

# Saubere Luft:

## Herausforderung für das Gesundheitsamt

### Möglichkeiten des ÖGD zur Verbesserung der Luftqualität als Beitrag zum **gesundheitsbezogenen Umweltschutz** und **sozialen Gesundheitsschutz**

Studienarbeit an der Universität Gh Kassel SS 1993

Bearbeiterin: Gerda Pfahl

Betreuer: Dipl. Met. Lutz Katzschner

### Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis .....	1
1. Einleitung .....	4
1.1. Gesundheitswesen .....	4
Der öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) .....	4
ÖGD wird nicht ernst genommen .....	5
1.2. Was ist Gesundheit? .....	5
Neue Definition aus der Streßforschung .....	6
1.3. Luftreinhaltung als Gesundheitsschutz .....	6
Umweltpolitik als Gesundheitspolitik .....	7
1.4. Umweltschutz: Aufgabe des ÖGD seit 1935 .....	7
Unsere Städte könnten anders aussehen .....	8
2. Beschreibung von sinnvollen Aufgabenfeldern zur Verbesserung der Luftqualität .....	8
2.1. Allgemeine Aufgaben des ÖGD der Zukunft .....	8
Aufgabenwandel in klassischen Arbeitsgebieten .....	8
Innovation im ÖGD .....	8
Gesundheitsvorsorge (Prävention) .....	9
Gesundheitsvorsorge als Pflichtaufgabe .....	9
Gesundheitsbezogener Umweltschutz (Umwelthygiene) .....	9
2.2. Messen .....	10
Meßwerte fehlten für Anordnungen .....	11
Fragestellung bei Messung ist entscheidend .....	11
Gesundheitsamt braucht aussagekräftige Befunde .....	11
Luftreinhaltprogramme im ländlichen Raum fehlen .....	11
Innenraum- und Außenluft .....	12
Welche Laborleistungen durch das Gesundheitsamt? .....	12
Meteorologie .....	12
Luftqualitätsdaten als kommunale Planungsgrundlagen .....	13
Umwelt- und Gesundheitsmonitoring .....	13
Umweltsurvey .....	14
2.3. Berichten .....	15
2.3.1. Traditionelle Sichtweise .....	15
2.3.2. Neuere Möglichkeiten erfordern neue Informationsaufarbeitung .....	15
Umweltberichte und -programme .....	15
Gesundheitsberichte .....	16
Über Luft: Nichts vorhanden zum Berichten .....	16
Wohin mit den Daten über die Luft? .....	16
2.3.3. Gesundheitsberichterstattung (GBE) .....	16
Gesundheitsinformationssystem .....	17
Gesundheitsrelevante Informationen .....	17
2.3.4. Bundesebene: Berichtswesen allgemein .....	17
Bundesimmissionsschutzbericht .....	18

2.3.5. Landesebene: Derzeitige Ländergesundheitsberichte .....	19
Berichtswesen in Hessen .....	19
Mängel bei der Gesundheitsberichterstattung .....	20
Konzeption der zukünftigen Landesberichte .....	20
2.3.6. Datenerhebung .....	21
Schwierigkeiten bei der Datenerhebung .....	21
Daten über die Morbidität .....	21
Möglichkeiten der Datenerhebung .....	21
Bedeutung der Datenerhebung für die GBE .....	22
2.3.7. Kommunale Berichte .....	22
Konzeption der kommunalen GBE .....	22
Warum Regionalisierung der Darstellung? .....	23
Modell der GRÜNEN zur kommunalen GBE .....	24
Schwierigkeiten beim Aufbau einer kommunalen GBE .....	25
Aussichtsreiches Vorgehen zum Aufbau einer kommunalen GBE .....	25
GBE : Grundlage für Vorsorgeplanung .....	25
Mit kleinen Schritten zum Ziel .....	25
Einstieg durch Schuleingangsuntersuchungen .....	25
2.4. Fördern .....	26
2.4.1. Entstehung der Gesundheitsförderung .....	26
Gesetzliche Grundlage .....	26
2.4.2. International: Ottawa Charta der WHO .....	26
WHO und Ziel der Regionalstrategie .....	26
WHO-Projekt "Gesunde Städte/Kreise" .....	27
2.4.3. Nationale Gesundheitsförderung .....	27
Eigene Einsicht und Gesundheitsförderung (Verhaltensprävention) .....	27
Zwölf Thesen zur kommunalen Gesundheitsförderung .....	28
Kommunale Gesundheitsförderung und Luftreinhaltung .....	28
Gesundheitsamt und Gesundheitsförderung .....	29
2.4.4. Gemeindenahe Prävention und Gesundheitsförderung .....	29
2.4.5. Soziale Stützsysteme und Gesundheit .....	29
Förderung des informellen Bereichs .....	30
Selbsthilfebewegung als 4.Säule des Gesundheitswesens .....	30
Selbsthilfegruppen gegen Risikofaktoren .....	30
Unterstützung der Bürgerinitiativen .....	30
2.5. Beraten .....	30
2.6. Forschen .....	31
Sozialepidemiologie .....	31
2.7. Koordinieren .....	32
3. Planen: Perspektive für saubere Luft .....	32
3.1. Gesundheitsplanung .....	32
Kommunale und regionale Gesundheitsplanung .....	32
Planung als Vehikel von Gesundheitsschutz .....	33
Zusammenhang zwischen GBE und Planung .....	34
3.2. Wer kann was für die Luft tun? .....	34
3.2.1. Beteiligung als Einzelperson .....	34
Demokratisierung .....	34
3.2.3. Landesplanung und Gesundheit .....	35
Raumordnungs-(ROG)/ Landesplanungsgesetz .....	35
Regionaler Raumordnungsplan .....	35
Verkehrsplanung .....	36
Kreientwicklungsplanung .....	36
3.2.4. Stadtplanung und Luftreinhaltung .....	36
Luftreinhalteplanung .....	36
Vorsorgeplan .....	37
Durchsetzung der Luftreinhalteplanung .....	37
Luftreinhaltung in der Praxis der Kommune .....	37
Stadtentwicklungsplanung .....	37
Gesunde Wohn- und Arbeitsverhältnisse .....	38
Dilemma der humanorientierten Umwelthygiene: .....	38
Immissionsschutzbezogene Darstellungen in der F-Planung .....	38
Landschaftsplan in B-Plan integrieren .....	38

Immissionsregelnde Maßnahmen in der B-Planung.....	38
Befassung von Luft und Klima in B-Plänen .....	39
Emmissionsminderung im Rahmen von bau- und immissionschutzrechtlichen Genehmigungsverfahren .....	39
BImSchG-Verfahren und amtsärztliche Stellungnahme.....	39
Umweltverträglichkeitsprüfung (UVP).....	39
Freiwillige Vereinbarungen .....	39
3.3. Sozialmedizin und Planung .....	39
Umweltstreß, Luftqualität und Planung.....	40
Gesundheitsbezogener Umweltschutz und sozialer Gesundheitsschutz.....	40
Neue Formen kommunaler Infrastrukturplanung.....	40
Durchsetzung von Veränderungen.....	41
4. Fazit und Ausblick.....	42
Gesundheitsamt und Luftreinhaltung.....	42
Umkehr des Beweises von Unschädlichkeit.....	42
Ziele und Strategien für Luftqualität.....	42
Verschlechterungsverbot .....	42
Gesundheitsverträglichkeit .....	43
Prävention auch in Zukunft beim ÖGD?.....	43
Gremium "Saubere Luft" .....	43
Demokratisierung der Gesundheitspolitik.....	44
Sozialer Gesundheitsschutz .....	44
Luftreinhaltung im ländlichen Raum .....	44
Regionalentwicklung und Gesundheit .....	44
Literaturverzeichnis.....	45

# 1. Einleitung

Im Wintersemester 1992/93 wurden im Seminar von Dipl.- Met. Lutz Katzschner zur Luftreinhalteplanung – Veränderungs- und Steuerungsmöglichkeiten -, das Instrumentarium zur Luftreinhaltung und die Verwaltung unserer Luft erörtert. Die vorhandenen, nicht ausgeschöpften Möglichkeiten der Gesundheitsverwaltung, für saubere Luft zu sorgen, wurden nicht als ernst zu nehmende Möglichkeit angesehen wurden und daher auch nicht thematisiert.

Im Rahmen dieser Studienarbeit möchte die Verfasserin Steuerungsmöglichkeiten der Gesundheitsverwaltung zur Luftreinhaltung näher darlegen, und woran das Versagen des Gesundheitsamtes bei der Luftreinhaltung liegt.

Trotz der seit 1935 gültigen gesetzlichen Grundlagen war es nicht in der Lage, die Stadtentwicklung hinsichtlich sauberer Luft als Teil gesunder Lebens- und Umweltbedingungen zu beeinflussen. Meistens blieb es bei unergiebigem Erfahrungen mit Gesundheitsbehörden bei Immissionsproblemen oder Klagen über die Luftqualität.

Welche Möglichkeiten gibt es heute, diese negative Entwicklung umzukehren und die Luftqualität zu verbessern?

Dabei ist es wegen der geringen Berücksichtigung von Luftreinhaltung bei der Gesundheitsvorsorge schwierig, nicht immer wieder vom Gesundheitsschutz als Ganzes zu sprechen.

Saubere Luft ist die große Herausforderung für den öffentlichen Gesundheitsdienst vergleichbar der Bekämpfung der Seuchen im vorigen Jahrhundert. Der ÖGD ist aufgerufen und gefordert, die Lebensgrundlagen der Menschen: Luft, Wasser und Boden zu schützen. Denn sie sind Grundlagen der Gesundheit.

Es wird zwar viel von Gesundheit gesprochen und darüber gestritten. Jedoch ist bei genauerem Hinsehen zu erkennen, daß über Krankheit geredet wird, nicht von Gesundheit. Das Gesundheitswesen reduziert sich auf ein Krankenversorgungswesen.<sup>1</sup>

## 1.1. Gesundheitswesen

Das Wort Gesundheitswesen ist der umfassendste Begriff für die gesundheitliche Versorgung aller Menschen in einem Staatsgebiet. Dazu zählen das öffentliche Gesundheitswesen, sowie die ambulante und stationäre Versorgung.<sup>2</sup>

Aber Vorsorge? Schutz der Gesundheit? Damit sieht es eher düster aus: Von Prävention wird kaum im Zusammenhang mit dem Begriff Gesundheitswesen gesprochen.

### **Der öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD)**

Der ÖGD ist in der Bevölkerungsmedizin die Dritte Säule neben der ambulanten Versorgung durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte und der stationären Versorgung durch die Krankenhäuser. Dabei kann bei der Dritten Säule eigentlich nur von einem Säulchen gesprochen werden: er verfügt nur über ein Prozent der Gesamtaufwendungen des Gesundheitswesens und nur über zwei Prozent der aktiven Ärzteschaft.<sup>3</sup>

### **Rechtsgrundlage des ÖGD**

Die Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) sind seit dem Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens (GVG) von 1934 und seinen drei Durchführungsverordnungen unverändert geblieben, wenn man von den Bereinigungen nach dem Krieg absieht. Das GVG gilt als Landesrecht fort, da es nach der Rechtsmeinung durch das Grundgesetz in seinen wesentlichen Teilen Landesrecht<sup>4</sup> geworden ist.<sup>5</sup>

### **Ursachen für die geringe Durchsetzungsfähigkeit des ÖGD**

Im Grundgesetz ist keine Bundeskompetenz für alle Fragen des Gesundheitswesens festgelegt. Dies führte zu unterschiedlichen Entwicklungen des Gesundheitswesens in einzelnen Bundesländern. Der Bundesregierung fehlt ein Instrument, das Gesundheitswesen für gleichermaßen zu

<sup>1</sup> Göpel: in KRITIK ... 1985, S.111

<sup>2</sup> GRUNDRISS...1985, S.48

<sup>3</sup> RETZGEN 1990

<sup>4</sup> Anm.: nach übereinstimmender Ansicht der Länderkommission zur Rechtsbereinigung gem. Art. 123 ff. GG kein Bundesrecht. nach: Das GRÜNE GEHIRN

<sup>5</sup> GRUNDRISS ... 1985, S.69/70

steuern. Dies führt zu einem Umweg über die Sozialgesetzgebung und zur Steuerung durch das Instrument der Finanzierung.<sup>6</sup>

Das Bundessozialhilfegesetz<sup>7</sup> räumt den freien Wohlfahrtsverbänden Vorrang gegenüber staatlich organisierten Lösungen (Subsidiaritätsprinzip). Dies führte dazu, daß den staatlichen Stellen die schwierigeren und unangenehmeren Probleme zur Lösung gelassen bleiben, eine Tendenz, die nicht nur im Gesundheitswesen zu beobachten ist.

### **Aufgaben des ÖGD**

Einen verbindlichen und allgemein akzeptierten Katalog der Aufgaben für alle Gesundheitsämter in der Bundesrepublik gibt es nicht. Dies liegt an unterschiedlichen gesetzlichen Grundlagen und an freiwillig übernommenen Aufgaben, die die Kommunen über die Pflichtaufgaben hinaus im Rahmen der kommunalen Selbstverwaltung übernommen haben.<sup>8</sup>

Das GVG muß als „Hinwirkungsgesetz“<sup>9</sup> bezeichnet werden. Es ist dualistisch ausgerichtet. Einerseits weist es dem ÖGD hoheitliche Aufgaben einer Eingriffsverwaltung (Gesundheitsaufsicht, Gesundheitsschutz, Umwelthygiene), andererseits präventive Aufgaben einer Leistungsverwaltung zu (Gesundheitshilfe, Gesundheitsvor- und fürsorge, Rehabilitation). Er soll

*„unmittelbar den Gesundheitszustand der Bevölkerung und bestimmter Bevölkerungsteile ermitteln und laufend überwachen, drohende Gefahren feststellen und beseitigen oder auf die Beseitigung hinwirken sowie die Gesundheit der Bevölkerung insgesamt und besonderer Gruppen fördern.“<sup>10</sup>*

### **ÖGD wird nicht ernst genommen**

Das öffentliche Gesundheitswesen wird z.T. so gering eingeschätzt, dass es in Büchern über das Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland gar nicht vorkommt.<sup>11</sup> Gesundheitsämter werden zwar manchmal erwähnt<sup>12</sup>, aber nicht weiter ernst genommen. Die Gesundheitsfachverwaltung spielt in der Diskussion um den gesundheitsbezogenen Umweltschutz, um Luftreinhaltung keine ernstzunehmende Rolle, weder in der Literatur noch in der Realität.

Allerdings hat in einigen Bundesländern erneut<sup>13</sup> ein vielversprechender Diskussionsprozeß begonnen. Werden Taten folgen?

### **1.2. Was ist Gesundheit?**

Gesund-Sein bedeutet zunächst eine persönliche Einschätzung. Hamburger Klinikärzte haben aufgrund einer Zeitungsanzeige nur eine Rückmeldung von 100 Personen erhalten, die von sich behaupteten, gesund zu sein. Bei einer medizinischen Untersuchung dieser Gesunden fanden sich jedoch zahlreiche Abweichungen von der Norm. Das tat offenbar der subjektiven Einschätzung, gesund zu sein, keinen Abbruch.<sup>14</sup>

Nach AFFEMANN ist Gesundheit:<sup>15</sup>

*„die Fähigkeit, trotz eines gewissen Maßes an Mängeln, Störungen und Schäden, leben, arbeiten, genießen und zufrieden sein zu können.“*

Die Weltgesundheitsorganisation<sup>16</sup> versteht Gesundheit nach einem positiven Gesundheitskonzept als

*„Zustand des umfassenden körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens“.*

Die 50. GMK 1982 machte diese Definition für die Gesundheitsämter verbindlich<sup>17</sup>.

<sup>6</sup> HABERER 1990, S.17 u. 34

<sup>7</sup> BSHG § 10 Abs.4

<sup>8</sup> Gostomzyk in: GESUNDHEITSWISSENSCHAFTEN 1993,S.218

<sup>9</sup> RETZGEN 1990

<sup>10</sup> GRUNDRISS... 1985,S.48

<sup>11</sup> ALBER 1992

<sup>12</sup> FIEBIG/... 1990,S.127, 150, 152

<sup>13</sup> Die Gesundheitsministerkonferenz hielt 1970 eine neue Standortortbestimmung des ÖGD für dringend erforderlich. Daher wurden neue gesetzliche Grundlagen angestrebt. Seit 1974 wird in der Bundesrepublik versucht, über einen Mustergesetzentwurf für ein einheitliches Gesundheitsdienstgesetz die unterschiedliche Entwicklung der Bundesländer zu stoppen, bisher vergeblich. Vermehrt gingen die Länder dazu über, eigene Landesgesetze zu verabschieden, was die unterschiedliche Entwicklung zementiert.

<sup>14</sup> GESUNDHEITSWESEN...1988,S.13

<sup>15</sup> in: BAUCH 1991

<sup>16</sup> WHO 1978, nach Weber in: LEBENSWELTBEZOGENE ... 1989,S.223

<sup>17</sup> Weber in: LEBENSWELTBEZOGENE ...1989,S.224

Die Krankheitsentstehungs- und -verlaufsforschung lenkt darüber hinaus den Blick auf die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen.

Objektive Gesundheit lässt sich demnach beschreiben

„als ein dem einzelnen zwar grundsätzlich verfügbares, aber nur über gemeinschaftliches Handeln aktiverbares Potential“<sup>18</sup>

Die Gesellschaft ist entscheidend<sup>19</sup> :

Über den Sozialisationsprozeß muß sie den Menschen überhaupt erst in die Lage versetzen, die Wahrung seiner Gesundheitsinteressen als unabdingbares Element erfolgreicher Identitätssicherung anzuerkennen.

Eine zukunftsorientierte Beschreibung gibt die WHO (1986) in ihrer Ottawa Charter<sup>20</sup> :

„Gesundheit wird von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt: dort wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben. Gesundheit entsteht dadurch, daß man sich um sich selbst und für andere sorgt, daß man in die Lage versetzt ist, selber Entscheidungen zu fällen und eine Kontrolle über die eigenen Lebensumstände auszuüben sowie dadurch, daß die Gesellschaft. Gesundheit ermöglicht“.

### **Neue Definition aus der Streßforschung**

„Gesundheit ist eine Kompetenz oder Befähigung zur Problemlösung und Gefühlsregulierung, durch die ein positives Selbstbild, ein positives seelisches und somatisches Befinden erhalten oder wiederhergestellt wird“.

Zuversicht, Selbstvertrauen und ein positives Selbstwertgefühl, die Fähigkeit nicht nur zur Leidvermeidung, sondern auch zur Lustmaximierung, sind wesentliche Elemente eines solchen Gesundheitsverständnisses.<sup>21</sup>

### **1.3. Luftreinhaltung als Gesundheitsschutz**

Die Einflüsse aus der Umwelt und von Lebensgewohnheiten sind oft überhaupt nicht auseinanderzuhalten. So ist zwar der Zusammenhang zwischen Rauchen und Lungenkrebs recht gut herzustellen, aber bei den Wirkungen belasteter Lebensmittel und ungesunden Ernährungsgewohnheiten ist dies kaum möglich.

Zwar weiß man in der Regel niemals ganz genau, wie Umweltfaktoren und Gesundheit im detailierten Einzelfall miteinander zusammenhängen. . Man weiß genug, um die Bereiche Umwelt und Gesundheit politisch eng miteinander zu verbinden.

„Schließlich muß die Solidargemeinschaft auch dafür aufkommen, wenn die umweltbedingten Gesundheitsschäden auf mancherlei Weise bei Krankenkassen, Rentenanstalten und Sozialämtern in Milliardenhöhe zu Buche schlagen“.<sup>22</sup>

Einen Zusammenhang zwischen sinkender Abwehrkraft der Schleimhäute und verschmutzter Luft sieht der HNO-Arzt OLDENGOTT<sup>23</sup> bei einem Gespräch über Ozon.

Die subjektiv empfundenen und objektiv vorhandenen Umweltbelastungen haben ein immer weniger kompensierbares psychomatologisches Niveau erreicht, das kurativ-medizinischen Mitteln immer weniger zugänglich ist. Dies erfordert ein neues Krankheitsverständnis<sup>24</sup>.

Luftgüte und menschliche Gesundheit stehen in einem engen Zusammenhang; das wird inzwischen nicht mehr bestritten. Der Stand der Forschungen zum Zusammenhang von Umwelt und Gesundheit, der zur Eingrenzung umweltbedingter Krankheiten heranzuziehen war, wurde für die Zielkrankheiten auf der Basis internationaler Literatur aufgearbeitet. Dabei wurden folgende Krankheiten auf den Umfang des Umwelteinflusses bei der Entstehung der Krankheit überprüft:

- chronische Atemwegserkrankungen
- Pseudokrupp
- bösartige Neubildungen
- Herz-Kreislauf-Erkrankungen

<sup>18</sup> Schnabel in: GESUNDH.WISS....1990,S.185 nach: Ökologie d. Körpers. 1986

<sup>19</sup> Schnabel in GESUNDHEITSWISSENSCHAFTEN ...1990,S.185/186

<sup>20</sup> siehe Anlage

<sup>21</sup> Badura in: GESUNDHEITSWISSENSCHAFTEN. 1993,S.77

<sup>22</sup> FINK 1990,S.185

<sup>23</sup> HESSENSCHAU am 19.5.1993

<sup>24</sup> Schnabel in: GESUNDHEITSWISSENSCHAFTEN ... 1990,S.192

- Störungen der Reproduktion
- Leber- und Nierenerkrankungen
- Allergien<sup>25</sup>

Medizinerinnen und Mediziner stehen wie kaum eine andere Berufsgruppe in der umweltpolitischen Verantwortung, da sie ständig mit dem „Umweltindikator menschliche Krankheit“ konfrontiert sind.<sup>26</sup>

### **Umweltpolitik als Gesundheitspolitik**

Gesundheitspolitik darf nicht länger bevölkerungsbezogenes Risikomanagement<sup>27</sup> bleiben. Konsequenterweise ist z.B. bei den GRÜNEN Gesundheitspolitik schwerpunktmäßig Umweltpolitik und zielt auf die Beseitigung der Ursachen von Gesundheitsbelastungen.<sup>28</sup>

Gesundheit darf nicht als herrenloses Gut behandelt werden, das wie Luft, Boden und Wasser von alleine vorhanden ist.

