9.2004).

²In fachlichen Diskussionen wurde bisher auf den WHO-Aktionsplan häufig mit dem Begriff „Europäischer Aktionsplan“ Bezug genommen. Um in Zukunft mögliche Verwechslungen zwischen den beiden Aktionsplänen zu vermeiden, sollten die Programme mit ihren präzisen Namen oder in Kurzform mit „WHO-Aktionsplan“ bzw. „EU-Aktionsplan“ bezeichnet werden.