### **Alter allein ist kein Zeichen für Gesundheit**

Die gestiegene Lebenserwartung wird als Beweis für eine positive Entwicklung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung angeführt. Bundesstaatssekretär Chory's optimistische Sicht des Gesundheitswesens wurde bei der Darstellung der Ziele der Bundesregierung nicht getrübt von den Zusammenhängen zwischen Gesundheit und Umwelt.<sup>29</sup>

Krankheitsursachen werden im Bereich des persönlichen Verhaltens gesucht.

Dabei ist ein hohes Alter allein kein Zeichen von Gesundheit. Denn es ist nicht zu übersehen, daß neue Krankheitsbilder stark am Anwachsen sind: Allergien, Krebs, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Rheuma, Atemwegserkrankungen. Diese Zivilisationserkrankungen werden durch den Wandel der Lebensbedingungen sowie durch Umweltbelastungen verursacht.

### **In Europa ist Zusammenhang klar**

Kurze Zeit nach dieser Feststellung des Staatssekretärs verabschiedete jedoch auch die Bundesrepublik Deutschland 1989 die Europäische Charta Umwelt und Gesundheit, die von den verantwortlichen Ministern für Umwelt und Gesundheit verfaßt ist:

*„in der Erkenntnis, daß die menschliche Gesundheit von einer Vielzahl entscheidender Umweltfaktoren abhängt“.*

### **1.4. Umweltschutz: Aufgabe des ÖGD seit 1935**

Dabei hat der ÖGD eigentlich seit der 3. Durchführungsverordnung (DVO) zum GVG von 1935 einen umfassenden Auftrag: den Schutz der Umwelt und der Gesundheit. Denn die Gesundheitsverwaltung hat neben dem Naturschutz die älteste Aufgabe im Umweltschutz<sup>30</sup>:

§ 24 *Reinhaltung von Boden und Luft; Wohnungshygiene.*

(1) *Das Gesundheitsamt muß allen Verhältnissen, die für die Reinhaltung des Bodens und der Luft in Betracht kommen, seine Aufmerksamkeit zuwenden.*

(2) *Seine Ärzte haben darauf zu achten, daß in den Ortschaften und deren Umgebung, innerhalb und außerhalb der Wohnungen oder sonstiger zum dauernden Aufenthalt von Menschen bestimmter Räume gesundheitswidrige Zustände sich nicht entwickeln und, sofern solche vorhanden sind, ihre Beseitigung anzuregen.*

(3) *Bei Wohnungen haben sie zu prüfen, ob diese den baupolizeilich festgelegten gesundheitlichen Vorschriften, insbesondere den gesundheitlichen Anforderungen an Licht und Luft, genügen.*

§ 25 *Begutachtung von Baupolizeiverordnungen und Ortsbebauungsplänen, Mitwirkung bei der Handhabung der Baupolizei.*

*Das Gesundheitsamt hat für seinen Amtsbezirk die Baupolizeiverordnungen vor ihrem Erlaß und die Ortsbebauungspläne vor ihrer endgültigen Festsetzung vom Standpunkt der öffentlichen Gesundheitspflege zu begutachten und etwaige Ausstehungen vorzubringen.*

§ 27 *Gemeinnützige Bestrebungen auf dem Gebiet der Wohnungshygiene, Errichtung von (Arbeiter- und) Werkwohnungen, hat das Gesundheitsamt anzuregen und zu unterstützen.*<sup>31</sup>

<sup>25</sup> SCHÄFER/ WACHTEL 1989, S.15

<sup>26</sup> MONHEIM 1985, S.181

<sup>27</sup> ROSENBROCK in: GESUNDHEITSWISSENSCHAFTEN. 1993, S.344

<sup>28</sup> Wunder in: KRITIK ...198, S.137

<sup>29</sup> Chory (Gesundheitsministerium) in: GESUNDHEITSWESEN...1988, S.88

<sup>30</sup> BADURA/ LENK in: 1986, S.169

<sup>31</sup> GVG, 3.DVO nach: Das GRÜNE GEHIRN, 8.Erg.

Gesundheitsbezogener Umweltschutz war schon immer eines der wichtigsten Aufgaben des ÖGD. Nur nannte man sie früher schlicht Ortshygiene.<sup>32</sup>

### **Unsere Städte könnten anders aussehen**

Danach sind in der Vergangenheit und in der Gegenwart große Versäumnisse zu verzeichnen, für die alle büßen müssen: mit einer Fehlentwicklung in der Planung, mit einer belasteten und kranken Umwelt und mit kranken Menschen.

Das Gesundheitsamt hat die ihm zugewiesene Aufgabe des Schutzes der Umwelt nur unzureichend wahrgenommen und hat es versäumt, u.a. auf die Luftqualität Einfluß zu nehmen. Unsere Städte sähen anders aus, wenn die Gesundheitsämter ihre Beteiligungsrechte wahrgenommen hätten.<sup>33</sup>

### **Wen trifft der Vorwurf des Versagens des ÖGD?**

Ursache ist sicherlich, daß der ÖGD personell und apparativ minimal ausgestattet und weitgehend auf die Gesundheitsverwaltung reduziert ist.

*„Dies ist vor allem auf den Druck der ärztlichen Standesorganisationen zurückzuführen, die mit aller Kraft versuchten, den Tätigkeitsbereich des öffentlichen Gesundheitswesens einzuschränken und dessen rentable Aufgaben freiberuflich durchführen zu lassen“.*<sup>34</sup>

Es ist müßig, Schuldzuweisungen zu verteilen, wichtiger ist es, für die Zukunft die Instrumente zu stärken oder neu zu beleben, die für die Gesundheit sorgen können.

Liegt das Versagen des Gesundheitsamts bei der Luftreinhaltung und beim gesundheitsbezogenen Umweltschutz an schwammigen gesetzlichen Grundlagen oder an fehlendem Bewußtsein, um weitblickend die Voraussetzungen für Gesundheit zu sichern und zu gestalten?

Man müßte sich ausführlicher mit der Nachkriegsgeschichte beschäftigen, um eine Antwort auf diese Frage geben zu können.

War es mangelnde gesundheitspolitische Weitsicht, wie es HABERER als Frage in den Raum stellt? Der Entwurf für ein Gesetz zur Erhaltung und Förderung der Volksgesundheit wurde 1948 jedenfalls weder beraten, noch beschlossen.<sup>35</sup>

## **2. Beschreibung von sinnvollen Aufgabenfeldern zur Verbesserung der Luftqualität**

### **2.1. Allgemeine Aufgaben des ÖGD der Zukunft Aufgabenwandel in klassischen Arbeitsgebieten**

Das Gesundheitsamt muß seine Pflichtaufgaben zur Erfüllung nach Weisung und seine freiwilligen Aufgaben überprüfen und daraus Prioritäten für die Zukunft entwickeln. Die Aufgabenkonzeption beinhaltet im Kern den verstärkten Ausbau gesundheitsfördernder Maßnahmen.

#### **Innovation im ÖGD**

Wesentliche Merkmale einer Innovation im ÖGD sind, daß eine zunehmende Hinwendung zur Gesundheitsvorsorge erfolgen muß, weniger als früher fürsorgerische Akzente gesetzt werden und dafür die Beratung stärker in den Vordergrund treten soll.

Dies betrifft folgende Aufgabenbereiche:

- Gesundheitsförderung
- Gesundheitsvorsorge
- gesundheitsbezogener Umweltschutz (Umwelthygiene)
- Gesundheitsplanung
- Gesundheitsberichterstattung/ Epidemiologie

Damit setzte der ÖGD seinen Schwerpunkt bei der "Achillesverse" der modernen Akutmedizin an:

- Beobachtung und Kontrolle von Umweltrisiken
- Bekämpfung von Zivilisationskrankheiten und Unfallursachen
- Förderung der Gesundheit
- Beobachtung und Kontrolle medizinischer Versorgungseinrichtungen<sup>36</sup>

<sup>32</sup> RETZGEN 1989, S.129

<sup>33</sup> ÖKOLOGISCHE BRIEFE 1990, Nr 20, S.17

<sup>34</sup> DEPPE 1987, S.130

<sup>35</sup> HABERER 1990, S.12 nach: Hagen 1953



### **Vorschläge für Rheinland-Pfalz und Baden-Württemberg**

Ein Aufgabenkatalog für den ÖGD, der Rechtsgrundlage für Rheinland-Pfalz werden soll, lautet:

1. der amtsärztliche Dienst mit Aufgaben der Begutachtung, der staatlichen Kontrolle, der Erhebung der epidemiologischen Daten und der Gesundheitsberichterstattung
2. die Gesundheitsfür- und -vorsorge des jugendärztlichen Dienstes, Hilfsprogramme und sozialpsychiatrische Angebote
3. die Verhütung und Bekämpfung von Seuchen einschließlich von Tuberkulose, Geschlechtskrankheiten und AIDS
4. die Verhütung und Bekämpfung gesundheitsbezogener Umweltgefahren und von Umweltkrankheiten (Umwelthygiene)<sup>37</sup>

Auch für Baden-Württemberg liegt ein Kommissionsbericht zur Zukunft des ÖGD vor.<sup>38</sup>

### **Gesundheitsvorsorge (Prävention)**

Aufgrund seiner Erfahrungen und seiner Infrastruktur gebündelt mit dem Sachverstand eines multiprofessionellen Teams ist keine andere lokale Institution zur Wahrnehmung von Aufgaben in der Gesundheitsförderung und Gesundheitshilfe geeigneter als der ÖGD.

Er sollte bei allen gemeindebezogenen Präventionsaufgaben initiiierend, koordinierend und mitarbeitend tätig sein.<sup>39</sup>

Vorsorglich durchgeführte Maßnahmen können nicht darauf warten, ob die Effizienz nachweisbar ist und ob ein Rückgang an Erkrankungen zu verzeichnen ist. Die Erfolge präventiver Maßnahmen sind schwer zu beweisen.<sup>40</sup>

Bei ihrer 64. Konferenz am 24./25. Okt. 1991 fassen die Gesundheitsministerinnen und -minister einen Beschluß über die "Möglichkeiten zur Gesundheitsvorsorge, Krankheitsfrüherkennung und Gesundheitsförderung in der Bundesrepublik Deutschland":

*"Die Schaffung einer gesunden Umwelt und die Verringerung umweltschädlicher Noxen sind Ziele von hoher Priorität. Gesundheits- und Umweltpolitik sind derzeit überwiegend reaktiv und kurativ ausgerichtet. Sie suchen und definieren Handlungsbedarf erst dort, wo Umwelt- und Gesundheitsgefährdungen bereits erkennbar sind. Daher ist der umfassende Ausbau des gesundheitlichen Umweltschutzes im Sinne der Gesundheitsvorsorge dringend geboten.*

*Die GMK unterstreicht, daß dem öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) bei der Gesundheitsförderung, Gesundheitsvorsorge und Krankheitsfrüherkennung eine wichtige Koordinierungs- und Steuerungsfunktion gemeindenaher Maßnahmen zukommt."*

### **Einig über Ausbau des ÖGD**

Nach Empfehlungen des Sachverständigenrates für Umweltfragen sind:

*"Gesundheitsämter zu Fachbehörden des gesundheitlichen Umweltschutzes ausbauen"*<sup>41</sup>

### **Gesundheitsvorsorge als Pflichtaufgabe**

Die Gesundheitsbewegung schlägt im "Gesundheitsbezogenen Programm" vor, Gesundheitssicherung als strukturelle Perspektive auf kommunaler Ebene zu verankern. Eine "bedürfnisgerechte Gesundheitsversorgung" müsse Pflichtaufgabe der Gemeinden werden.<sup>42</sup> Bayern hat Gesundheit in seiner Gemeindeverfassung "als Aufgabe des eigenen Wirkungskreises im Rahmen ihrer Leistungsfähigkeit aufgenommen."<sup>43</sup>

### **Gesundheitsbezogener Umweltschutz (Umwelthygiene)**

Er kann als Schutz des Menschen vor Gefährdung vor der Bio-, Techno- und Soziosphäre definiert werden, ist ein Teilbereich der Gesundheitsförderung und neben der individuellen Lebensführung ein entscheidender Teil der Primärprävention d.h. der unspezifischen Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit.<sup>44</sup>

---

<sup>36</sup> BADURA/ LENK in: 1986, S.170-174

<sup>37</sup> JANTZEN 1989,S.171

<sup>38</sup> ZUKUNFTSPERSPEKTIVEN ... o.J. Die Kommission wurde 1987 von der Landesregierung eingesetzt.

<sup>39</sup> PFAHL 1990

<sup>40</sup> HABERER, 1990,S.36

<sup>41</sup> FINK 1990, S.186 nach: Der Rat für Umweltfragen. Umweltgutachten 1987. 1988

<sup>42</sup> HUBER 1985, S.273

<sup>43</sup> von UNRUH 1989,S.10

<sup>44</sup> RETZGEN 1989, S.127

Umwelthygiene ist seit der GMK 1987 als Auftrag für den ÖGD und seiner wissenschaftlichen Einrichtungen festgeschrieben, die

- Einflußfaktoren für die menschliche Gesundheit erkennen und bewerten sowie Maßnahmen gegen schädliche Einflüsse veranlassen oder ergreifen sollen
- die gesundheitlichen Verhältnisse der Bevölkerung zu beobachten und die Gesamtbelastung festzustellen. Sie haben die dafür notwendigen Erkenntnisse und Daten zu sammeln, epidemiologisch nutzbar zu machen und zu bewerten.
- die Tätigkeit des ÖGD ist dem Aufgabengebiet Gefahrenabwehr im weiteren Sinn zuzuordnen.
- die sächliche Ausstattung muß dem für die Aufgabenstellung auf dem Gebiet der Umwelthygiene erforderlichen Standard entsprechen Messungen müssen möglich sein. Für den ÖGD relevante Untersuchungen müssen bei den Gesundheitsämtern selbst durchgeführt werden können.

### ***Schöne Entschließung ohne Auswirkung in den Landkreisen***

Diese Entschließung der Gesundheitsministerkonferenz stand mehrfach auf der Tagesordnung des Gesundheitsausschuß des Hessischen Landkreistages, ohne daß sie nach Kenntnis der Verfasserin behandelt worden ist.

In den Landkreisen folgten keine durchschlagenden Auswirkungen; die Länder ließen keine Taten (in Form von Finanzmitteln) folgen.

### ***Fazit***

Beim öffentlichen Gesundheitsdienst sind seit der Aufgabenübertragung des Umwelt- und Gesundheitsschutzes 1935 massive Defizite bei der Aufgabenerfüllung festzustellen. Das Vollzugsdefizit ist bedingt durch unzureichende personelle und sachliche Ausstattung sowie den Druck der ärztlichen Standesorganisationen, den ÖGD einzuschränken.

Außerdem ist die schwammige gesetzliche Grundlage Ursache für das ökologische Versagen des Gesundheitsdienstes.

Bei der Reform des ÖGD soll der gesundheitsbezogene Umweltschutz, Gesundheitsvorsorge und -förderung einen größeren Stellenwert erhalten, damit das Ungleichgewicht der kurativen Medizin zugunsten der präventiven Maßnahmen verlagert wird.

Geprüft werden soll, die Gesundheitsvorsorge als Pflichtaufgabe der Gemeinden in die Gemeindeordnung aufzunehmen.

## **2.2. Messen**

### ***Aktuelle Probleme***

Luftqualität ist so aktuell wie nie zuvor, beängstigende Zukunftsszenarien flimmern über den Bildschirm<sup>45</sup>, der Ozon-Smog<sup>46</sup> im schönsten Sommer droht, den Menschen die Luft zum Atmen zu nehmen.

Es geht um Gesundheit, um Vorsorge. Aber man/frau hört allenfalls vom Handeln der Umweltbehörden, wenig vom Handeln der Gesundheitsbehörden.

Bekannt ist, daß die Bildung von Ozon mit dem CO<sub>2</sub> des Straßenverkehrs zusammenhängt. Das Gesundheitsamt könnte den Verkehrsbehörden empfehlen, keine oder nur noch wenige Autos fahren zu lassen. Diese Möglichkeit gibt es auf Grund des BImSchG kombiniert mit der Straßenverkehrsordnung.<sup>47 48</sup>

Neuerdings wird die Bewertung des Elektrosmog beim Gesundheitsamt angefragt. Hierbei ist die lokale Gesundheitsverwaltung jedoch ebenso überfragt wie bei anderen Umweltproblemen.

### ***Mängel bei der derzeitigen Meßsituation***

Es wird zwar viel gemessen, aber zum einen ist der ländliche Raum schlecht bedient, weil Werte einer Waldmeßstation nicht auf die Luftsituation in der Innenstadt übertragbar sind, zum anderen müssen bei Messungen in Brennpunkten (z.B. Witzenhausen) den Messungen die Fragen zugrunde gelegt werden, die im Ort als Problem anstehen.

<sup>45</sup> HESSISCHER RUNDFUNK im Juni 1993

<sup>46</sup> SPIEGEL 1993, vom 31.Mai 1993

<sup>47</sup> Verordnung zur Durchführung des BImSchG § 40

<sup>48</sup> § 45 Abs.1 Satz 2 Nr3 StVO nach SPATZ 1992 und 1993

### **Meßwerte fehlten für Anordnungen**

Z. B. fehlte in Limburg dem Gesundheitsamt (wie auch dem Umweltamt)<sup>49</sup> lokale Meßwerte, um Empfehlungen zur Verringerung der Verkehrsemissionen auszusprechen. Anordnungen des Landrats als Untere Verkehrsbehörde wären wegen fehlender Messungen wirkungslos und nicht gerichtsfest gewesen. Denn die nächste Meßstation im Nachbarkreis (in Dillenburg) lieferte nur die dortigen Tageswerte.

### **Fragestellung bei Messung ist entscheidend**

Trotz der Bemühungen der Umwelt- und Gesundheitsdezernentin gelang es nicht, das Land Hessen zur Einrichtung einer Meßstation im Landkreis zu bewegen.<sup>50</sup> Der Landkreis war überfordert, selbst eine Meßstation finanzieren, die einem qualitativ hohen Anspruch genügen würde. Der Aufwand für ein kreiseigenes, gutes Labor ist bei den vielfältigen Stoffe in der Luft zu hoch. Hier ist landeseinheitliches Vorgehen, fachliche Abstimmung und Kooperation erforderlich.

Sinnvoller als die zusätzliche Einrichtung von stationären Meßstationen ist vor allem in ländlichen Kreisen der Einsatz von mobilen Meßanlagen, die auf die jeweiligen Beschwerden der Bevölkerung eingehen und eine andere Fragestellung als die Standardprogramme berücksichtigen. Nicht nur der Einsatz von Meßstationen ist als Grundlage für Aussagen über die Luftqualität wichtig, sondern vielmehr die Fragestellung für eine Messung. So werden Fragen zur Luftqualität beantwortet bei gleichzeitigem sparsamem Geldeinsatz.

### **Gesundheitsamt braucht aussagekräftige Befunde**

Messungen sind Grundlage für Empfehlungen in akuten Situationen sowie bei Stellungnahmen zu Planungen aller Art, die Auswirkungen auf Luft und Gesundheit haben können.

Mit den einfachen hauseigenen Meßmethoden konnte das Limburger Gesundheitsamt keine Messungen auf Benzol durchführen, die die Verfasserin auf einer stark befahrenen Kreuzung durchführen lassen wollte. Daher wurden diese Messungen zunächst zurückgestellt, und die Qualität der Luft an der Verkehrskreuzung blieb unbekannt.

### **Luftreinhalteprogramme im ländlichen Raum fehlen**

Bisher ist Luftreinhaltung im ländlichen Raum kein Thema. Selbst wenn einem Ort das Prädikat Luftkurort abgesprochen wird, wie der Autobahngemeinde Kirchheim, oder dies zu geschehen drohte, wie der Stadt Rotenburg/Fulda, war dies zunächst kein Alarmsignal, auch auf dem Land Verbesserungen für saubere Luft zu planen.

Auch die Dauerbeschäftigung mit dem Thema Dioxin im ländlichen Kreis Limburg-Weilburg bewegte die Politik nicht, sich mit Luftreinhalteplanung auseinanderzusetzen.<sup>51</sup>

Die Luft auf dem Land hat eben sauber zu sein, obwohl längst Klagen laut geworden sind, daß das nicht stimmt und die Bevölkerung Plakate an den Straßenrand stellt "Abgas und Gestank machen unsere Kinder krank".<sup>52</sup>

### **Ländlichen Raum stärker belasten?**

#### **Märchen von den unbelasteten Gebieten**

Eine Konsequenz schlechter Luft kann sein, daß die festgestellten Luftbelastungen in Ballungsgebieten durch Emissionen aus Industrieanlagen in den bisher unbelasteten ländlichen Raum verlagert werden, ohne daß auf dem Land überhaupt ermittelt worden ist, wie dort die Situation ist.

Die EG-Kommission will in einer geplanten Richtlinie für Industrieanlagen in unbelasteten Gebieten sogar eine schlechtere Technik erlauben.<sup>53</sup>

### **Unterschriften wegen auffallend vieler Brustkrebserkrankungen**

Daß auf dem Land nicht mehr alles in Ordnung ist, wird nicht nur durch Atemwegserkrankungen in kleinen Orten deutlich, sondern auch durch eine Bürgerinitiative wie in Bad Hersfeld, die sich 1993 an die GRÜNEN wandte und beklagte, daß auf im Stadtteil Johannesburg auffallend viele Frauen an Brustkrebs erkrankt sind.

---

<sup>49</sup> trotz eines grundsätzlichen Kreistagsauftrags, über die Ozonbelastung zu informieren

<sup>50</sup> WT 30.4.1993

<sup>51</sup> PFAHL 1993

<sup>52</sup> s. Titelblatt, Foto im Mai 1993 in Ludwigsau-Friedlos an der B 27

<sup>53</sup> FR 9./10. 6. 1993

Gibt es dafür eine emissionsbedingte Ursache? Ohne aussagekräftige Daten läßt sich dazu keine Aussage machen. Frau lebt ja schließlich auf dem Land und dort ist die Luft sauber.

### ***Neue Möglichkeiten für den ländlichen Raum***

Mit der Novelle des Bundesimmissionsschutzgesetzes werden für den ländlichen Raum neue Möglichkeiten eröffnet, Informationen über ihre Luftsituation zu erhalten. Die bisherigen "Belastungsgebiete" werden in "Untersuchungsgebiete" umbenannt. Nunmehr sind die festgelegten Untersuchungen zum Schutz der Bevölkerung auch dann durchzuführen, wenn kein Untersuchungsgebiet festgesetzt ist. Dies gilt, wenn die Immissionswerte überschritten sind, oder deren Überschreitung zu erwarten sind.<sup>54</sup>

Die Änderung des BImSchG ist u.a. für das Gesundheitsamt ein neues Instrument, das sie zum Schutz der Bevölkerung anwenden kann. Bei Verdacht einer Gefährdung können die Ursachen und der Umfang von Luftverunreinigungen festgestellt werden. Es sind jetzt auch Feststellungen möglich, die nicht während des ganzen Jahres auftreten.

### ***Innenraum- und Außenluft***

Innenraumbelastungen wurden im Vergleich zu Schadstoffen der Aussenluft bisher wenig beachtet, stellt der Rat von Sachverständigen für Umweltfragen 1987 fest. Dabei kann dies zu einer erheblichen Gesamtbelastung beitragen, da die Menschen viel Zeit in Innenräumen verbringen. Im Rahmen der EG-Bauproduktionsrichtlinie von 1988 will das UMWELTBUNDESAMT ein möglichst hohes Schutzniveau festlegen.<sup>55</sup>

### ***Einfache Messungen***

sollte jedes Labor eines Gesundheitsamts durchführen können, und was noch wichtiger ist, es muß sie auch auswerten und entsprechende Empfehlungen gegenüber der Bevölkerung oder Behörden abgeben können.

Um Aussagen bei Luftbelastungen in Innenräumen und im Außenbereich machen zu können, muß das Gesundheitsamt zumindest einfache Möglichkeiten zum Messen haben. So sind Meßröhrchen zum Messen von z.B. Formaldehyd leicht bei einem Gesundheitsamt einsetzbar, während Dioxin-Messungen jedoch zu aufwendig und zu teuer sind, als daß sie ein Landkreis selbst durchführen sollte.

Vom Gesundheitsamt angebotene Messungen führen zu Nachfragen aus öffentlichen und privaten Kreisen und zu Mehrarbeit im Gesundheitsamt, wozu wieder nicht genügend Personal vorhanden ist.

Insofern müssen sachliche und personelle Voraussetzungen geschaffen werden, um Messungen anbieten zu können. Ein "Potemkinsches Dorf" im Gesundheitsamt bezüglich Messungen darf nicht aufgebaut werden.

### ***Welche Laborleistungen durch das Gesundheitsamt?***

Laborleistungen sollte ein Landkreis nur in beschränktem Umfang selbst anbieten. Die meisten Leistungen sollen für Behörden und für Private durch Dritte erbracht werden. Das Gesundheitsamt kann dabei eine vermittelnde, koordinierende und beratende Funktion ausüben.

Meßeinrichtungen, die für lokale und großräumige Aussagen erforderlich sind, soll das Land vorhalten (CO<sub>2</sub>, Ozon, SO<sub>2</sub>).

Auch Messungen, die für lokale Bürgerinitiativen als Grundlage für ihre Arbeit erforderlich sind, sollen durch das Gesundheitsamt vermittelt werden können.

### ***Meteorologie***

Zum Verständnis der Mechanismen des Zusammenwirkens von Emissionen, Transmission und Immission und zur Beurteilung der lufthygienischen Verhältnisse ist es wichtig, Kenntnis von den entscheidenden meteorologischen Grundsätzen zu haben. Daher werden in Luftgüternetzen parallel zu den Immissionswerten meteorologische Messungen durchgeführt. Auch bei kleinräumigen Entscheidungen empfiehlt sich eine Berücksichtigung des Kleinklimas, um richtige Entscheidungen für einen Standort z.B. für ein Blockheizkraftwerk zu treffen.

Wichtige Zustandsgrößen der Meteorologie sind:

---

<sup>54</sup> DEUTSCHLAND: 5. Immissionsschutzbericht. 1992.S.89

<sup>55</sup> Jahresbericht. 1989. S.98/99

- Windrichtung
- Windgeschwindigkeit
- Lufttemperatur
- Luftfeuchte
- Globalstrahlung oder Strahlungsbilanz
- Vertikaler Temperaturgradient<sup>56</sup>

### **Luftqualitätsdaten als kommunale Planungsgrundlagen**

In den festgelegten Belastungsgebieten (jetzt Untersuchungsgebieten) werden im Rahmen der staatlichen Luftreinhalteplanung. Schätzungen und systematischen Festlegungen über Emissionen, Immissionen, Wirkungen und Ursachen ermittelt. Diese Ergebnisse sind aus verschiedenen Gründen (u.a. TA Luft) kaum für eine kleinräumige städtebauliche Planung geeignet.<sup>57</sup> Größere Städte können mit vertretbarem Aufwand eine Kartierung von emissionsintensiven Gebieten, die Berechnungsverfahren zu Emissionsbeiträgen, die Überlagerung der verschiedenen Einwirkungsbereichen, die Zusammenfassung relativer Immissionsbelastungen, die Berücksichtigung meteorologischer Ausbreitungsbedingungen und andere Arbeitsinstrumente und Verfahren anwenden, um in und außerhalb von Belastungsgebieten Luftbelastungsaspekte in der Stadtplanung zu berücksichtigen.<sup>58</sup>

Mittelstädte (bis zu 50.000 Personen) können aus eigener Kraft diese Grundlagen einer vorsorgenden Planung nicht erstellen oder ein lufthygienisches Gutachten verwerfen, sollte tatsächlich eines mit einer brauchbaren Fragestellung in Auftrag gegeben worden sein. Sie benötigen dafür Hilfe von außen.

Dies gilt auch für die Mehrheit der Landkreise.

### **Umwelt- und Gesundheitsmonitoring**

"Umwelt- und Gesundheitsmonitoring" wird auf der Bundesebene angewandt, um Schadstoffe in Umweltmedien, Lebensmitteln und Verbrauchsgütern zu erfassen und die Umweltqualität zu überwachen (environmental monitoring). Monitoring bedeutet dabei "beobachten oder überwachen". Die Daten dienen zur Abschätzung der äußeren Belastung des Menschen durch Fremdstoffe.

Daneben ist das "biological monitoring of exposure", das umweltmedizinische (Human-) Biomonitoring zu erwähnen, das die Schadstoffbelastungen in Körperflüssigkeiten und -geweben erfasst und überwacht. Weiter wird die epidemiologische Erfassung von Schadstoffwirkungen in biologischem Material mit klinisch-chemischer Methodik "biological monitoring of effects" unterschieden.<sup>59</sup>

Mit dem Humanbiomonitoring läßt sich die individuelle Exposition im allgemeinen besser abschätzen als allein über ein Umweltmonitoring.<sup>60</sup>

Weitere Angaben zur Person und den Lebensgewohnheiten sind erforderlich, um die Meßwerte interpretieren und verwerten zu können.

Zum Biomonitoring gehört also stets parallel die Erhebung der Begleitdaten.

### **Bewertung von Biomonitoring-Daten**

Dazu greift man auf Referenzwerte aus der Vergleichsregion oder aus anderen Untersuchungen zurück. Vergleiche mit einer anthropogen nicht belasteten Bevölkerung sind nicht möglich, da überall Belastungen festzustellen sind. Inzwischen gibt es zahlreiche Biomonitoring-Untersuchungen.

Wieweit die politische Ebene Konsequenzen aus den gewonnenen Erkenntnissen zieht, und die Verwaltungen in Ländern und Kreisen in die Lage versetzt wird, die Luftqualität zu verbessern, dazu äußern sich weder Umweltbundesamt noch die Bundesregierung.

Immissionsschutzbericht spricht von verlässlichen Grundlagen für Schutz des Menschen !?

<sup>56</sup> Wunderlich in: Das GRÜNE GEHIRN. 18.Erg.1990,S.32/33

<sup>57</sup> FIEBIG/ ...1990,S.11

<sup>58</sup> FIEBIG/ ...1990,S.11

<sup>59</sup> s. Grafik in: UMWELTBUNDESAMT 1989,S.64 (als Anlage)

<sup>60</sup> UMWELTBUNDESAMT 1989, S.64

Auch der 5. Bundesimmissionsschutzbericht (BlmSchBericht) befaßt sich mit dem Umwelt- und Gesundheitsmonitoring im Zusammenhang mit dem Bericht über die Wirkung von Luftverunreinigungen auf den Menschen:

*"Der menschliche Organismus ist nur in begrenztem Umfang fähig, immissionsbedingte Veränderungen der äußeren Lebensbedingungen ohne erkennbare Beeinträchtigungen oder Schäden zu tolerieren. Es ist daher erforderlich, bereits vorsorglich Umweltrisiken zu vermeiden bzw. zu minimieren. Da das Wissen über die Auswirkungen von Luftverunreinigungen auf die menschliche Gesundheit beträchtlich zugenommen hat, bieten sich verlässliche Grundlagen, um die Menschen in Zukunft verstärkt vor schädlichen Beeinträchtigungen zu schützen."*

Weiter die Bundesregierung.<sup>61</sup>

*"Im Bereich des Immissionsschutzes konzentriert sich das gesundheitsbezogene Umweltmonitoring auf eine möglichst belastungs- und bevölkerungsrepräsentative Erfassung der Immissionsituation und deren Beurteilung anhand umwelthygienischer Standards."<sup>62</sup>*

Das für die Abschätzung einer individuellen Exposition erforderliche engmaschige Meßnetz erscheint ihr

*"extrem kostenträchtig, oft unnötig oder gar fehldimensioniert".*

Die vorhandenen Meßnetze in Verbindung mit den umweltmedizinischen Monitoringuntersuchungen reichen bei Detailaussagen nicht aus, obwohl sie für eine generalisierende lufthygienische Beurteilung ihren Zweck erfüllen.

Damit widerspricht sich die Bundesregierung mit ihrer Aussage selbst, daß "verlässliche Grundlagen" vorlägen.

### **Meßnetze für Regionalanalysen nutzen**

Bei einer Verknüpfung der vorhandenen lufthygienischen Daten mit den Krebsregisterdaten im Saarland, konnte die These untermauert werden, daß die allgemeine Luftverunreinigung zum Lungenkrebsrisiko beiträgt. Immissionsdaten lassen sich so im Rahmen von Regionalanalysen nutzen.<sup>63</sup>

### **Umweltsurvey**

Die Umweltsurvey von 1985/85 und 1990/91 ergeben keine geeigneten Immissionsmeßwerte für die Expositionsbeurteilung in Bezug auf die Außenluftbelastung. Sie wurden im Rahmen einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe auf Individualdatenbasis durchgeführt. Ihr Schwerpunkt liegt auf der Erhebung und Bewertung der Innenraum-, Trinkwasser- und (1990/91 auch auf) der Nahrungsmittel-Belastung.<sup>64</sup>

Das Institut für Wasser-, Boden- und Lufthygiene des Bundesgesundheitsamts untersuchte Schadstoffbelastungen im Wohnbereich sowie Blut, Urin und Haare von 2700 Personen. Außerdem wurden die Probanden nach Lebensgewohnheiten und Belastungsquellen befragt.<sup>65</sup>

Die Bundesregierung hält ein gesundheitsbezogenes Umweltmonitoring für ein Ziel, das eine bessere Abschätzung der toxischen Gesamtsituation erlaubt. Dadurch soll eine Verbesserung der Erkenntnisse und ein offener Dialog mit allen Verantwortlichen und Betroffenen über Grenzen der naturwissenschaftlichen Erkenntnisse ermöglicht und "die Glaubwürdigkeit in der Umweltpolitik erhalten bleiben".<sup>66</sup>

### **Fazit :Messen**

Messungen und Meßdaten sind wichtige Voraussetzungen für die gesundheitsrelevante Arbeit von Gesundheitsbehörden. Es bedarf einer einheitlichen Regelung, um Vergleichbarkeit zu gewährleisten sowie einer angemessenen Ausstattung. So werden Grundlagen für Planungen und Fördermaßnahmen geschaffen.

Jedes Gesundheitsamt sollte in der Lage sein, selbst einfache Messungen durchzuführen.

Bei vorhandenen Problemen mit der Luftqualität sollten häufiger mobile Meßstationen zum Einsatz kommen, die unmittelbar auf die vorhandene Fragestellung eingehen. Besonders im ländlichen Kreisen ist diese Lösung sinnvoller und flexibler zu handhaben als die Installation von zusätzlichen

<sup>61</sup> DEUTSCHLAND: 5.BlmSchBericht. 1992, S.97

<sup>62</sup> DEUTSCHLAND: 5.BlmSchBericht. 1992, S.99

<sup>63</sup> DEUTSCHLAND: 5.BlmSchBericht. 1992, S.99

<sup>64</sup> DEUTSCHLAND: 5.BlmSchBericht. 1992, S.99

<sup>65</sup> UMWELTBUNDESAMT 1989,S.65.

<sup>66</sup> Staatssekretär WIECZOREK 1993,S. 169.

festen Meßstationen. Nicht der Einsatz von Messungen, sondern die Fragestellung und -auswertung ist bei der Luftqualität entscheidend.

### **2.3. Berichten**

Die erhobenen Daten müssen aufgearbeitet und anderen zugänglich gemacht werden, damit sie Grundlage für Berichten, Planen und Fördern sein können. Berichten ist dabei Zustandsbeschreibung; eine Kombination wissenschaftlicher Interpretation von Daten und zielgruppenspezifischer Aufarbeitung<sup>67</sup>

#### **2.3.1. Traditionelle Sichtweise**

Ein Blick in das Standardwerk des öffentlichen Gesundheitsdienstes<sup>68</sup>, gibt die aktuelle, konservative Auffassung zu Berichten über die Luftreinhaltung und den Zusammenhang mit Gesundheit wieder. WUNDERLICH hält sich dabei an die gesetzlichen Grundlagen, die für die Gesundheitsfachverwaltung relevant sind. Bemerkenswert ist, daß er auf Schadstoffe wie Chlorkohlenwasserstoffe und Dioxine/ Furane nicht eingeht, während Ozon sowohl als Ozonloch als auch als Sommersmog dargestellt werden.

Neuere Entwicklungen, auch beim Bundesgesundheitsamt, werden vermutlich vorsichtshalber nicht erwähnt. So führt das Umweltbundesamt (UBA) in seinem Jahresbericht 1989 ein Kapitel "Biomonitoring in der Umweltmedizin" ein, die traditionelle Sichtweise nimmt davon (noch) keine Notiz. Akzeptiert sind im GRÜNEN GEHIRN Emissions- und Immissionskataster sowie Wirkungskataster. Dies sind die jetzt zur Verfügung stehenden Grundlagen für das Berichten über die Luftsituation.

Diese Daten können nur unzureichend für ein vorausschauendes Berichten herangezogen werden, da die TA Luft als Grundlage viele Schwachpunkte enthält.

#### **2.3.2. Neuere Möglichkeiten erfordern neue Informationsaufarbeitung**

Der Herausforderung eines modernen kommunalen Gesundheitswesens, für saubere Luft zu sorgen, ist die Gesundheitsbehörde eines Kreises derzeit nicht gewachsen, selbst nicht bei gutem politischen Willen.<sup>69</sup>

Es fehlen sowohl die traditionellen Luftdaten aus Emissions/ Immissionskatastern und Daten über das Leistungsspektrum der Einrichtungen des Gesundheitswesens als auch Daten über Zustände und Risiken der natürlichen und sozialen Umwelt<sup>70</sup> oder sie sind in einem nicht nutzbaren Zustand. Das Gesundheitsamt ist nicht in der Lage, selbst Datensammlungen anzulegen, auf deren Grundlage es Empfehlungen für die gesundheitliche Entwicklung der Bevölkerung aussprechen könnte.

Ein neu gestalteter öffentlicher Gesundheitsdienst kann seine Aufgaben nur wahrnehmen, wenn er in die Lage versetzt wird, den regelmäßigen Datenzufluß neu zu ordnen und Informationskapazitäten aufzubauen. BADURA/ LENK<sup>71</sup> sehen in der

*"Unfähigkeit, mit dem gesellschaftlichen Wandel durch eine quantitative und qualitativ gesteigerte Informationsaufnahme und Informationsverarbeitung Schritt zu halten, einen der Hauptgründe für den drohenden Verfall bestehender Gesundheitsämter."*

*"Die Aufgabe des ÖGD wäre es, die gesundheitliche Entwicklung der Bevölkerung zu beobachten und die notwendigen Schlußfolgerungen zu ziehen."*<sup>72</sup>

Auch dem kann das Gesundheitsamt wegen fehlender Gesundheits- und Umweltdaten nicht nachkommen.

Besonders für die Bevölkerung in ländlichen Gebieten liegt es beiden Grundlagen für Maßnahmenvorschläge im Argen.

#### **Umweltberichte und -programme**

Außerhalb der kommunalen Pflichtaufgaben haben sich umweltbezogene Planungsgrundlagen entwickelt. Dabei gibt es für die Umweltberichte oder -programme keine einheitlichen Kriterien

<sup>67</sup> Thiele in: STRUKTURENTWICKLUNG... 1990, S.55

<sup>68</sup> Das GRÜNE GEHIRN. 18.Erg.Lfg. 1991,E3, S.1-70

<sup>69</sup> eigene Erfahrungen

<sup>70</sup> BADURA/ LENK in: 1986, S.174

<sup>71</sup> in: 1986 S.173/174

<sup>72</sup> Schruoffenegger in: ALTERNATIVE ... 1988,S.39

oder Ziele, so daß meistens keine vergleichbaren Grundlagen entstehen. So schreibt die Umweltsachverständige im Vorwort des Umweltberichtes des LANDKREISES LIMBURG-WEILBURG<sup>73</sup>:

*"Er enthält immer noch relativ wenig Angaben, die eigentlich in einem Umweltbericht enthalten sein sollten: nämlich Angaben darüber, wie sich die Belastungen von Boden, Wasser und Luft im Landkreis entwickelt haben. Dies hängt damit zusammen, daß im neu geschaffenen Umweltamt die Informationen, soweit sie überhaupt vorhanden sind, noch nicht systematisch erfaßt und als Daten greifbar sind."*

Obwohl sie meist nicht den Namen "Bericht" verdienen, weil sie den Charakter von Zustandsbeschreibungen haben und kaum Angaben über die Entwicklung des Umweltzustandes wiedergeben, haben sie sich als Instrument bewährt. Fast alle Umweltberichte behandeln Luftbelastungsprobleme<sup>74</sup>. Es wird der Versuch unternommen, die lufthygienische Situation zu erfassen und zu bewerten. Zum Teil gibt es eigene Umweltberichte mit dem Schwerpunkt Luftreinhaltung.

### **Gesundheitsberichte**

Wie die meisten Umweltämter keinen aussagekräftigen Umweltbericht erstellen können, so ist auch ein Gesundheitsamt nicht in der Lage, einen informativen Gesundheitsbericht zu erstellen, wie dies als Vorschlag aus der Politik an einigen Stellen erhoben wird<sup>75</sup>, obwohl die Forderung sinnvoll ist.

Eine umweltbezogene Gesundheitsberichterstattung bildet einen Schwerpunkt bei den umweltbedingten Krankheiten bzw. Gesundheitsstörungen und dient als Instrument der Gesundheitspolitik.<sup>76</sup>

Beispiel: Probleme bei Erstellung eines Trinkwasserbericht

Selbst für die Erstellung eines Trinkwasserberichts im Landkreis Limburg-Weilburg dauerte es vom Kreistagsbeschluß, einen solchen vorgelegt haben zu wollen (Okt. 1989), bis zur Fertigstellung zwei Jahre, da die Daten nur unzureichend geordnet waren, keine Datenverarbeitung vorhanden war und das Personal weder vorhanden noch fachlich dazu qualifiziert war.

Und dies, obwohl das Gesundheitsamt nach der Trinkwasserverordnung klare Kontrollfunktionen besitzt und die Untersuchungsergebnisse der Gemeinden regelmäßig erhält.

### **Über Luft: Nichts vorhanden zum Berichten**

Bei Daten der Luft ist noch nicht einmal eine Datengrundlage wie für die Wasserqualität gegeben: das Gesundheitsamt hat zwar nach der 3.DVO<sup>77</sup> eine allgemeine Schutzfunktion, es hat aber keinen Zugang noch die Kapazität zu einer Datensammlung. Die Gesundheitsbehörde müßte in der Lage sein, in einem Luftbericht die Situation offenzulegen wie dies beispielsweise im Trinkwasserbericht geschehen ist.

### **Wohin mit den Daten über die Luft?**

Wenn nun sowohl im Umwelt- als auch im Gesundheitsbereich ein Berichtswesen aufgebaut wird, wohin gehören denn die Daten zum Zustand der Luft? In den Umwelt- oder in den Gesundheitsbericht?

Gerade aus der Erfahrung mit bereits vorhandenen Daten zur Luft plädiert die Verfasserin dafür, sie dem Gesundheitsamt zur Aufarbeitung und zum Berichten zu überlassen. Daten über die Luftqualität machen nur Sinn im Zusammenhang mit denjenigen, die sie betreffen: den Menschen und seine Umwelt.

Die Diskussion über den Aufbau der Gesundheitsberichterstattung (GBE) ordnet die Daten über die Luft wegen des Zusammenhangs von Gesundheit und Umwelt dem gesundheitlichen Bereich zu.

### **2.3.3. Gesundheitsberichterstattung (GBE)**

Definition: Gesundheitsberichterstattung<sup>78</sup> will

*"kontinuierlich Auskunft geben über den Gesundheitszustand der Bevölkerung sowie die dafür eingesetzten Ressourcen."*

---

<sup>73</sup> 4. Bericht 1990

<sup>74</sup> FIEBIG/.... 1990,S.100

<sup>75</sup> so bei den GRÜNEN. Schruoffenegger in: ALTERNATIVE...1988,H.5,S.39

<sup>76</sup> GESUNDHEITSWISSENSCHAFTEN. 1993,S.309

<sup>77</sup> Gesetz zur Vereinheitlichung des Gesundheitswesens. Dritte Durchführungsverordnung vom 30. März 1935

<sup>78</sup> Borgers/ Laaser/ Schröder in: GESUNDHEITSWISS....1990, S.227



SCHÄFER/ WACHTEL<sup>79</sup> begreifen einen Gesundheitsbericht als:

*"beschreibende, kommentierende und interpretierende Zusammenstellung von Zielen und aktuellen Informationen d. h. Fakten, Sachverhalten und Ereignissen des Gesundheitswesens, die geeignet ist, ein Bild von den Krankheiten, ihren Folgen und möglichen Ursachen, der Lebenslage der Betroffenen, ihrer Versorgung in den ambulanten und stationären Einrichtungen sowie deren Kosten und Finanzierung zu vermitteln. Er soll damit eine Art Rechenschaftsbericht über die erforderlichen und erbrachten Leistungen im Gesundheitswesen sein."*

Dabei muß GBE mehr sein als eine Momentaufnahme, sondern ein von vielen Seiten genutztes und nutzbares gesundheitspolitisches Instrument.<sup>80</sup>

### **Gesundheitsinformationssystem**

Eine vergleichbare Zielsetzung wie die GBE hat das Gesundheitsinformationssystem, wobei der Schwerpunkt auf der medizinischen Seite liegt. Die umweltbezogenen Krankheitsursachen werden zwar nicht erwähnt, sind jedoch bei "epidemiologischen Gründen" indirekt enthalten. Die frühe Verwendung des Begriffs "Health Information Systems" durch die WHO 1973 läßt vermuten, daß sich der Begriff Gesundheitsberichterstattung inzwischen durchgesetzt hat und beide das gleiche beinhalten. Von der medizinischen Zielsetzung abgesehen, ist der Hauptzweck, nutzbare Informationen über die Leistungen der Gesundheitsversorgung zu erhalten.

Die WHO zeigt als Definition für das Informationssystem auf:

*"Ein Mechanismus, der der Sammlung, Verarbeitung, Analyse und Übermittlung von Informationen dient, die für die Organisation und Tätigkeit von Gesundheitsdiensten sowie für Forschung und Ausbildung erforderlich sind."*<sup>81</sup>

### **Gesundheitsrelevante Informationen**

Beim Berichtswesen muß die Darlegung zunächst allgemein erfolgen, da eine Beschränkung auf die Luft nicht möglich ist.

Um seine Aufgaben erfüllen zu können, braucht öffentliche Gesundheitspolitik vier Typen von Informationen<sup>82</sup>:

- a) Risikoberichterstattung: Daten über die Verteilung und Entstehung von Gesundheitsgefahren nach Gefährdungsbereichen Bevölkerungsgruppen und Zielkrankheiten (Als Beispiele für Risiken: Ernährung, legale und illegale Drogen, körperliches Training)
- b) Krankheitsberichterstattung: eine solide geschlechts-, regions-, arbeits- und schichtenspezifische Gesundheits-, Krankheits- und Sterbestatistik sowohl als Instrument zur Beobachtung des Eintretens von Gefahren als auch als Voraussetzung der Planung, Steuerung und Evaluation von Versorgungseinrichtungen, als auch als Teil der Ergebnisermittlung präventiver Strategien.
- c) Versorgungsberichterstattung: über Ausstattung und Leistungen der gesundheitsbezogenen Institutionen - Krankenversorgungssystem, Gesundheitsämter, Selbsthilfegruppen, Gesundheitsinitiativen usw.
- d) Politikberichterstattung: über Gründe, Verlauf und Ergebnis erfolgreicher und erfolgloser Initiativen privater und staatlicher Akteure zur Verbesserung von Prävention und/ oder Krankenversorgung.

### **2.3.4. Bundesebene: Berichtswesen allgemein**

Das Bundesgesundheitsamt wünscht, daß die kontinuierliche GBE eine zentrale Aufgabe des ÖGD werden bzw. bleiben sollte. GROSSKLAUS führt dazu z.B. die Todesursachenstatistik, die Erfassung und Berichterstattung über Infektionskrankheiten und Zivilisationskrankheiten; die Umwelthygiene und das Krankenhauswesen auf.<sup>83</sup>

### **GBE als zentrale Aufgabe des ÖGD**

Bei ihrer 64. Konferenz am 24./25. Okt. 1991 äußern die Gesundheitsministerinnen und -minister grundsätzlich ihre Ansicht zur Gesundheitsförderung. U.a. heißt es:

*"Eine umfassende, verständliche und zugängliche Gesundheitsberichterstattung, die mehr ist als eine moderne Medizinalstatistik, ist als Grundlage für Planung und als Instrument der Erfolgskontrolle durchgeführter Maßnahmen unverzichtbar."*

Auch bei den Grundsätzen zur Gesundheitsvorsorge und -früherkennung ist die Gesundheitsberichterstattung eine wichtige Grundlage:

---

<sup>79</sup>1989, S.1

<sup>80</sup>Chory in: Das GESUNDHEITSWESEN ... 1988,S.87

<sup>81</sup>Hartgerink in: EPIDEMIOLOGIE...1984, S.71

<sup>82</sup>Rosenbrock in: GESUNDHEITSWISSENSCHAFTEN. 1993,S.324/325

<sup>83</sup>Großklaus in: GESUNDHEITSWESEN... 1988,S.200

*"die, wenn sie wirksame Präventionsmaßnahmen vorbereiten soll, sozialepidemiologisch orientiert sein und ökologische Gesichtspunkte berücksichtigen muß. Nur dann kann sie reale krankheitsverursachende Strukturen ausfindig machen. Dies geschieht durch eine regionalisierte, berufs-, schicht-, geschlechts- und altersspezifische Betrachtung sowie durch eine geeignete Verknüpfung dieser Aspekte. Notwendig ist die Evaluation mit regelmäßigen Wirksamkeitsanalysen der eingesetzten Mittel und Methoden, etwa durch eine Verbesserung der Dokumentation, und des erreichten Effekts sowie eine angemessene Qualitätssicherung."*

### **Bundesrepublik im Rückstand**

Gegenüber der Gesundheitsberichterstattung anderer Industrieländer wie Großbritannien, USA, Skandinavien befindet sich die Bundesrepublik

*"zum Teil um Jahrzehnte im Rückstand".*

Die nunmehr in Gang kommende Diskussion ist somit *"ein Stück nachholender Modernisierung"* und verdankt sich der Einsicht, daß eine wissenschaftlich fundierte Berichterstattung eine der notwendigen Bedingungen zielführender Gesundheitspolitik ist.<sup>84</sup>

### **Kritik auch vom Bundesgesundheitsamt**

Auch das Bundesgesundheitsamt<sup>85</sup> führt anlässlich einer Vortragsreihe über das Gesundheitswesen in der Bundesrepublik im Wintersemester 1986/87 an der Universität Witten/Herdecke die mangelnde GBE als zentralen Mangel des öffentlichen Gesundheitswesens an:

*"Der ÖGD ist so gut oder so schlecht, wie er in die Lage versetzt wird, anhand moderner Gesundheitsberichterstattung seine Prioritäten zu setzen".*

Er stellt die Lücken auf eine Ebene mit denen in der Epidemiologie und bezeichnet die Bundesrepublik im Vergleich zu anderen Industriestaaten als "Entwicklungsland"<sup>86</sup>.

Die Kritik an der Berichterstattung richtet sich

*"vor allem auf die fehlende Verfügbarkeit von Datenkörpern, Erhebungslücken (Mikrozensus, nationaler Gesundheitssurvey), fehlende Effektivitätsbewertung (d.h. Input-Output-Relation), fehlende Zielvorgabe und fehlender Zielabgleich sowie die ganz generell fehlende wissenschaftlich analytische und prognostische Bearbeitung."<sup>87</sup>*

Auch die Gesundheitsministerkonferenz (GMK) äußert sich kritisch zur bisherigen Praxis:

*"Bisherige Datensammlungen und Medizinalstatistiken konnten wegen ungenügender Auswertbarkeit häufig nicht zu gesundheitspolitischen Interventionen und Planungen herangezogen werden. Zukünftig wird jede Datensammlung schon im Ansatz auf Sinnhaftigkeit, Aussagekraft und Datenschutzverträglichkeit zu überprüfen sein. Gute Ergebnisse lassen sich bei vielen Fragestellungen auch mit Stichprobenerhebungen erzielen, so daß auf Totalerfassungen in vielen Bereichen verzichtet werden kann."<sup>88</sup>*

### **Bundesimmissionsschutzbericht**

Beim BImSchBericht kann die Verfasserin wieder speziell der Luft zuwenden. Gemäß § 61 BImSchG wurde am 15.12.1992 der fünfte Immissionsschutzbericht der Bundesregierung vorgelegt. In ihm berichtete der Bundesminister für Umwelt, Naturschutz und Reaktorsicherheit ausführlich über Luftreinhaltung:

- Stand und Entwicklung
- Maßnahmen zur Luftreinhaltung
- Forschung über die Wirkung von Luftverunreinigungen
- Entwicklung technischer Verfahren und Einrichtungen
- Aufwendung für Forschung und Entwicklung
- internationale Zusammenarbeit

Interessant sind die Angaben zu den produktionsbezogenen Maßnahmen über Schadstoffe wie: FCKW, PBDE in Flammenschutzmitteln, Polychlorierte Biphenyle (PCB), Pentachlorphenol (PCP), Asbest, chlorierte Lösungsmitteln und Dioxin.

<sup>84</sup> Rosenbrock in: GESUNDHEITSWISSENSCHAFTEN. 1993,S.324

<sup>85</sup> Großklaus in: GESUNDHEITSWESEN... 1988,S.196-201, S.197

<sup>86</sup> Großklaus in: GESUNDHEITSWESEN... 1988,S.198

<sup>87</sup> Borger/...in: GESUNDHEITSWISS.....1990,S.228

<sup>88</sup> GMK 24./25.11.1991

Auch im Kapitel Forschung wird zu Schadstoffen berichtet: Organische Lösemittel, kanzerogene Stoffe wie Arsen, Benzol, Rußpartikel auf der gleichen Ebene mit der Forschung zu Atemwegserkrankungen bei Kindern<sup>89</sup> und dem Umwelt- und Gesundheitsmonitoring.

Ist dieser Bericht ein Fortschritt gegenüber der traditionellen Sicht der Gesundheitsverwaltung und des "GRÜNEN GEHIRN"s? Wird die Aufmerksamkeit für die Schadstoffe dann auch von der Umwelt in den Bereich Gesundheit durchschlagen?

Oder bleibt es bei Verordnungen und dem vorhandenen Vollzugsdefizit der Umwelt- und Gesundheitsbehörden?

Gerade im Bereich Luftreinhaltung klafft eine Lücke zwischen Verordnungen zur Luftreinhaltung und Veränderungen in der Praxis, besonders wegen fehlender Kapazitäten (Daten, Personal) auf kommunaler Ebene.

### **2.3.5. Landesebene: Derzeitige Ländergesundheitsberichte**

Ähnlich sieht es mit der GBE in Nordrhein-Westfalen aus, wo der Bericht des Landes weitgehend aus der statistischen Auswertung der Arbeit der Staatlichen Gesundheitsfachverwaltung besteht. Sie beruhen auf der "Blattfolge für die Jahresgesundheitsberichte", der Grundlage für die gesetzliche Berichtspflicht der Stadt- und Landkreis- Gesundheitsämter.<sup>90</sup>

#### **Berichtswesen in Hessen**

Der Hessische Landesgesundheitsbericht 1990 des Sozialministeriums (Abschnitt V) enthält nichts zum Thema Prävention, der Bereich Umwelt und Gesundheit lediglich ein Kapitel Pestizide im Trinkwasser, alles übrige betrifft Krankheit und Pflege im kurativen Sinn.

Im hessischen Bericht sind bei weitem nicht alle Bereiche dargestellt, über die berichtet werden könnte. So melden die hessischen Gesundheitsämter, die eine Angelegenheit der kommunalen Selbstverwaltung sind, gemäß Erlassen<sup>91</sup> in ihren periodischen Halbjahresberichten an das Regierungspräsidium zu folgenden Gebieten:

- A: Situation des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Räumliche Ausstattung, Personal, Organisation, Zusammenarbeit)
- B: Aufgaben der Gesundheitssicherung, (Ambulante Versorgung, Krankenhauswesen, Unfalldienste, Apothekenwesen, Betäubungsmittel, Sucht)
- C: Hygienische Aufgaben des Gesundheitsschutzes
  - C1a: Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten
  - C1b: Untersuchte Personen nach dem Bundesseuchengesetz
  - C1d: Impftermine
  - C1e: Allgemeine seuchenhygienische Maßnahmen und Aufklärung
- C 2: Orts-, Wohnungs-, Zeltplatz- und Lagerhygiene (hierunter: Stellungnahmen zu Bebauungsplänen, Flächennutzungsplänen)
- C 3: Wasserversorgung (hierunter Stellungnahmen zu Verfahren der Wassergewinnung und -versorgung)
- C 4: Abwasserversorgung
- C 5: Fluß- und Oberflächenwasserüberwachung
- C 6: Müllbeseitigung
- C 7: Lufthygiene (hierunter fallen Stellungnahmen zur Luftreinhaltung und Verfahren nach BImSchG)
- C 9: Badeanstalten / Freibäder
- C 11: Gewerbehygiene (hierunter fallen Stellungnahmen zu Bauanträgen bei gewerblichen Bau-, Erweiterungs- und Umbaumaßnahmen)
- C 14: Leichen- und Friedhofswesen
- C: Allgemein (hierunter fällt die Problematik Dioxin-Kontamination durch "Kieselrot", Schwermetalle auf kreiseigenen Sportanlagen, die Erstellung des Jahrestrinkwasserberichts, Asbest)
- D: Gesundheitsvorsorge und -fürsorge
  - D 2: Neugeborenenfürsorge und Mütterberatung
  - D 3: Kleinkinderfürsorge
  - D 4: Schulgesundheitspflege
  - D 5: Jugendzahnpflege
  - D 6: Behindertenfürsorge

<sup>89</sup> DEUTSCHLAND 5. BImSchBericht. 1992,S.98

<sup>90</sup> Borgers/ Laaser/Schäfer in: GESUNDHEITSWISS.... 1990,S.229

<sup>91</sup> vom 11. März 1965 und 17. Mai 1984

- D 8: Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten
- D 11: Gesundheitserziehung
- D 12: Sportärztliche Tätigkeit
- E: Gutachterwesen
- F: Aktuelle Verwaltungsprobleme u. gesundheitspolitische Diskussion

Die vorgegebene Gliederung macht die Defizite der Berichterstattung deutlich: die umweltbezogenen und vorsorgenden Aufgaben nehmen nur einen geringen Raum ein. Daher mahnt das Gesundheitsamt Limburg-Weilburg regelmäßig einen neuen Fragekatalog mit klarer Zuordnung der jeweiligen Sachbereiche und Berücksichtigung der neuen Erfordernisse der Gesundheitsverwaltung an.

### **Mängel bei der Gesundheitsberichterstattung**<sup>92</sup>

Kritisch sind fünf Punkte:

- fehlende Systemkonzeption
- keine Orientierung über den Erfolg des Gesundheitssystems im Verhältnis zu den eingesetzten Mitteln
- Finanzrahmen der Krankenversicherungen nicht einbezogen
- keine Berücksichtigung des Zusammenhangs zwischen den Gesundheitsgefahren und dem Gesundheitszustand
- Eigenschaft des Gesundheitssystems ist nicht Gegenstand wie: Innovationsfähigkeit, Anpassungsfähigkeit, Vergeudung von Mitteln zu verringern, Qualitätssicherungspotential, Preisgerechtigkeit, Erfolgsorientierung

### **Konzeption der zukünftigen Landesberichte**

Für Nordrhein-Westfalen sind fünf Elemente für eine Gliederung entwickelt:<sup>93</sup>

1. Systemorientierung
  - A. Gesundheitszustand
  - B. Gesundheitliche Risiken
  - C. dito, aus der technischen und sozialen Umwelt(Exposition)
  - D. Leistungen des Gesundheitsschutzes (Prävention)<sup>94</sup>
  - E. Leistungen der Gesundheitsversorgung
  - F. Einrichtungen des Gesundheitsschutzes und der Gesundheitsversorgung
  - G. Beschäftigte im Gesundheitswesen
  - H. Ausgaben des Gesundheitswesens
  - I. Finanzierung
2. eine große Themenbreite der GBE (57 Einzelthemen)<sup>95</sup>
3. Berichterstattung als Prozeß
4. Differentielle Periodizität der Berichterstattung  
(Veränderungen ersichtlich in Mehrjahresperioden)
5. Politische Verarbeitung der Berichterstattung<sup>96</sup>

Dabei zieht sich die Luftreinhaltung durch die gesamte Gliederung und ist in den Teilen A,B,C,D und E im Querschnitt enthalten.

### **Für Baden-Württemberg wird ein Dreistufenplan der Umsetzung vorgestellt:**

Die GBE soll nach zehn Themenbereichen aufgebaut werden:

1. Gesundheitspolitische Zielsetzungen und Prioritäten
2. Bevölkerung nach ausgewählten soziodemographischen Merkmalen und Krankenversicherungsschutz
3. Gesundheitszustand
4. gesundheitsrelevante Merkmale der Lebensweise
5. Gesundheitsrelevante Bedingungen der natürlichen und technischen Umwelt
6. Leistungsanspruchnahme der Gesundheitsversorgung
7. Einrichtungen des Gesundheitswesens
8. Beschäftigte im Gesundheitswesen
9. Ausgaben und Finanzierung

<sup>92</sup> Borgers/ ...in: GESUNDHEITSWISSENSCHAFTEN...1990,S.229/230

<sup>93</sup> Borgers/ ...in: GESUNDHEITSWISSENSCHAFTEN...1990,S.230-236

<sup>94</sup> s. Anlage in: SCHÄFER/ WACHTEL 1989,S.50

<sup>95</sup> s. Anlage in: GESUNDHEITSWISSENSCHAFTEN...1990, S.232/233

<sup>96</sup> s. Anlage in: GESUNDHEITSWISSENSCHAFTEN...1990, S.236

10. .Kosten der Einrichtung des Gesundheitswesens

Es wird zwischen einem jährlichen Pflichtteil und anderen freiwilligen oder mehrjährigen Teilen unterschieden, um den Umfang der Berichte in Grenzen zu halten.<sup>97</sup>

Die gewählte Gliederung in Themenbereiche erschwert eine integrative Gesamtschau von Krankheitsgruppen wie Atemwegserkrankungen, da Luftreinhaltung in der Systematik nur indirekt enthalten ist. Daher sollen wesentliche Krankheitsarten in einem Mehrjahresrhythmus behandelt werden: im zweiten Jahr zum Beispiel bösartige Neubildungen, chronische Atemwegserkrankungen und Allergien. So können gesundheitspolitische und -planerische Schlußfolgerungen gezogen werden.

Die Unterschiede beider Gliederungen in Baden-Württemberg und Nordrhein-Westfalen machen deutlich, wie wichtig eine bundesweite Abstimmung ist, um Vergleichbarkeit zu erreichen.

### **2.3.6. Datenerhebung**

#### **Schwierigkeiten bei der Datenerhebung**

Die fehlenden Daten stoßen "auf vielfältige Interessen an der Zurückhaltung bzw. Nichterhebung derartiger Daten". Sowohl das Datenschutzverständnis als auch das Arztgeheimnis behindert eine sinnvolle Datenerfassung. Offenbar wurden die berechtigten Interessen des öffentlichen Gesundheitsdienstes als auch der Sozialverwaltung am Zugang zu Daten nicht berücksichtigt, vielleicht schlicht vergessen. Der Datenschutz war auf die Träger der Sozialversicherung abgestellt anstelle die Interessen von Individuen und diejenigen des Sozialstaates als Leistungspflichtigem miteinander abzustimmen.<sup>98</sup>

Unter diesen Bedingungen findet kaum epidemiologische Grundlagenforschung in der Bundesrepublik statt.

#### **Daten über die Morbidität<sup>99</sup>**

Die zentrale Herausforderung für die Gesundheitsberichterstattung ist es, die Morbidität der Bevölkerung als Maß für die Verbreitung einer Krankheit (z.B. bei Atemwegserkrankungen) zu beschreiben.

Die GBE wird initiativ werden müssen, um eigene Primärdaten zu erhalten.<sup>100</sup>

#### **Möglichkeiten der Datenerhebung**

Bundesweit verfügbar sind zahlreiche Daten, die sich als Grundlage einer luftbezogenen Berichterstattung eignen.<sup>101</sup>

- über meldepflichtige Krankheiten
- über Musterungs- und Annahmeuntersuchungen der Bundeswehr
- die schulmedizinischen Untersuchungen, bei der die Jahrgänge vollständig erfaßt werden. Hierbei erhält das Gesundheitsamt einen umfassenden Überblick über den Gesundheitszustand der Kinder im Land. Es könnten sehr schnell bei den jährlichen Reihenuntersuchungen einheitliche Fragen z.B. nach Allergien, Atemwegserkrankungen oder anderen umweltrelevanten Erkrankungen erfragt werden, möglicherweise auch mit wechselnden Schwerpunkten.
- über Herz-Kreislaufkrankungen gibt es das Herzinfarkt-Register des MONICA-Projekts in Heidelberg bzw. Augsburg
- die Dokumentation der niedergelassenen Ärzte und die Berichte der Kassenärztlichen Vereinigungen an die Krankenkassen sind nur mit hohem Aufwand für die GBE zu nutzen. Da geeignete Stichproben aus standardisierten Querschnitterhebungen fehlen, ist kein repräsentatives Bild über die Behandlungsanlässe erhältlich. Erfolgreich erprobt wurde eine Erhebung 1981/82 als Erhebung über die Versorgung im ambulanten Sektor (EVaS).
- die Arbeitsunfähigkeitsstatistik der GKV, die seit 1986 verbindlich erstellt werden muß.
- die Statistiken der gesetzlichen Rentenversicherung können hinsichtlich der Frühberentung Aussagen liefern. Dabei wird empfohlen, die Frühberentlichkeit bei den Diagnosekomplexen besonders der Atmungsorganerkrankungen nach einem statistischen Risikomodell in Analogie zu den Sterbetafeln näher zu analysieren.

<sup>97</sup> SCHÄFER/ WACHTEL 1989, S.58/59

<sup>98</sup> BADURA/ in: 1986, S.174

<sup>99</sup> Begriff aus der Epidemiologie, der die Häufigkeit und Verteilung von Krankheitsfällen in der Bevölkerung zum Inhalt hat. So erhält man Hinweise über Risikogruppen und gesundheitsgefährdende Umwelteinflüsse. (aus: ÖKO-LEXIKON 1988, S.175)

<sup>100</sup> SCHÄFER/ WACHTEL 1989, S.9

<sup>101</sup> SCHÄFER/ WACHTEL 1989, Zsfsg.: S.10-13

- Schwierig ist das Studium der Berufskrankheiten als klassisches Feld arbeitsmedizinischer und krebs-epidemiologischer Forschung mit klaren Ansatzpunkten für Prävention. Berufsgruppen, die besonders starken Expositionen ausgesetzt sind, sollen hinsichtlich der Tumorerkrankungshäufigkeiten auf längere Sicht beobachtet werden.

**Andere Möglichkeiten der Datenerhebung sind:**

- Modellversuch MORBUS der Ärztekammer Niedersachsen mit Ausrichtung auf umweltbedingte Gesundheitsstörungen. Dabei soll ein Panel niedergelassener Arztpraxen kontinuierlich und nach einem standardisierten Berichtsverfahren hinsichtlich weniger, aber ausgewählter (aber ggf. jährlich wechselnder) Erkrankungen einbezogen sein. Dieser Ansatz ist besonders beachtenswert, da viele umweltbedingte Gesundheitsstörungen schwerpunktmäßig im ambulanten Bereich behandelt werden.

- das von Pathologen entwickelte Konzept eines Obduktionsregister wäre eine Zufallsstichprobe der mobilen Bevölkerung

**- Krebsregister:**

Unter Epidemiologen besteht Einigkeit, daß nur mit Hilfe von Krebsregistern eine Verbesserung bei der Kontrolle der Krebserkrankungen als große gesellschaftliche, medizinische und gesundheitspolitische Aufgabe erreicht werden kann. Daher wird für Baden-Württemberg die Einrichtung eines epidemiologischen Krebsregisters empfohlen.

Auch Hessen denkt über die Einrichtung eines Krebsregisters nach, wie Äußerungen der Gesundheitsministerin Iris Blaul zu entnehmen war.

Niedersachsen beginnt mit dem Aufbau eines Krebsregisters in einigen Regierungsbezirken. Ziel ist, Aufschluß über die Häufigkeit von Neuerkrankungen und über regionale Unterschiede zu gewinnen. Vermutungen könnten dann in gezielten Studien überprüft werden.<sup>102</sup>

- Daten im Krankenhaus

Die gesetzlichen Krankenkassen führen schon seit längerem eine Statistik über Art und Umfang der behandelten Krankheiten. Seit kurzem dokumentieren ebenso die Krankenhäuser in der Diagnosestatistik nach § 16 BpflV (Bundespfllegesatzverordnung) die diagnostischen und therapeutischen Leistungen im Krankenhaus. Wegen unterschiedlicher Schwächen ergänzen sich beide Statistiken und sollten in die GBE aufgenommen werden.

**Bedeutung der Datenerhebung für die GBE**

SCHÄFER/ WACHTEL<sup>103</sup> machen in ihrer umfangreichen Planungsstudie über die umweltbezogene Gesundheitsberichterstattung deutlich, daß die Darstellung der Morbidität ein zentrales Element ihres Konzepts ist, das sie als Bausteinkonzept für Baden-Württemberg erarbeitet haben und das in aufeinanderfolgenden Phasen realisiert werden kann.

Als neue Instrumente der Primärdatenerhebung sind ihnen besonders wichtig:

- das epidemiologische Krebsregister
- EVaS-Ansatz
- MORBUS-Konzept
- Obduktionsregister.

**2.3.7. Kommunale Berichte**

Im Gegensatz zu den Landesberichten ist die Diskussion über die kommunale Gesundheitsberichterstattung noch nicht so intensiv konzeptionell durchdacht. Es gibt in einigen Städten (Offenbach, Bielefeld, Essen, Köln und Herne) und Landkreisen (Unna und Steinfurt)<sup>104</sup> praktische Ansätze.

**Konzeption der kommunalen GBE**

Im Modellgesundheitsamt Marburg wird bereits im Abschlußbericht 1982 die Erstellung von Gesundheitsberichten angesprochen. Über eine umfangreiche Dokumentation aller für die gesundheitlichen Belange der Bevölkerung wichtigen Daten sollte Material auch für Gesundheitsberichte geliefert werden.<sup>105</sup>

---

<sup>102</sup>. FR 14.6.1993

<sup>103</sup> 1989, S.22/23

<sup>104</sup> PEPPLER-BUXMANN 1990,S.2

<sup>105</sup> MODELLGESUNDHEITSAMT ... 1982,S.94

Eine Fortbildungsveranstaltung der Düsseldorfer Akademie behandelte 1989 als Teile der kommunalen GBE folgende Themen<sup>106</sup>:

Kernelemente:

- soziodemographische Indikatoren einer Region
- regionaler gesundheitsbezogener Umweltschutz (mit den exemplarischen Ansätzen Gewässeraufsicht, Trinkwasser, Altlasten)
- Ansätze jugendärztlicher Regionalauswertungen
- regionale Mortalitätsdarstellungen

PEPPLER-BUXMANN<sup>107</sup> berichtet dabei über das Verständnis der GBE als: *kontinuierlichen Darstellungs-, Bewertungs- und Planungszyklus für eine Vielzahl voneinander abhängiger gesundheitsrelevanter Teilaspekte.*

In dieser Fortbildungsveranstaltung 1989 wurden aus den Erfahrungen der Gesundheitsämter festgehalten:

- ausgeprägte kleinräumige Disparitäten der gesundheitsrelevanten Daten
- ein Orientierungsrahmen für die Zusammenstellung vorrangiger Defizite und regionaler gesundheitspolitischer Schwerpunkte
- Handlungsansätze für eine gezielte kleinräumige Gesundheitsplanung.

### **Warum Regionalisierung der Darstellung?**

Man/frau könnte es bei der Landesberichterstattung belassen, aber auf einer niedrigeren, kommunalen Ebene wird eher die Möglichkeit gesehen, durch die engere Beziehung zur Bevölkerung Verhaltensänderungen zu initiieren und zu fördern.

*"Wenn es gelänge, der Bevölkerung gleichsam einen "Distrikt-Spiegel" über die gesundheitliche Lage vorzuhalten, könnte das Bewußtsein im Sinne eines aktiveren Einsetzens für Gesunderhaltung gestärkt werden."<sup>108</sup>*

Auch die Belastung der Umwelt mit Schadstoffen wird im Umweltqualitätsbericht auf der Ebene der Stadt- und Landkreise dargestellt, so daß Rückschlüsse auf den Zusammenhang zwischen Gesundheit und Umwelt möglich sind.

Allerdings müssen vergleichbare Bedingungen in den Regionen herrschen, damit nicht irreführende Ergebnisse bei den Daten herauskommen, die wieder Grundlage für falsche Entscheidungen sein können. Daher wird vorgeschlagen, die Kreise nach der Kategorie zu ordnen, in der die Mehrheit der Kreisbevölkerung lebt:<sup>109</sup>

- Verdichtungsraum
- Randzonen um Verdichtungsgebiete
- Verdichtungsraum im ländlichen Raum bzw. ländlicher Raum mit
- Verdichtungsgebieten
- ländlicher Raum

### **Landkreis Unna**

Der Landkreis Unna begann 1987/1988 mit dem Einstieg in eine kommunale Gesundheitsberichterstattung mit der Erhebung aller Impfdaten der 9. Klassen differenziert nach Städten und Gemeinden, Schultypen und weiteren Variablen.

Über die Lernanfängeruntersuchungen ist eine 100-prozentige Erfassung aller Kinder eines Jahrgangs möglich. Zusammen mit einer Standardisierung der Untersuchung ergibt sich ein bundesweites Gesundheitskataster. Eine verbindliche Aussage über den Gesundheitszustand bei Kindern wird möglich.

RETZGEN<sup>110</sup> hält weiter die Auskunftspflicht und Mitwirkungspflicht der Institutionen für erforderlich, die außerhalb des ÖGD Daten erheben. Über die

*"allseits als dringend erforderlich angesehene Gesundheitsberichterstattung - als Bestandteil einer effektiven Gesundheitspolitik- sei die epidemiologische Kompetenz des ÖGD sicherzustellen".*

---

<sup>106</sup> Peppler-Buxmann 1990, S.2

<sup>107</sup> 1990, S.2

<sup>108</sup> SCHÄFER/ WACHTEL 1989, S.37

<sup>109</sup> SCHÄFER/ WACHTEL 1989, S.40/41

<sup>110</sup> 1989, S.8/9

### **Projektbezogener Teil**

In Unna ist die GBE des Kreises problemorientiert und gibt bei der Darstellung wichtigen erkannten Problembereichen den Vorrang. In der jetzigen Entwicklungsphase wird unterschieden zwischen einem klassischen Teil, in dem Informationen aus vielen gesundheitsrelevanten Sektoren bereitgestellt werden und einem projektbezogenen Teil, der die Kreissituation und seine präventiven Bemühungen berücksichtigt.<sup>111</sup>

### **Modell der GRÜNEN zur kommunalen GBE**

Der Zusammenhang von konkreten sozialen und Umweltbedingungen und ihre Auswirkungen soll deutlich werden, damit sich eine "offensive" Gesundheitspolitik" mehr in umwelt- und sozialpolitische Fragestellungen, in Fragen des Verkehrs und der Industriepolitik einmischen kann. Kompetenzen auf möglichst dezentralisierter Ebene sollen genutzt und gestärkt werden.

Nach den Vorstellungen der GRÜNEN soll die gesundheitliche Lage der Bevölkerung auf drei Ebenen dargestellt werden, wobei am Anfang die Situationsbeschreibung steht.<sup>112</sup>

#### 1. Bericht über den Gesundheitszustand der Bevölkerung

##### a) medizinische Ebene

- Auswertung der Todesursachenstatistiken nach ICD/1979<sup>113</sup> und Vergleich mit ähnlichen Gemeinden sowie dem Bundesdurchschnitt
- Vergleich der Lebenserwartung
- Auswertung der Ursachen für einen Krankenhausaufenthalt
- Auswertung der Ursachen für Berufs-, Erwerbs- und Arbeitsfähigkeit, Statistiken über das Auftreten bestimmter Krankheiten (z. B Pseudo- Krupp oder Krebs)
- Übersicht über die Gesundheitssituation der Kinder und Jugendlichen auf Grundlage von Vorsorgeuntersuchungen des schulärztlichen Dienstes
- Auswertung des Umsatzes der verschriebenen Medikamente in Zusammenhang mit den Kassen

##### b) soziale Ebene

- Darstellung von sozialen Problemen aufgrund bestimmter Krankheiten

##### c) programmatische Ebene

- Konsequenzen aus der medizinischen und sozialen Ebene und Planungen

#### 2. Schwerpunkte der Gesundheitsgefährdung u. des Gesundheitsschutzes

##### a) Arbeitsschutz

##### b) Umwelteinflüsse u.a.

- Eigenwasserversorgungsanlagen und ihre Wasserqualität
- Gewässerverunreinigungen
- Luftverunreinigungen

##### c) Gesundheitserziehung und Konsumentenschutz

- Bericht über Aufklärungs- und Informationsarbeit
- Untersuchung über Verkauf frei erhältlicher Medikamente
- Nutzung der vorhandenen Gesundheitsberatungs- und -trainingseinrichtungen
- allgemeine Verbraucherberatung und -aufklärung

#### 3. Einrichtung zur Behandlung und Betreuung<sup>114</sup>

##### - Beratungsstellen/ Selbsthilfegruppen

##### - ambulante Versorgung

##### - stationäre Versorgung

##### - Existenz und Auslastung und ihren Arbeitsschwerpunkten

##### - ihr Einzugsbereich und die Häufigkeit der Wiederkehr einzelner Personen

- Überblick über die Themen, die häufig nachgefragt werden, obwohl sie nicht direkt zum Aufgabengebiet gehören, um Versorgungsdefizite zu erfahren.

##### - Fallzahlen der Sozialdienste

- Verteilung und Belastung der Sozialstationen (ambulanter, stationärer, therapeutischer Bereich nicht näher aufgeführt)

#### 4. Situation der Beschäftigten im Gesundheitswesen

#### 5. Ausgaben im Gesundheitswesen

#### 6. Aufgabenplanung

---

<sup>111</sup> LANDKREIS UNNA. 1990,S.1

<sup>112</sup> Schruoffenegger in: ALTERNATIVEN... 1988,H.5,S.39/40

<sup>113</sup> ICD/ 1979 = International Classification of Diseases, (internationale Klassifikation von Krankheiten, Verletzungen u. Todesursachen)

<sup>114</sup> die eigentliche dritte Säule, der ÖGD, fehlt: absichtlich?



### **Schwierigkeiten beim Aufbau einer kommunalen GBE**<sup>115</sup>

- unübersichtliche Zuständigkeiten und betont konservative Aufgabenwahrnehmung bei der Mehrzahl der im Gesundheitsbereich aktiven kommunalen und regionalen Institutionen und Interessenvertretern
- fehlende Institutionen übergreifende Kenntnis und Nutzung selbst aggregierter, nicht personenbezogener Daten
- generelle Unsicherheit über Datenschutzerfordernisse und Handhabung vor Ort
- unzureichende Personal- und Sachmittelausstattung in kommunalen Fachämtern, verbunden mit großem Nachholbedarf bei epidemiologischen Grundkenntnissen und Aufgabenverständnis
- mangelhafte Meß- und Untersuchungspraktiken, inadäquate Dokumentation sowie unzureichende Auswertbarkeit der neu erhobenen oder schon verfügbaren Daten

### **Aussichtsreiches Vorgehen zum Aufbau einer kommunalen GBE**

Bei der Finanzlage des Staates und des Gesundheitswesens besteht keine Aussicht auf schnelle Veränderungen, so daß die "Strategie der kleinen Schritte", die 1989 bei der Fortbildungsveranstaltung zusammen mit dem Gesundheits- und Umweltamt Unna erarbeitet wurde, das einzig aussichtsreiche Vorgehen ist. Praktiker schlugen dabei vor:<sup>116</sup>

- anfängliche Bearbeitung abgegrenzter, klar definierter Teilfragestellungen anstelle absehbar lückenhafter und oberflächlicher "Gesamt"berichte
- Prinzipiell institutionsübergreifende Prioritätendiskussion und Themenfestlegung (notfalls auch nach dem Prinzip des kleinsten gemeinsamen Nenners)
- sorgfältige und interdisziplinäre Auswahl eines fortschreibungsfähigen, möglichst variabel nutzbaren kommunalen minimalen Datensatzes
- "Verknüpfung" primär unabhängiger Regionaldaten zunächst nur durch kleinräumige Zuordnung/ Überlagerung (z.B. Stadtteilebene) sowie durch Bildung von Zeitreihen.
- Rückkoppelung und möglichst frühzeitige Diskussion der so entstandenen Teilberichte sowie gesundheitsplanerischer Konsequenzen in kommunalen Fachämtern, regionalen Arbeitsgemeinschaften und Interessengruppen.

### **Fazit: Berichten**

#### **GBE : Grundlage für Vorsorgeplanung**

Durch den Aufbau einer Gesundheitsberichterstattung werden die Grundlagen geschaffen, Maßnahmen zur Luftreinhaltung zu planen und umzusetzen. Die Berichte müssen in Vorsorgemaßnahmen münden und die Luftsituation verbessern.

Der öffentliche Gesundheitsdienst ist als uneigennütziges Behörde die geeignete Stelle, GBE umzusetzen und anzuwenden, indem er sein Wissen aus den Berichten für die Planung und durch seine (unaufgeforderte) Beratung einsetzt. Der ÖGD ist herausgefordert, sich als Hüter der Gesundheit der Bevölkerung offensiv einzusetzen.

#### **Mit kleinen Schritten zum Ziel**

Das Ziel, Aufbau einer GBE auf kommunaler Ebene, ist ein mittelfristiger Prozeß, für den der ÖGD sich Wege ausdenken und erkämpfen muß.

#### **Einstieg durch Schuleingangsuntersuchungen**

Ein kurzfristiger Einstieg ist möglich über die Reihenuntersuchungen, die jetzt regelmäßig bei Kindern durchgeführt werden. Dabei kann durch Aufnahme von Zusatzfragen an die einzuschulenden Kinder über wechselnde Themen wie Atemwegserkrankungen, Allergien oder Lebensgewohnheiten und -umstände (Verkehrs-/Luftbelastung) schnell Datenmaterial für Gesundheitsberichte zusammengetragen werden.

Damit werden für die Bevölkerungsgruppe der Kinder aussagekräftige Unterlagen erreicht, eine Bevölkerungsgruppe, die einerseits besonders zu schützen, andererseits besonders anfällig für Erkrankungen ist.

Das Sammeln der Daten ist auch von einem nicht so gut ausgestatteten Gesundheitsamt nach Einschätzung der Verfasserin leistbar.

Die Unterstützung durch die Kommunalpolitik und der politische Wille sind für den Aufbau der GBE unerläßliche Voraussetzung. Die Gefahr besteht allerdings, daß nicht regional übergreifend vergleichbare Datenunterlagen aufgebaut werden, wenn keine Vorgaben von Landes- oder Bundesebene kommen.

<sup>115</sup> PEPPLER-BUXMANN 1990,S.2

<sup>116</sup> PEPPLER-BUXMANN 1990,S.2

Wenn Länder oder Bundesregierung mit Gesetzen oder Verordnungen Gesundheitsberichterstattung regeln, müssen sie auf Vergleichbarkeit achten und darauf, daß sie die Kommunen in die Lage versetzen, die auferlegten Aufgaben zu erfüllen.

## **2.4. Fördern**

### **2.4.1. Entstehung der Gesundheitsförderung**

Die Wurzeln der Gesundheitsförderung liegen im Unbehagen, Gesundheit und Krankheit lediglich medizinisch zu sehen. Daher entwickelte sich die klassische Gesundheitserziehung und -bildung<sup>117</sup> unter Anstiftung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zur Gesundheitsförderung fort.

#### **Gesetzliche Grundlage**

Durch das Gesundheitsreformgesetz 1989 erhielt die Gesundheitsförderung eine gesetzliche Grundlage<sup>118</sup>, wobei die Krankenkassen einen "Generalauftrag" erhielten, während der ÖGD als Mitträger genannt ist<sup>119</sup>.

Die Krankenkassen empfinden den Auftrag als Werbeauftrag und auf den kurativen-medizinischen Bereich begrenzt. Bei der Unterstützung von Selbsthilfegruppen in der hessischen, ministeriellen Arbeitsgruppe waren sie nicht zu einer Finanzierung von Rahmenbedingungen zu bewegen und hielten sich bedeckt.<sup>120</sup>

Daher ist das rechtliche Instrument zunächst dem Wohlwollen und der unterschiedlichen Praxis der Einzelkassen ausgeliefert. Es sollte in den (örtlich zu gründenden) Gesundheitsarbeitsgemeinschaften zum Thema gemacht werden, um die Kassen von der Bedeutung der Gesundheitsförderung zu überzeugen.

### **2.4.2. International: Ottawa Charta der WHO**

Grundlagen der Gesundheitsförderung wurden 1986 in Ottawa definiert und beeinflussen die allgemeine Diskussion maßgeblich:

- Schaffung gesundheitsförderlicher Lebensbedingungen
- Befähigung der Bevölkerung zur Entfaltung und Entwicklung ihre Gesundheitspotentiale durch Qualifikation ("Entwicklung persönlicher Kompetenz")
- Einflußnahme auf gesundheitsrelevante Umweltbedingungen

#### **WHO und Ziel der Regionalstrategie**

1980 verabschiedete die WHO die Regionalstrategie<sup>121</sup> "Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000".

- Die Gesundheitsversorgung sollte an den Bedürfnissen der Bevölkerung orientiert sein
- die Verbraucher sollten persönlich und in der Gemeinschaft an der Planung und Verwirklichung ihrer Gesundheitsversorgung mitwirken
- primäre Gesundheitsversorgung ist keine isolierte Strategie, sondern die bürgernäheste Komponente eines umfassenden Gesundheitssystems

#### **Nähere Einzelheiten**

Gesundheit hängt in beträchtlichem Maß von den politischen, kulturellen und ökonomischen Gegebenheiten sowie von den physikalischen Umweltfaktoren ab. Deshalb erscheint es als das erste Ziel, Konzepte zu Gesundheitsförderung und -schutz zu entwickeln und damit Möglichkeiten für eine gesundheitsbewußte Lebensführung anzubieten, so daß die Entscheidung zugunsten einer gesunden Lebensweise die einfachste, naheliegendste Alternative wird.

Ein solches Konzept zur Förderung gesunder Lebensweisen müßte umfassen:

- Schaffung eines physischen, sozialen, kulturellen und wirtschaftlichen Umfeldes, das die gesunde Lebensweise fördert
- Ausbau der Fähigkeiten des einzelnen, Entscheidungen zu treffen und Stresssituationen zu bewältigen, ohne gesundheitsschädliche Lebensgewohnheiten zu entwickeln
- Aufklärung über gesundheitliche Lebensgewohnheiten u. Gesundheitsfragen

---

<sup>117</sup> Faltis/... in: LEBENSWELTBEZOGENE ... 1989,S.162

<sup>118</sup> GRG § 20

<sup>119</sup> RETZGEN Mainz 1990

<sup>120</sup> eigene Erfahrungen als Mitglied der AG

<sup>121</sup> nach: WILM/AUGSTEIN/JORK 1990,S.65: World Health Organization, Regional Office for Europe: Einzelziele für "Gesundheit 2000" zur Unterstützung der europäischen Regionalstrategie. Deutsche Zentrale für Volksgesundheitspflege. 1985

- Stärkung des sozialen Unterstützungssystems (Familie, Selbsthilfegruppe usw.), das Einzelbürgern und Risikogruppen bei der Bewältigung des Lebens hilft
- Ausarbeitung besonderer Programme über bestimmte Aspekte der Lebensgewohnheiten, die sich auf die Gesundheit auswirken.

Zwei Einzelziele seien hier wiedergegeben:

WHO-Einzelziel 14:

*Bis zum Jahr 1990 sollen ... Programme existieren, welche die wichtige Rolle der Familie und anderer sozialer Gruppen bei der Entwicklung und Unterstützung gesunder Lebensgewohnheiten unterstreichen.*

WHO-Einzelziel 16:

*Bis zum Jahre 1995 soll ... das positive Gesundheitsverhalten wesentlich gestärkt werden, wie ausgewogene Ernährung, Nichtrauchen, geeignete körperliche Betätigung und positive Streßbewältigung.*

### **Mailänder Erklärung der WHO** <sup>122</sup>,

In Mailand verpflichteten sich die Mitgliedsstädte der Healthy Cities zu gemeinsamen Zielen auch zur Luftreinhaltung <sup>123</sup>:

*"...mit unseren Stadtparlamenten und Behörden zu überlegen, welche Maßnahmen wir unternehmen können zur Unterstützung der jüngsten gesundheitspolitischen Initiativen und Aktionen der WHO, als das sind:*

- die europäische Charta Umwelt und Gesundheit
- der europäische Aktionsplan Tabak und Gesundheit
- die WHO-Luftreinhaltungsrichtlinien" <sup>124</sup>

### **WHO-Projekt "Gesunde Städte/Kreise"**

Mit dem Projekt "Gesunde Städte und Kreise" hat die WHO ein Instrument zur Umsetzung der WHO-Ziele geschaffen. Wie STRATHMANN <sup>125</sup> untersuchte, hapert es mit der Umsetzung der Ziele, gerade was die Einflußnahme auf die Planung betrifft. Die wenig kraftvollen Bemühungen, gesündere Städte zu erreichen werden von den Landkreisen noch unterboten. Bei ihnen ist selten Problembewußtsein für Luftreinhaltung festzustellen.

### **2.4.3. Nationale Gesundheitsförderung**

Sie will ein Mehr an Gesundheit erreichen und setzt entweder bei Einzelpersonen, Gruppen oder Gemeinden an und versucht, im Sinne der WHO zu aktivieren. Für diese Primärprävention gibt es keine einheitliche Kriterien.

Gesundheitsförderung möchte sowohl individuelles Handeln (Verhaltensprävention) als auch die Lebens- und Umweltbedingungen (Verhältnisprävention) beeinflussen.

Die Sekundärprävention dagegen beschäftigt sich mit Früherkennung und frühzeitigen Interventionsmöglichkeiten. <sup>126</sup>

### **Eigene Einsicht und Gesundheitsförderung (Verhaltensprävention)**

Nicht immer ist es sinnvoll, sich objektiv gesundheitsbewußt zu verhalten. Unter Umständen kann Rauchen oder Alkohol streßentlastend sein, meint HURRELMANN.

*"Das objektiv gesundheitsgefährdende Verhalten kann... auch entlastende Funktion in Bezug auf andere Risiken haben."*

Raucherinnen und Raucher, die von ihrem Laster nicht lassen können, werden sich über seine Erkenntnis freuen, nach dessen Meinung der individuelle Tabakkonsum in einem vergleichsweise geringen Verhältnis zur Luftverunreinigung steht. <sup>127</sup> Medizinerinnen oder Mediziner sehen dies wahrscheinlich anders. Das Wissen um Gesundheitsgefahren allein besitzt nicht unbedingt eine steuernde Rolle. Er fordert als Konsequenz, daß Gesundheit zum Thema der gesamten Bildungs- und Entwicklungsgeschichte eines Menschen gemacht und in umfassende Konzepte der Gesundheitsförderung einbezogen werden muß.

<sup>122</sup> 5./6. April 1990

<sup>123</sup> GESUNDE STÄDTE. Zwischenbericht. 1992,S.13-16

<sup>124</sup> Ewers, U.: WHO-Leitwerte für die Luftqualität in Europa. in: Öffentl. Gesundheitswesen. 50 (1988), S.626-629 nach: SPATZ 1992

<sup>125</sup> 1992

<sup>126</sup> Rosenbrock bzw. Badura in: GESUNDHEITSWISSENSCHAFTEN. 1993

<sup>127</sup> Hurrelmann in: GESUNDHEITSWISSENSCHAFTEN ... 1990,S.225

Dabei soll Gesundheitsförderung interdisziplinär die Gebiete von Umwelt, Hygiene, Ernährung, soziale Sicherheit, Zukunftsorientierung, Lebensstil, Selbsterfahrung und Selbsterleben aufnehmen.

Beabsichtigt ist, auf nationaler, regionaler und kommunaler Ebene eine unterstützende Infrastruktur zu schaffen und aktiv für Gesundheit und deren Interessendurchsetzung einzutreten.

Investitionen in Gesundheit bedeuten dabei

*"Investitionen in all diejenigen Lebens-, Arbeits- und Umweltbedingungen, in denen tagtäglich Gesundheit geschaffen, geschützt oder durchgesetzt wird."*<sup>128</sup>

Gesundheitsförderung richtet sich sowohl an Gesunde als auch an Kranke oder unter besonderen Risiken Lebende und deren Lebensverhältnisse.<sup>129</sup>

### **Zwölf Thesen zur kommunalen Gesundheitsförderung**<sup>130</sup>

1. Die Gesundheits- und Umweltämter müssen sich ein eigenständiges Profil geben und einen stärkeren kommunalpolitischen Stellenwert erhalten
2. Gesundheitsförderung sollte sich verstärkt auf Lebenszusammenhänge beziehen und an gesundheitsbeeinträchtigende Einflüsse wie an bereits bestehende, gesundheitsförderlichen Ansätze vor Ort anknüpfen.
3. Die Gesundheits- und Umweltämter brauchen ein offensives, breit angelegtes Konzept und umsetzungsbezogene Strategien für eine lokale Gesundheitsförderung.
4. Ein integratives Verständnis von Gesundheitsförderung verlangt nach angemessenen Haltungen, Einstellungen und Methoden.
5. Die Gesundheits- und Umweltämter müssen für Bürgerinnen und Bürger zum selbstverständlichen Ansprechpartner für Fragen der Gesundheitsförderung werden.
6. Eine Prioritätenverschiebung in den Gesundheits- und Umweltämtern hin zur Gesundheitsförderung erfordert eine Umstrukturierung durch neue Arbeits- und Kooperationsformen.
7. Die Gesundheits- und Umweltämter brauchen neue Partner und eine neue Kooperations- und Kommunikationskultur für die Gestaltung und Umsetzung einer aktiven Gesundheitsförderung vor Ort.
8. Die Gesundheits- und Umweltämter müssen einen offenen und vertrauensvollen Informationsaustausch pflegen.
9. Die Gesundheits- und Umweltämter müssen das Fachwissen und die Erfahrungen der verschiedenen Professionen im Gesundheits- und Umweltbereich nutzen und zusammenführen.

Eine Prioritätenverschiebung in den Gesundheits- und Umweltämtern hin zur Gesundheitsförderung braucht begleitende Anleitung und unterstützende Fortbildung.

### **Kommunalpolitische Initiativen zur Förderung der Gesundheit in Städten und Kreisen**

Bei der Tagung in Unna vom 11./13.Sept.1990 erarbeiteten mehrere Gruppen Vorschläge zum praktischen Einstieg in die kommunale Gesundheitsförderung, auf die hingewiesen werden soll.<sup>131</sup>

### **Kommunale Gesundheitsförderung und Luftreinhaltung**

Auf kommunaler Ebene ist Gesundheitsförderung, speziell die Förderung sauberer Luft bisher kaum ein eigenes Thema, dabei ist gerade die kommunale Ebene ein wirksamer Ansatz präventiv zu wirken, wie die Möglichkeiten der Gesundheitsbehörden bei der Planung zeigen.<sup>132</sup> Daher behandelte das Kapitel "Fördern" das Thema mehr allgemein.

Es wäre wichtig, sich des Themas saubere Luft vernetzt in die vielen Bereichen, in die es versprengt ist, anzunehmen und sich bewußt zu machen, wie Gesundheit und saubere Luft zusammenhängen.

Die Schlagzeilen um die Luft und die "Luftkrisen" machen es deutlich.<sup>133</sup> Die gesundheitlichen Konsequenzen des Straßenverkehrs gelang erst jetzt ins Bewußtsein, wie die Gesellschaft für Umweltmedizin bei ihrer Tagung 1993 feststellt:<sup>134</sup>

<sup>128</sup> BLICKPUNKT GESUNDHEITSAMT. Jg. 8.1990/4 - 1991/1.

<sup>129</sup> GMK 1991

<sup>130</sup> Faltis/ Wetendorf in: NAKOS-Extra Nr 6,1990,S.11 nach: Informationsreihe Gesunde Städte des Bildungsinstituts Sozialwissenschaften und Gesundheit (BISO) Hamburg. 1989,S.10

<sup>131</sup> WHO/ LANDKREIS UNNA: Kommunalpolitische ... 1990

<sup>132</sup> s. Kap. 3

<sup>133</sup> SPIEGEL 47(1993),Nr22: Ozon-Smog, das unsichtbare Gift; HNA 28.5.1993: Immer mehr Tage mit kritischer Ozon-Belastung

<sup>134</sup> HOLZAPFEL FR 20.7.1993

*"Das Thema wurde lange von Medizinern und Politikern verdrängt. Doch die Zahl der Erkrankungen durch Autoverkehr und andere Umwelteinflüsse .explodierte".*

### **Gesundheitsamt und Gesundheitsförderung**

Zur Bündelung, Vor- und Nacharbeit und Koordination ist das Gesundheitsamt die geeignete Stelle, auch wenn es noch mit erheblichen Defiziten behaftet ist.<sup>135</sup>

Dadurch kann es wirklich in die Rolle hineinwachsen, die es als Dritte Säule des Gesundheitswesens haben sollte.

Nach der Ottawa Charta soll der ÖGD eine Initiativfunktion übernehmen. Er soll bisher ungenutzte Potentiale der Gesundheitsförderung im informellen Sektor aktivieren, unterstützen und weiterentwickeln.<sup>136</sup>

### **2.4.4. Gemeindenahe Prävention und Gesundheitsförderung**

#### **Aktion gesunde Stadt übertragbar auf Luft**

Die "Aktion: Lungen lebt gesund" wird exemplarisch vorgestellt als ein Gesamtkonzept für Gesundheitsförderung, für soziale Unterstützung, für gesunde Lebensweise und über Risikofaktoren. Die Aktion will einen Überblick schaffen über Risikofaktoren und über das vorhandene Netz präventiver Angebote der Stadt.

Dieses Muster läßt sich auf "Aktionen zu sauberer Luft" übertragen, die die Verfasserin als Handlungsmöglichkeit vorschlägt.

Die WHO-Strategie einer "primären Gesundheitsversorgung"<sup>137</sup> ist auch in Lungen sichtbar.<sup>138</sup>

- Priorität von Präventivmaßnahmen
- Beteiligung der Bevölkerung an Planung und Entscheidung
- gleichzeitige Entwicklung aller Bereiche, die für die Befriedigung der Grundbedürfnisse eine Rolle spielen
- den Bedürfnissen angepaßte, finanziell erschwingliche und gemeindenahe Versorgung, die der Gesamtbevölkerung zugute kommt
- Einsatz von Teams, die sich aus Berufstätigen im Gesundheitswesen aus den Gemeinden aufbauen
- optimaler Nutzen aller vorhandenen Ressourcen

Angesprochen wird das sekundäre Netzwerk von Vereinen, Schulen, Kirchengemeinden, Freundeskreise, Selbsthilfegruppen oder Betriebsbelegschaften.

Die Fragestellung als Grundlage der Vorgehensweise kann als Muster für ähnliche Aktionen zur gemeindenahen Gesundheitsförderung oder für Aktionen "saubere Luft" dienen:<sup>139</sup>

- Was ist Gesundheitsförderung?
- Warum wollen wir Gesundheit fördern?
- Wer soll angesprochen werden?
- Wie können wir unsere Mitbürgerinnen und -bürger für die Gesundheitsförderung aktivieren?
- Wie können wir Institutionen, Organisationen, Berufsgruppen im Gesundheitswesen etc., also die Anbieter erreichen, sie zur Mitarbeit und mehr Kooperation und Koordination bewegen?
- Wie könnten ein möglicher Zielekatalog und ein Organisations- und Zeitplan aussehen?

### **2.4.5. Soziale Stützsysteme und Gesundheit**

Gesundheit wird von unterschiedlichen "psychosozialen" Risiken beeinflusst:<sup>140</sup>

- belasten Lebensereignisse, beispielsweise der Verlust wichtiger Bezugspersonen
- chronische Belastungen in der Arbeits- und Lebenswelt
- kritische Übergänge im Lebenszyklus, wie etwa Pubertät, Elternschaft, Pensionierung

Um Gesundheit zu fördern, ist es daher wichtig, diese Bereiche bei der Betrachtung des Umfeldes eines Menschen als mögliche Krankheitsursache zu berücksichtigen, nicht nur den traditionell somatischen Aspekt.

<sup>135</sup> Canaris in: NAKOS-Extra Nr 6.1990

<sup>136</sup> Faltis/... in: LEBENSWELTBEZOGENE... 1989,S.181

<sup>137</sup> primary health care (PHC)

<sup>138</sup> WILM/AUGSTEIN/JORK 1990,S.65

<sup>139</sup> WILM/AUGSTEIN/JORK 1990,S 61

<sup>140</sup> Trojan/ ... in: LEBENSWELTBEZOGENE ... 1989,S.101

### **Förderung des informellen Bereichs**

Gemeinde/ Kommune werden immer übereinstimmender als Ort der Prävention, der Gesundheitsbildung und der Gesundheitsförderung erkannt. Daher wird eine Förderung der Gesundheit und von gesunden Lebensweisen in informellen Gruppen vorgeschlagen, sowie eine Institutionalisierung der Netzwerkförderung.<sup>141</sup>

### **Selbsthilfebewegung als 4. Säule des Gesundheitswesens**

Im Gesundheitswesen haben die Selbsthilfegruppen inzwischen einen festen Platz inne, gelegentlich werden sie als vierte Säule des Gesundheitswesens bezeichnet.

Der Begriff Selbsthilfe ist vielfältig und umfaßt Selbstversorgung, Selbsterfahrung, Selbstveränderung, Selbstbehauptung, Selbstbestimmung, Selbstbefreiung<sup>142</sup>

### **Selbsthilfegruppen gegen Risikofaktoren**

Selbsthilfe organisiert sich über die krankheitsbezogene Selbsthilfe hinaus aus unterschiedlichen Beweggründen, auch für ein breites Spektrum von Risikofaktoren wie Luftverschmutzung. Selbsthilfegruppen dieser Art haben oft den Charakter von Bürgerinitiativen; sie nennen sich auch häufig so.<sup>143</sup>

### **Unterstützung der Bürgerinitiativen**

Umweltbezogene Selbsthilfegruppen und Bürgerinitiativen sind Bündnispartnerinnen des Gesundheitsamts beim Schutz der Gesundheit. Eine Unterstützung und Zusammenarbeit sollte angestrebt werden, wenn von beiden Seiten eine konstruktive Zusammenarbeit möglich ist.

### **Fazit: Fördern**

Gesundheitsförderung muß über die klassischen Aktivitäten der Gesundheitserziehung, Vorsorgeuntersuchungen und Früherkennung hinaus die konkreten Arbeits- und Lebensbedingungen der Menschen gesundheitsfördernd gestalten. Dies betrifft sowohl die soziale Umwelt als auch die "natürliche, gesellschaftlich geformte Umwelt".

Gesundheitsförderung besteht nicht in globalen Umweltschutzkonzepten, sondern in der Entwicklung von kommunalen Lösungen, die

*"nicht nur an Grenzwerten, sondern am Menschen ausgerichtet sind."*<sup>144</sup>

Der Mensch soll bei der Gesundheitsförderung ins Zentrum rücken.

## **2.5. Beraten**

Die Bevölkerung braucht bei den gesundheitsbezogenen Folgen der Luftbelastung immer stärker ärztlichen Rat. Einmal aus der Unsicherheit heraus, ob eine gesundheitliche Beeinträchtigung umweltbedingt ist und wie damit umzugehen ist oder ob eine Gefahr besteht, zum anderen wird Rat gesucht, wie reale Meßwerte einzuschätzen sind. Ohne Interpretation entsteht oftmals Ratlosigkeit. Gefragt ist die Umweltmedizin und Toxikologie, gemeinsam mit dem Umwelt- und Gesundheitsingenieurwesen.

Der öffentlichen Gesundheitsdienst kann hier kompetenter Anwalt des Gesundheitsschutzes sein, da ihm kein Eigennutz unterstellt werden kann.

Es gibt einige Projekte, die Pilotarbeit leisten wie

- die Gesundheitszentren und Gesundheitsläden einiger Großstädte
- die Frauengesundheitszentren
- das geplante regionale Beratungszentrum in Gießen<sup>145</sup>
- das Gesundheitshaus Unna<sup>146</sup>, das der ganzheitlichen Problemerkennung und Gesundheitsplanung dient
- die umweltmedizinische Ambulanz, in die der öffentliche Gesundheitsdienst einbezogen ist<sup>147</sup>
- Anrufdienste zu aktuellen Themen bei den Gesundheitsämtern

<sup>141</sup> Faltis/ ..... in: LEBENSWELTBEZOGENE ... 1989, S.162-190

<sup>142</sup> WISSEN... 1986, S.26

<sup>143</sup> WISSEN... 1986, S.77

<sup>144</sup> ÖKOLOGISCHE BRIEFE 1990, Nr 20, S.17

<sup>145</sup> FR 19.4.1993

<sup>146</sup> STRATMANN 1990

<sup>147</sup> FR 5.6.1990

Vorgeschlagen wurde vom Allergieverein in Europa die Einrichtung von Umweltambulanzen für Allergiker<sup>148</sup>

Sinnvoll wäre die Gründung von Gesundheitstreffpunkten für Frauen.

Dies sind Beratungsangebote des formellen Bereich, um die Menschen zu beraten und um Gesundheitsförderung zu verwirklichen.<sup>149</sup>

## **2.6. Forschen**

Das Gesundheitsamt eines Kreises ist für die Aufgabe zu forschen, sicherlich nicht der richtige Ort. Forschungsaufgaben müssen eher auf Landes und Bundesebene angesiedelt sein, um übergreifend zu arbeiten. Dennoch ist das örtliche Gesundheitsamt die wichtigste Basis für die Forschung, in dem im ständigen Kontakt mit der Bevölkerung Daten über den Gesundheitszustand anfallen. Sie müssen so erhoben werden, daß sie auf Landes- und Bundesebene als Grundlage für vergleichende Studien verwendet werden können. Dabei sind Krankheitsursachen, -verlauf, -bewältigung sowie die Bevölkerungsmedizin Forschungsthemen.

Die große Überschrift dazu muß lauten: wie verhindern wir, daß die Leute krank werden? und nicht: wer bezahlt die Krankheit?<sup>150</sup>

Die Epidemiologie ist eine der Basisdisziplinen der Gesundheitswissenschaften. Sie definiert Größen und entwickelt methodische Ansätze zur Bearbeitung von medizinischen Fragen. Sie bedient sich dabei sozialwissenschaftlicher und statistischer Methoden.<sup>151</sup>

Gesundheitspolitik benötigt Angaben über Krankheit und Tod der Bevölkerung, um Maßnahmen zur Vorbeugung, Bekämpfung und Behandlung treffen zu können sowie das Gesundheitssystem beurteilen zu können.<sup>152</sup>

Auf epimiologischem Gebiet wird die Bundesrepublik als "*Entwicklungsland*" bezeichnet. Das Bundesgesundheitsamt plant, jetzt einen epidemiologischen Dienst einzurichten, der für die überregionale Aufklärung auffälliger Krankheitsphänomene sorgen soll.<sup>153</sup>

### **Sozialepidemiologie**

Die Sozialepidemiologie beschäftigt sich mit der sozialen Ursache von Krankheit und Gesundheit, während die Umwelt-Toxikologie und -epidemiologie eine der Basiswissenschaften der Umweltmedizin ist. Sie untersucht die Wirkung von Umwelteinflüssen auf die menschliche Gesundheit. Problematisch ist die lange Latenzzeit, die Überlagerung durch andere Faktoren wie persönliches Verhalten und soziale Bedingungen.

Auch zu Wechselwirkungen von Umweltchemikalien wird geforscht.

Im Rahmen der nordrhein-westfälischen Luftreinhaltepläne wird ein Humanwirkungskataster geführt, bei dem die Wirkungen von Außenluftverunreinigungen dargestellt werden.<sup>154</sup>

Der Unterschied zwischen Toxikologie und Epidemiologie besteht im wesentlichen aus der Rolle von Experimenten bei der Ursachenforschung. Bei der Epidemiologie wird durch Beobachtungen am Menschen geforscht.

Bei der quantitativen Risikoabschätzung wird versucht, die Mängel von beiden Methoden zu kompensieren.<sup>155</sup>

### **Fazit: Forschen**

Im Rahmen der kommunalen Gesundheitsberichterstattung muß die epidemiologische Kompetenz des öffentlichen Gesundheitsdienstes sichergestellt werden.<sup>156</sup> Damit können die erforderlichen Grundlagen für saubere Luft zur Verfügung gestellt werden.

---

<sup>148</sup> FR 10.5.1993

<sup>149</sup> Faltis/ ...in: LEBENSWELTBEZOGENE ... S.188

<sup>150</sup> KRITIK ... 1985

<sup>151</sup> GESUNDHEITSWISSENSCHAFTEN. 1993,S.91-93

<sup>152</sup> GESUNDHEITSWISS... 1990,S.197 u.228

<sup>153</sup> Bundesgesundheitsbl. 34(1991), S.376-377 nach: Ärztliche Praxis. Nr. 81 vom 8.10.1991

<sup>154</sup> GESUNDHEITSWISS... 1993,S.304

<sup>155</sup> GESUNDHEITSWISS... 1993,S.306

<sup>156</sup> RETZGEN 1990 S.8

## 2.7. Koordinieren

Das Gesundheitsamt soll eine wichtige Funktion übernehmen, die Koordination der wesentlichen Verbände, Institutionen und Gruppen, die mit Gesundheit befaßt sind. Anhaltspunkte dabei können sein:

- eine regionale Gesundheitsarbeitsgemeinschaft<sup>157</sup> mit unterschiedlichen Aufgabenzuweisungen wie regionalen Planungsaufgaben, der Gesundheitsförderung, der Gesundheitserziehung, einer regionalen Gesundheitskonferenz<sup>158</sup>
- Gesundheitsbüro mit Koordinationsaufgaben<sup>159</sup>
- Gesundheitsbeirat<sup>160</sup>
- eine regionale Gesundheitskonferenz<sup>161</sup>
- ein regionaler Verbund "Gemeinschaftliche Gesundheitssicherung"<sup>162</sup>
- ein regionales Gesundheitsparlament<sup>163</sup>
- ein informelles Steuerungs- u. Konfliktbewältigungsgremium mit einer Art Aufsichtsrat "für den gesamten Regionalbetrieb Gesundheitswesen"<sup>164</sup>
- die Einrichtung eines kommunalpolitischen Ausschusses "Gesunde Stadt" nach der Vorstellung der WHO<sup>165</sup>
- Neue Formen der Kooperation zwischen Arbeitsamt, Arbeits-, Jugend- und Sozialbehörde sowie der federführenden Gesundheitsbehörde<sup>166</sup>
- eine Koordination mit anderen Behörden wie dem Amt für Lebensmittelüberwachung, Tierschutz und Veterinärwesen (früher: Veterinäramt), dem Amt für Immissions- und Strahlenschutz (früher: Gewerbeaufsichtsamt), dem Umweltamt, dem Ordnungsamt.

### **Arbeitsgruppe Umweltanalytik**

Wegen der verstreuten Aufgabenverteilung bei der Überwachung von Emissionen und der Kontrolle der Wasserbelastung empfiehlt sich die Einrichtung einer AG Umweltanalytik, bei der es um eine Vereinheitlichung von Meßstandards sowie eine Qualitätssteigerung der Messungen geht. Ein Austausch und eine Zusammenarbeit ist dafür sinnvoll. Die derartige Arbeitsgruppe im Landkreis Limburg-Weilburg angesiedelt beim Gesundheitsamt kann positive Ansätze vorweisen. In ihr arbeiten Städte und Gemeinden im Rahmen ihrer Selbstverwaltungsaufgaben mit anderen Behörden zusammen, die mit Messungen zu tun haben.

Da die Koordination nur indirekt mit dem Thema der Arbeit zusammenhängt, soll sie nicht weiter vertieft werden.

## 3. Planen: Perspektive für saubere Luft

### 3.1. Gesundheitsplanung

#### **Kommunale und regionale Gesundheitsplanung**

Die Arbeitsgruppe Strukturforschung im Gesundheitswesen an der TU Berlin formuliert 1977 Kritik an der damaligen Gesundheitsplanung, die zur "Tarnung für die Durchsetzung völlig anderer Interessen" werde.<sup>167</sup>

Kritisiert wird die Formulierung von Planungsprämissen (Prävention sei zu teuer), die mangelnde Rückkoppelung zwischen Planung und ihren Ergebnissen (management by crisis d.h. Planung kommt zu spät und beschränkt sich auf das Kurieren von Symptomen), die Überbetonung der medizinischen Aspekte, um einiges der Kritik zu benennen.

<sup>157</sup> HEINZE/... 1992,S.44; GESUNDHEIT IN BADEN-WÜRTTEMBERG.1988; RETZGEN 1989,S.2

<sup>158</sup> ALTERNATIVE... 1988,H.5,S.40; RETZGEN 1989,S.12; HEINZE/... 1992,S.51 (Beispiel Herne); GESUNDHEITSWISS.1993,S.325

<sup>159</sup> RETZGEN 1989,S.124

<sup>160</sup> Faltis/... in: LEBENSWELTBEZOGENE ... 1989,S.188

<sup>161</sup> Horst Peter in: REGIONALE GESUNDHEITSPOLITIK.1992,S.66-69

<sup>162</sup> HANDBUCH....1985,S.273

<sup>163</sup> HANDBUCH ...1985,S.273

<sup>164</sup> Vorschlag der Berliner Ärztekammer in: FR 30.11.1992

<sup>165</sup> Canaris in: FÖRDERUNG ... 1990,S.5

<sup>166</sup> LEBENSWELTBEZOGENE...1989,S.185

<sup>167</sup> MODELLE ....1977,S.22



In diesem frühen Diskussionspapier ist vom Zusammenhang zwischen Gesundheit und Umwelt noch wenig die Rede<sup>168</sup>, festgehalten wird jedoch der Bezug von Raumplanung und Gesundheitsplanung<sup>169</sup> sowie von Prävention und Erhaltung der Gesundheit.<sup>170</sup> ALTVATER<sup>171</sup> geht ausführlich auf die planerischen Rechtsgrundlagen und notwendige Veränderungen ein.

Die Berliner gaben mit ihrer Studie über Gesundheitsplanung einen grundsätzlichen Anstoß, der größere Beachtung und Verwirklichung in der Politik verdient hätte.

### **Planung als Vehikel von Gesundheitsschutz**

Planung muß das Vehikel sein, mit dem zielgerecht Maßnahmen zur Verbesserung der gesundheitlichen Sicherung der Bevölkerung eingeleitet werden.<sup>172</sup>

Dabei sollen Zielvorstellungen über das Verhältnis zwischen den Aufwendungen für den kurativen und den präventiven Bereich des Gesundheitssektors erarbeitet werden.

### **Planung mit starkem Vorsorgecharakter**

Die tatsächliche Veränderung der Gesundheitsplanung erfordert neben der Dezentralisierung, einer Auflockerung der Kartellmächte (kassenärztlichen Vereinigung, Krankenversicherung und z.T. auch staatlicher Instrumente) sowie eine Interessenmobilisierung, wenn es um Reformziele wie die Verbesserung von Gesundheitsvorsorge und der Gesundheitsversorgung auf der planerischen Ebene mit dem Bezugskriterium Bürgerklientel geht.<sup>173</sup>

### **Kommunaler Gesundheitsplan**

Über einen kommunalen Gesundheitsplan sollen die Probleme, die Dienste und die Aufwendungen im Gesundheitswesen durchschaubar und der politischen Diskussion zugänglich gemacht werden.<sup>174</sup>

Rahmenpläne für regionale Gesundheitspläne sollen Mindeststandards für die Ausstattung einer Region mit Gesundheitsdiensten vorschreiben.<sup>175</sup>

*"Kommunale Planung im Gesundheitswesen will durch Kooperation und Koordination auf regionaler bzw. kommunaler Ebene beteiligte Gruppen und Institutionen des Gesundheitswesens das Steuerungspotential verstärken und damit einen Beitrag zur Verbesserung von Effektivität und Effizienz des Gesundheitssystems leisten"*<sup>176</sup>

Vor Erstellung eines Gesundheitsplans soll zunächst die Berichterstattung schrittweise verbessert werden.

Gesundheitsplanung kann ein geeignetes Instrument sein, saubere Luft vernetzt in allen Bereichen zu berücksichtigen.

NEUHAUS/ SCHRÄDER<sup>177</sup> schlagen folgende Rahmengliederung vor:

1. Ziele und Verfahren des Gesundheitsplans
2. Gesundheitsprogramm
3. Bevölkerung und Gesundheitszustand
4. Gesundheitsschutz
5. Gesundheitsversorgung
6. Beschäftigte im Gesundheitswesen
7. Ausgaben im Gesundheitswesen

<sup>168</sup> S. 35 werden Aufgaben des globalen Umweltschutzes d.h. Umwelt-, Unfall-, Arbeits- und Nahrungsmittelschutz erwähnt

<sup>169</sup> S. 30 Orts-, Regional-, Landesplanung und Raumordnung

<sup>170</sup> Mudra in: MODELLE ... 1977, S.21

<sup>171</sup> in: MODELLE... 1977, S.48-83

<sup>172</sup> Klausung in: MODELLE ... 1977, S.21

<sup>173</sup> Narr in: MODELLE...1977, S.

<sup>174</sup> HUBER 1985, S.271

<sup>175</sup> Wunder in: KRITIK ... 1977, S.142

<sup>176</sup> NEUHAUS/... 1986/ S.666

<sup>177</sup> 1986, S.667/668 s. Anlage

## **Ausgewählte Aufgabenplanungen und bereichsübergreifende Programme GMK für Berücksichtigung von Planung**

Die 64. Konferenz<sup>178</sup> der für das Gesundheitswesen zuständigen MinisterInnen und SenatorInnen der Länder (GMK) hielten in ihrer EntschlieÙung als unverzichtbar fest, daÙ

*"Gesundheitliche Belange bei allen öffentlichen Planungen über den Krankheitsbezug hinaus berücksichtigt werden. Dabei soll das Anliegen 'Gesundheit' ressortübergreifend - also auch in primär nicht gesundheitsbezogenen Bereichen - angesprochen, in Entscheidungen einbezogen und auch durch aktive Bürgerbeteiligung verwirklicht werden. Als Beispiele seien hier Stadtplanung und Verkehrspolitik genannt."*

Festgehalten wird in der zukunftsweisenden Erklärung, daÙ für eine präventive Gesundheitspolitik dieser "überdurchschnittliche personelle, institutionelle und finanzielle Ressourcen zuwachsen müssen".

Davon ist jedoch weit und breit nichts zu erspähen, was Hoffnung auf grundsätzliche Veränderungen macht.

### **Zusammenhang zwischen GBE und Planung**

Die Verwaltung nimmt bestimmte MiÙstände "überhaupt nicht" zur Kenntnis<sup>179</sup>. Dies wird am Beispiel der Säuglingssterblichkeit in Berlin belegt. So seien bei Spätsterblichkeit<sup>180</sup> 80 Prozent durch Infektionen der Atemwege verursacht.

Ohne eine Gesundheitsberichterstattung (GBE) ist die Verwaltung nicht in der Lage, Planungen im weitesten Sinne zu erstellen, da nahezu jede Planung die menschliche Gesundheit tangiert. Der Zusammenhang zwischen GBE und Planung ist noch nicht ausreichend in der Politik bewußt. Nicht nur deutlich gesundheitsbezogene Politikbereiche, sondern auch Umwelt-, Wohnungs- und Sozialpolitik, aber auch die Stadtplanung beeinflussen den Gesundheitszustand wichtiger Bevölkerungsgruppen. Diese Gesundheitseffekte werden selten thematisiert und sind auch nicht Gegenstand einer umfassenden GBE.<sup>181</sup>

## **3.2. Wer kann was für die Luft tun?**

### **3.2.1. Beteiligung als Einzelperson**

Jede und jeder hat die Möglichkeit, sich an BImSchG-Verfahren als Einzelperson zu beteiligen und sich so direkt für saubere Luft einzusetzen, gleich ob aus persönlicher Betroffenheit oder aus idealistischen Gründen des Gemeinwohls. Diese Möglichkeit ist noch zu wenig bekannt und erfordert Aufmerksamkeit bei der Lektüre der Lokalzeitung und den zwischen der Werbung versteckten amtlichen Bekanntmachungen. Auch wenn sich eine Bürgerinitiative bildet oder sich ein nach § 29 BNatSchG anerkannter Verband um ein Immissionsproblem kümmert, ist die persönliche Einwendung wichtig und nur diese dient als "Eintrittskarte"<sup>182</sup> zum Erörterungstermin.

### **Demokratisierung**

Nicht nur die Vereinzelnung bei der Beteiligung im BImSchG-Verfahren macht deutlich, daÙ demokratische Instrumente der Bürgerinnen- und Bürgerbeteiligung als Gruppe fehlen und neue Prozesse entwickelt werden müssen. Auch die Sozialwahlen 1993 zeigten, daÙ zwar im sozialen und gesundheitlichen Bereich eine demokratische Wahl durchgeführt wurde, die jedoch nur eine Beteiligung vortäuscht. Auf dieser Ebene und den entsprechenden Gremien auf regionaler Ebene ist eine Reform notwendig, die demokratische Mitspracherechte ermöglicht.<sup>183</sup>

### **3.2.2. Gesundheitsamt als Träger öffentlicher Belange<sup>184</sup>**

Die Gesundheitsverwaltung ist bei Planungen immer dabei und wird an nahezu allen Vorhaben beteiligt. Grundlage ist eine Vielzahl von Gesetzen, Verordnungen, Richtlinien und Erlassen aus allen Bereichen, die in keinem Gesetzeswerk wie z.B. einem Gesundheitsgesetzbuch zusammengefaÙt sind: GVG, BauGB, BImSchG, SGB, KJHG, StVO.

<sup>178</sup> 24./25.Okt.1991 Wiesbaden

<sup>179</sup> Schruoffenegger in: ALTERNATIVE... 1988,H.5,S.42

<sup>180</sup> bis zu einem Jahr Lebensalter

<sup>181</sup> GESUNDHEITSWISSENSCHAFTEN...1990.S.239/240

<sup>182</sup> Michael SAILER in einem Seminar zu Beteiligungsrechten ca 1986

<sup>183</sup> Huber in: HANDBUCH.....1985,S.273

<sup>184</sup> s.a. Kap. 3.2.4 Stadtplanung und Luftreinhaltung

Diese Beteiligungsrechte wurden leider kaum wahrgenommen.<sup>185</sup>

### **Beispiel Landkreis Unna**

Vorbildlich wirkte das Gesundheitsamt des Landkreises Unna im Rahmen seiner Aufgaben zur Orts- und Wohnhygiene bei der Bauleitplanung mit und überprüfte und begutachtete Bebauungspläne in hygienischer Hinsicht. Dabei nahm es auch zu Verkehrsplanungen Stellung und überprüfte die Verträglichkeit des Straßen- und Schienenverkehrs auf die Bedürfnisse eines weitgehend ungestörten, gesundheitsgemäßen Wohnens. Auch an der Erstellung des Luftreinhalteplans für Nordrhein-Westfalen beteiligte sich das Kreisgesundheitsamt und berücksichtigte die Belange der Luftreinhaltung bei Bauleitplanverfahren und Planfeststellungsverfahren.<sup>186</sup>

Mit diesem Beitrag zur Reinhaltung der Luft war Unna Vorreiterin für den gesundheitsbezogenen Umweltschutz.

### **3.2.3. Landesplanung und Gesundheit Raumordnungs-(ROG)/ Landesplanungsgesetz**

Nach dem ROG (§ 2 Abs. 8) ist

*"für den Schutz des Bodens, und des Wassers, für die Reinhaltung der Luft, ... zu sorgen."*

Gesundheit ist kein Ziel der Planung, was bei einer Novellierung konkretisiert werden sollte. Es heißt lediglich, daß in Verdichtungsräumen mit gesunden Lebensbedingungen diese gesichert werden sollen. In Verdichtungsräumen, in denen durch Luftverunreinigungen u.a. ungesunde Lebensbedingungen bestehen oder zu befürchten sind, sollen "Maßnahmen für Strukturverbesserungen ergriffen werden".

### **Landesplanungsgesetz (LPlanG)**

Im Feststellungsgesetz zum Hessischen Landesraumordnungsprogramm und zum LPlanG<sup>187</sup> sollen gesunde Lebens- und Arbeitsbedingungen erhalten werden.

Beim fachlichen Grundsatz Volksgesundheit und Sozialwesen ist von "ausreichender gesundheitliche Betreuung" die Rede, also von der Krankheit. Dieses Gesetz sollte modernisiert werden.

### **Regionaler Raumordnungsplan**

Bei der Aufstellung des Regionalen Raumordnungsplans (RegRoPl) ist immer ein Kapitel Gesundheit enthalten. Während dies bisher die Krankheitsplanung betraf, hat sich die Charta von Ottawa nunmehr bis in den Entwurf des RegRoPl Mittelhessen durchgesetzt. Im zeitgleich als Entwurf aufgelegten RegRoPl Nordhessen ist von dem neuen Wind jedoch noch nichts zu spüren.

Die Region ist ein geeigneter Raum, um saubere Luft im Stadt-Land-Gefälle zu behandeln, gerade bei den Emissionen aus dem Straßenverkehr. Insofern bietet sich über die Regionalplanung eine Chance, hier den Hebel anzusetzen.<sup>188</sup>

Im Entwurf des Regionalen Raumordnungsplans für Mittelhessen vom Januar 1993<sup>189</sup> ist dieser Ansatz als Grundsatz zu finden:

*"In der Planungsregion sollen bestehende Belastungen der Bevölkerung durch Immissionen ... beseitigt bzw. erheblich reduziert und zusätzliche Belastungen verhindert werden. Siedlung, Industrie und Verkehr sind so zu gestalten, daß die Bevölkerung ausreichend vor Immissionen geschützt ist."*

Ebenso sind Grundsätze zur Luftreinhaltung enthalten

*"Ein Emissionskataster auf der Basis genehmigungsbedürftiger Anlagen soll Aufschluß über die Verunreinigung der Luft mit Stäuben und Abgasen geben. Vor der Errichtung emittierender. ... Anlagen ist großräumig die Immissionsgrundbelastung zu überprüfen, um schädlichen Einflüssen auf Bevölkerung, Tierwelt und Vegetation durch geeignete Maßnahmen entgegenwirken zu können....Flächen, die für die Frischluftversorgung bedeutsam sind, müssen vor Maßnahmen geschützt werden, die den Luftaustausch beeinträchtigen. Die lufthygienisch bedeutsamen Flächen der Region müssen durch bioklimatische Untersuchungen ermittelt und künftig detaillierter als bisher dargestellt und berücksichtigt werden."*

<sup>185</sup> Eigene Erfahrungen der Verfasserin

<sup>186</sup> LANDKREIS UNNA... 1986,S.12; GÜNTHER 1989,S.143/144

<sup>187</sup> letzte Fassung vom 15.Okt.1980. Novellierung wird vorbereitet

<sup>188</sup> HANDBUCH ..1985,S.119

<sup>189</sup> S.119

### **Verkehrsplanung**

Die Luftbelastungen des Straßenverkehrs werden sinnvollerweise auf regionaler Ebene in die Planung einbezogen. Emissionen und Immissionen der Kraftfahrzeuge wurden bisher auch in der kleinräumigen Bebauungsplanung noch kaum thematisiert<sup>190</sup>.

Da es in der Detailplanung der Planfeststellung und im Bebauungsplan oftmals schwierig ist, die Belastung der Luft zu sehen, ist die Berücksichtigung in der übergeordneten Planung besonders wichtig. Es gibt einige Ansätze, verkehrbedingte E- und Immissionen bauleitplanerisch zu bearbeiten.<sup>191</sup>

### **Kreisentwicklungsplanung**

Dabei sollte den Kreisen die Kreisentwicklungsplanung als Aufgabe übertragen werden, da die Begleitung und Umsetzung der Landes- und Regionalplanung nur unzureichend gesichert ist. Besonders beim Ziel saubere Luft kann von einer Planung und übergreifenden Beachtung nicht die Rede sein.

Es ist dabei darauf zu achten, daß die Kreise auch in die Lage versetzt werden, diese Aufgabe zu erfüllen. Eine alleinige Übertragung heißt noch nicht, daß eine engagierte, zukunftsweisende Umsetzung im Sinne von Gesundheits- und Umweltschutz erfolgt.

Das Gesundheitsamt hat hier eine Schlüsselrolle bei der Erhaltung und Wiederherstellung sauberer Luft und gesunder Lebensbedingungen in der Hand.

### **3.2.4. Stadtplanung und Luftreinhaltung**

Beispiele aus der Gemengelage Mengerskirchen, Geruchsprobleme des Buderuswerkes in Limburg-Staffel oder Immissionen der Firma Hoechst in Bad Hersfeld zeigen die Hilflosigkeit der Planung, vorzubeugen und Abhilfe zu schaffen. Dabei gibt es ein reichhaltiges Instrumentarium zur Luftreinhaltung, das es zu nutzen gilt.

Bei der Luftreinhaltung sind zwei Arten von Planungen zu unterscheiden:

- sanierende Planung: zur langfristigen Verringerung von Schadstoffen (Luftreinhalteplanung)
- vorsorgende Planung: einerseits zum Schutz unbelasteter Gebiete wie Schutz- und Urlaubsgebiete, andererseits zum Schutz der Bevölkerung bei austauscharmen Wetterlagen (Alarmpläne wie die Smog-Verordnung)

### **Luftreinhalteplanung**

Die Aufstellung von Luftreinhalteplänen war bisher nur erforderlich, wenn ein Belastungsgebiet festgesetzt worden war. Jetzt müssen Luftreinhaltepläne aufgestellt werden, wenn Immissionswerte überschritten sind. Auch wenn zu erwarten ist, daß schädliche Umwelteinwirkungen auftreten, ist ein Luftreinhalteplan aufzustellen. In beiden Fällen soll dies in Form von Sanierungsplänen erfolgen.

Das UMWELTBUNDESAMT hält zukünftig eine bessere Verknüpfung kommunaler Verkehrs und Bauleitplanung mit der Luftreinhalteplanung für erforderlich. Dabei wird nach seiner Einschätzung die gebietsbezogene Verbesserung der Luftreinhaltung durch Maßnahmen zur Vorsorge gegen schädliche Umwelteinwirkungen und bei nicht genehmigungsbedürftigen Anlagen sowie beim Verkehr an Bedeutung gewinnen<sup>192</sup>

### **Elemente zur Erstellung eines Luftreinhalteplans**

In den Untersuchungsgebieten werden an Hauptelementen eingesetzt:

- Emissionskataster
- Immissionskataster
- Wirkungskataster
- Ursachenanalyse
- Maßnahmenplan: dies ist der bedeutendste Teil des Luftreinhalteplans, der Vorschläge zur Vorsorge oder Sanierung enthält und alle Bereiche wie Heizung, Gewerbe, Verkehr und Bauleitplanung umfassen.

Eine Erfolgskontrolle ist z.B. über Bioindikatornetze möglich.<sup>193</sup>

---

<sup>190</sup> FIEBIG/ ...1990,S.139

<sup>191</sup> FIEBIG/ ...1990,S.148

<sup>192</sup> Jahresbericht 1989,S.139

<sup>193</sup> WUNDERLICH 1990,S.44-54

### **Vorsorgeplan**<sup>194</sup>

Neu eingeführt wurde eine weitere Art des Luftreinhalteplans: der Vorsorgeplan. Er kann dort aufgestellt werden, wo zwar noch keine schädlichen Umwelteinwirkungen durch Luftverunreinigungen aufgetreten sind, die Luftqualität aber aufgrund eines umfassenden Handlungskonzepts verbessert werden soll.<sup>195</sup>

### **Durchsetzung der Luftreinhalteplanung**

Die rechtliche Verbindlichkeit erhöhte sich mit der Novelle zum BImSchG, da der Luftreinhalteplan nun vom zuständigen Träger der öffentlichen Verwaltung z.B. durch Anordnung durchzusetzen ist. Ein möglichst einheitliches Vorgehen bei der Luftreinhalteplanung wird vom Umweltbundesamt unterstützt. Dabei soll über die immissionsklimatologischen Modellrechnungen hinaus auch die Ausbreitungsrechnung von Kfz-Emissionen aufbereitet werden, sowie der Schadstofftransport aus der Umgebung eines Ballungsgebiets sowie der Ferntransport während der Spitzenbelastungssituationen Berücksichtigung finden (SO<sub>2</sub>-Wintersmog, Ozon-Sommersmog.)<sup>196</sup>

### **Umsetzung von kommunalen Luftreinhaltekonzepten**

Bei der Erstellung von Planungen können die Kommunen ansetzen bei:<sup>197</sup>

- Kraftwerken
- Industrie und Gewerbe
- Hausbrand
- Verkehr
- Freiraum

### **Luftreinhaltung in der Praxis der Kommune**

#### **Elemente einer kommunalen Luftreinhalteplanung**

Um eine durchgreifende und nachhaltige Verbesserung der Luftgüte in Städten zu erreichen, ist noch auf lange Sicht ein koordiniertes Vorgehen von Städten, Gemeinden, Kreisen und staatlichen Immissionsschutzbehörden erforderlich, sowohl bei der Gefahrenabwehr, als auch bei der Sanierung und Vorsorge. Dabei ist eine frühzeitige und vorsorgende Intervention bei den Verursachern erforderlich, um die Gesundheit des Menschen und die Leistungsfähigkeit des Naturhaushalts zu sichern.<sup>198</sup>

Kommunale Luftreinhalteplanung kann sich dabei orientieren an:

- emissionsseitig an einem ständig kontrollierten "Gesamtemissionsmengen-Minderungskonzept"
- immissionsseitig an nutzungsspezifischen Qualitätsstandards als Vorsorgewerte für die Raumnutzungsplanung.

Voraussetzungen für systematische Minderungsprogramme und -maßnahmen sind qualifizierte Sachverhaltsfeststellungen und Bewertungsmaßstäbe, wie sie für Emissions-, Immissions- und Wirkungskataster vorgesehen und in kommunalen Umweltschutz- und Luftberichten oder Immissionsschutzkonzepten zum Teil verarbeitet sind.<sup>199</sup>

### **Stadtentwicklungsplanung**

Die Stadtentwicklungsplanung ist für die kommunale Luftreinhaltung aus verschiedenen Gründen geeignet. In ihnen wird ein informeller Konsens der verschiedenen Akteure hergestellt. Da Einzelentscheidungen und Fälle nach § 34 BauGB zu kleinräumig sind, um dabei saubere Luft vom Grundsatz her angehen zu können, nehmen integrierte Stadtentwicklungs- und Umweltschutzkonzepte an Bedeutung zu.

An eigenständigen Planformen können Entwicklungspläne, Strukturpläne, Stadtteilprogramme, städtebauliche Rahmenpläne u.a. erstellt werden.<sup>200</sup>

Im Stadtentwicklungsplan können nicht bauliche kommunale Aufgaben wie Gesundheit, Soziales, Bildung, Kultur, Arbeit/Wirtschaft berücksichtigt werden und eignen sich sowohl als eigenständiger Zielplan als auch als Vorstufe zur F-Planung.<sup>201</sup>

<sup>194</sup> siehe auch Kap. 2.2. Messen

<sup>195</sup> DEUTSCHLAND: 5. BImSchBericht 1992, S.89

<sup>196</sup> UMWELTBUNDESAMT ...1989, S.148

<sup>197</sup> FIEBIG/... 1990

<sup>198</sup> FIEBIG/... 1990, S.12

<sup>199</sup> FIEBIG/... 1990, S.12

<sup>200</sup> FIEBIG/... 1990, S.102

### **Gesunde Wohn- und Arbeitsverhältnisse**

In § 34 BauGB zielt die "Anforderung an gesunde Wohn- und Arbeitsverhältnisse" auf die Sicherung gesunder Lebensbedingungen, also auch auf saubere Luft. Diese Forderung des Gesetzgebers über Festsetzung im Bebauungsplan abzusichern, ist schwierig und bisher wenig erprobt. Zwar wird<sup>202</sup> die Möglichkeit zum Schutz vor schädlichen Umwelteinwirkungen im Sinne des BImSchG durch zu treffende bauliche und sonstige technische Vorkehrungen eröffnet. Auch im Katalog für die Beurteilung von städtebaulichen Mißständen ist die Luftverunreinigung ein Kriterium. Jedoch können die möglichen Festsetzungen nicht ausschließen, daß nicht doch gesundheitliche Belastungen eintreten, da für die allgemeinen Anforderungen an gesunde Wohnverhältnisse weitere Rechtsbereiche Anwendung finden.

Gerade deshalb muß das Gesundheitsamt die Möglichkeit wahrnehmen, die Siedlungsentwicklung durch seine Stellungnahme zu beeinflussen.<sup>203</sup>

### **Dilemma der humanorientierten Umwelthygiene:**

*"Einerseits wird verlangt, daß Emissionen einer Substanz in die Umwelt und deren Schadstoffcharakter mit einem absoluten Zuverlässigkeitsgrad ermittelt wird, andererseits ist dies aus wissenschaftlichen Gründen nicht möglich".<sup>204</sup>*

### **Immissionsschutzbezogene Darstellungen in der F-Planung**

Festsetzungen in der Flächennutzungsplanung (F-Planung) mit dem Ziel, großräumig saubere Luft zu erreichen, sind aufgrund der dargelegten unzureichenden Datenlage und durch Unsicherheiten der Instrumentierung und Umsetzung schwierig. In Frage kommen gemeinsame F-Planungen von Nachbargemeinden, die auf eine Verbesserung der regionalen/ lokalen Luftqualität abzielen.<sup>205</sup> Dabei kann die Kreisgesundheitsbehörde vermitteln und koordinieren.

### **Landschaftsplan in B-Plan integrieren**

Die in den Landschaftsplänen enthaltenen Aussagen zu Stadtklima und Lufthygiene sind in die Bauleitplanung zu integrieren. Auch hier muß das Gesundheitsamt darauf achten, daß dies geschieht und auf eine Integration drängen. Dabei können Vorschläge zur Entlastung der lufthygienischen Ist-Situation gemacht werden, die eine kleinräumige Umweltentlastung bewirken<sup>206</sup>:

- die Aufhebung/ Überplanung einzelner emittierender Nutzungen
- (z.B. in Gemengelagen)
- die räumliche Auslagerung von nicht abstellbaren Störquellen an geeignete periphere Standorte (neue Gewerbeflächenangebote)
- Maßnahmen, die Belastungen durch den Straßenverkehr bewirken

### **Immissionsregelnde Maßnahmen in der B-Planung**

Auch bei der B-Planung findet der Belang "Luftreinhaltung" noch wenig Berücksichtigung. Zwar sind Beispiele zu verzeichnen, die Einzelaspekte berücksichtigen, jedoch wurde *"noch kein praktikabler und umfassender Ansatz einer systematischen Verknüpfung von Luftreinhaltung und Bauleitplanung in den Städten bekannt"*<sup>207</sup>

Bei der Bauleitplanung stehen grob drei Gruppen von Maßnahmen zur Verfügung:

- Festsetzungen von nach der Art zulässiger Nutzungen modifizierten Baugebieten
- Festsetzungen von Immissionsbeschränkungen im Rahmen der Modifizierung von Baugebieten
- Festsetzungen zum Schutz vor schädlichen Umwelteinwirkungen

Dabei sollte ein B-Plan den Ausgleich regeln, wobei der Regelungsichte Grenzen gesetzt sind. Denn besonders in Gemengelagen stehen die Festsetzungen des B-Plans unter dem Gebot der Erforderlichkeit.<sup>208</sup>

---

<sup>201</sup> HANDBUCH... 1985,S.125

<sup>202</sup> BauGB § 9 Abs 1, 24

<sup>203</sup> BauNVO, Kommentar. 1992, S.838-844; SCHWIER 1993,S.43

<sup>204</sup> ÖKOLOGISCHE BRIEFE 1990,Nr 20

<sup>205</sup> FIEBIG/... 1990,S.134

<sup>206</sup> FIEBIG/... 1990,S.135

<sup>207</sup> FIEBIG/... 1990,S.138

<sup>208</sup> SCHWIER 1993,S.72 f

### **Befassung von Luft und Klima in B-Plänen**

Um dem Klimaschutz gerecht zu werden, werden besondere Festsetzungen für Kaltluftschneisen oder Wärmeinseln angeregt, wie dies beim Stadtverband Saarbrücken 1986 gemacht wurde. Bisher befaßten sich Bebauungspläne mit den Aspekten<sup>209</sup>:

- Erhaltung der luft- und klimahygienischen Wohlfahrtswirkungen von städtischen und regionalen Grün- und Freiflächen im Zusammenhang mit Bauansprüchen
- Schutz vor Luftverunreinigungen durch Kraftwerke, Industrie und Gewerbe sowie Entlastung in Gemengelagen
- Optimierung der teilräumlichen Energie- und Wärmeversorgung der Haushalte (Einzelfeuerungen)

### **Emmissionsminderung im Rahmen von bau- und immissionsschutzrechtlichen Genehmigungsverfahren**

Die kommunalen Einwirkungsmöglichkeiten sind je nach immissionsschutzrechlichem Anlagentyp und nach der planungsrechtlichen Situation äußerst unterschiedlich. Auch die Zuständigkeiten sind diffizil. Die kommunalen Bauaufsichtsämter können durch Immissionsschutzaufgaben bei nicht nach BImSchG-genehmigungspflichtigen Anlagen Auflagen nach dem Stand der Technik machen oder Auflagen zur Emissionsminderung formulieren, jedoch setzt dies entsprechend geschultes und ökologisch motiviertes Personal voraus, das auch die nötige Zeit haben muß. Eine enge Zusammenarbeit der Baugenehmigungsbehörde und der Umweltbehörde sowie Kenntnis der stadtklimatischen Verhältnisse ist Voraussetzung.

Auch hierbei ist der Blickwinkel des Gesundheitsamts gefragt.

### **BImSchG-Verfahren und amtsärztliche Stellungnahme**

Im BImSchG-Verfahren wird das Gesundheitsamt als Träger öffentlicher Belange unmittelbar am Verfahren beteiligt und muß gesundheitliche Belange einbringen, was in der Vergangenheit meist unterblieb, bedingt durch die Überforderung des Amtes, sich mit den technischen Details der Planungen qualifiziert auseinanderzusetzen.<sup>210</sup>

So erhob die Gesundheitsdezernentin wegen nicht auszuschließender Gesundheitsgefahren Bedenken im BImSchG-Verfahren Limburg-Staffel und forderte nähere Untersuchungen. Dem wurde stattgegeben. Die Bürgerinitiative Staffel wollte die "fürchterlich stinkenden Abgase" stoppen. Dabei wollte sie nicht gegen die Firma Buderus und schon gar nicht gegen die Arbeitsplätze arbeiten.<sup>211</sup>

### **Umweltverträglichkeitsprüfung (UVP)**

Auch die UVP befaßt sich bei der Prüfung über die Zulässigkeit eines Vorhabens mit den Auswirkungen auf die Luft<sup>212</sup> und ist ein Instrument für die Gesundheitsverwaltung.<sup>213</sup>

### **Freiwillige Vereinbarungen**

In Konflikten können freiwillige Vereinbarungen eine Lösungsmöglichkeit sein. Oft ist Bereitschaft von Anwohnerinnen und Anwohnern vorhanden, ein emittierendes Werk zu akzeptieren, so daß Verhandlungen durchaus zu einer Einigung führen können.

Es sind Vereinbarungen bekannt, die über die gesetzlichen Anforderungen hinausgehen.<sup>214</sup>

## **3.3. Sozialmedizin und Planung**

Die Sozialhygiene war seit den 1890-er Jahren mit den Kommunen und der Entwicklung einer eigenständigen kommunalen Gesundheitspolitik verbunden. Sie knüpfte an die Möglichkeiten der Gemeinden und der Arbeiterversicherung an und lief auf Schaffung besserer Lebensverhältnisse und auf Dienstleistungen hinaus.

Das Gesundheitsamt hatte aus dieser Tradition heraus eine starke soziale Funktion. Der Amtsarzt war gleichzeitig Sozialarzt.

Dieser Aufgabe konnte der ÖGD wegen unzureichender Ausstattung nicht in dem erforderlichen Maß gerecht werden.

---

<sup>209</sup> FIEBIG/... 1990,S.138/139

<sup>210</sup> FIEBIG/... 1990,S.150

<sup>211</sup> LAHN-ZEITUNG 1.10.1992

<sup>212</sup> § 2 UPG

<sup>213</sup> BauNVO Komm. 1993,S.843

<sup>214</sup> FIEBIG/... 1990,S.156

In der derzeitigen Gesundheitsdiskussion werden auch die sozialen Ursachen für Gesundheit thematisiert. Die Gesundheitsbewegung hat dazu "Perspektiven einer sozialökologischen Gesundheitspolitik" vorgelegt.<sup>215</sup>

In dieser Studienarbeit wurde deutlich, daß Gesundheit und die soziale Lage eines Menschen eng zusammenhängen. Nicht nur saubere Luft muß daher Ziel der Planung sein, sondern ebenso gesunde soziale Verhältnisse. Damit beschäftigen sich Sozialmedizin und "sozialer Gesundheitsschutz"<sup>216</sup>

### **Umweltstreß, Luftqualität und Planung**

Unabhängig von einzelnen abnehmenden Schadstoffen und einer stärker erforderlichen Berücksichtigung von schwer abbaubaren und kritischen Luftverunreinigungen nimmt der "Umweltstreß" und die Belastungen von Menschen, Tieren und Pflanzen in städtischen und ländlichen Räumen zu.

*"Alles spricht dafür, daß die Vitalität der Abwehr- und Immunsysteme bzw. die Puffer- und Ausgleichsmechanismen weiter abnehmen."*

Gesundheitliche Beeinträchtigungen sowie die Schadensentwicklung in der Natur aufgrund von Summations-, Langzeit-, Akkumulations- und synergistischer Wirkung werden in der Luftreinhaltepolitik zwar vermutet, aber nicht ausreichend berücksichtigt.

*"Diese Entwicklung ist in ihren Ausmaßen und in ihren ökologischen, gesundheitlichen und volkswirtschaftlichen Konsequenzen noch nicht abzuschätzen."*<sup>217</sup>

Aus diesem Grund muß die Kommunalplanung Konzepte für Sanierung und Vorsorge entwickeln, die weit unterhalb der heute bestehenden Eingriffsschwelle ansetzen müssen.

Kommunen müssen Abschied vom bisherigen defensiven Immissionsschutz im Rahmen der Stadtplanung nehmen.<sup>218</sup>

Die Streißforschung und die Bewältigung von Konflikten und Problemen im Laufe eines Menschenlebens führt bei BADURA<sup>219</sup> zu einer neuen Definition von Gesundheit.<sup>220</sup>

Sie rückt den Menschen in den Mittelpunkt der Überlegungen, der mit seinen Bedürfnissen in der Planung und Politik zu wenig Berücksichtigung findet.

### **Gesundheitsbezogener Umweltschutz und sozialer Gesundheitsschutz**

Es ist ein Fortschritt, daß gesundheitsbezogener Umweltschutz und sozialer Gesundheitsschutz nun in Zusammenhang gebracht werden.

Beides sollte in der Planung für geänderte gesundheitliche Versorgungskonzepte<sup>221</sup> und eine an den Bedürfnissen der Menschen ausgerichteten Regionalstruktur zugrunde gelegt werden.

### **Neue Formen kommunaler Infrastrukturplanung**

Das Geschehen im Gesundheitsbereich angefangen von den internationalen und nationalen Erklärungen bis hin zu Projekten auf kommunaler Ebene sowie aus der Gesundheits- und der Selbsthilfebewegung zeigt den Beginn einer Veränderung gesundheitlicher Versorgungskonzepte an. Zu vermuten ist, daß sich die sozialen Dienstleistungsangebote verändern werden und Politikbereiche umgestaltet werden. Neuere Planungsansätze für Regionalentwicklung gehen von den Bedürfnissen der Menschen aus<sup>222</sup>.

Zu hoffen ist, daß sich durch eine kommunale Gesundheitspolitik eine neue Form sozialen Engagements entwickelt, die

*"neue Formen der Konzeption kommunaler Infrastrukturplanung erforderlich macht"*<sup>223</sup>

Die Kommunen brauchen für eine veränderte kommunale Gesundheitspolitik verstärkte Planungs- und Koordinierungsverantwortung verbunden mit der Verfügung über die Finanzmittel, auch um ein Ziel wie saubere Luft zu erreichen. So können lokale Bedürfnisse eher berücksichtigt werden.

<sup>215</sup> Sie sollten am 18./21. Okt.1990 bei der Tagung der GesundheitsAkademie in Soest diskutiert werden. in: DR.MED.MABUSE.Sonderbeil. 1995

<sup>216</sup> HABERER 1990,S.35

<sup>217</sup> FIEBIG/... 1990,S.10

<sup>218</sup> FIEBIG/... 1990,S.11

<sup>219</sup> in: GESUNDHEITSWISSENSCHAFTEN. 1993,S.77

<sup>220</sup> s. Kap 1.2: Was ist Gesundheit

<sup>221</sup> HEINZE/... 1992, S.43

<sup>222</sup> BLICKWENDE...1992,S.46

<sup>223</sup> HEINZE/... 1992, S.46



### **Durchsetzung von Veränderungen**

Dazu wird überlegt, Mittelumschichtungen aus dem Arzneimittelbereich in den Pflegebereich vorzunehmen oder Akutbetten in Pflegebetten umzuwandeln, um eine finanzielle Stärkung lokaler und regionaler Infrastruktur zu erreichen und die Infrastruktur zu stärken und zu erhalten.

Eine regionalorientierte Gesundheitspolitik könnte eine wichtige Allokationsaufgabe haben.<sup>224</sup>

Diese Überlegungen sind auch aus der Sicht des Thema "saubere Luft" von Bedeutung, wenn bekannt wird, daß

*"die angebotenen diagnostischen, vor allem therapeutischen Leistungen nicht dazu in der Lage sind, das vorherrschende Problem chronischer Volkskrankheiten zu bewältigen d.h. auch von einem inanspruchnahmegerechten Leistungsangebot ist keine wirksame Verbesserung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung zu erwarten".<sup>225</sup>*

Dies hängt nicht nur mit Zugangsschwierigkeiten z.B. alter Menschen im ländlichen Raum oder von erwerbstätigen Frauen mit Kindern zu medizinischen Leistungen zusammen, sondern mit umweltbedingten Einflüssen, die über eine medizinische Leistung nicht beeinflußt werden können.

Eine aktive regionale Gesundheitspolitik muß also auch Instrumente schaffen, die Umwelt und die Arbeitswelt präventiv beeinflussen zu können.<sup>226</sup>

### **3.4. Fazit: Planen**

Die derzeitigen Luftreinhalteprogramme sind noch zu sehr anlagenbezogen und seitens der Kommunen defensiv. Sie reichen nicht aus, um den Zusammenhang zwischen Gesundheit und Luftqualität zu diskutieren. Luftrelevante Planung muß einen starken Vorsorgecharakter erhalten.

### **Gesundheitsplanung**

Gesundheitsplanung wird am wirkungsvollsten auf der kommunalen und regionalen Ebene angesiedelt. Städte, Gemeinden und Landkreise sollen kommunale Gesundheitspläne als Rahmenplanung im Querschnitt ihrer Sachgebiete und Rechtsbereiche aufgrund der Gesundheitsberichterstattung erstellen. Sie sollen Mindeststandards für die Ausstattung der Region mit Gesundheitsdienstes enthalten, wobei drei Bereiche berücksichtigt werden sollen:

- Schutz vor akuter Gefahr
- Reduktion des Ist-Zustands
- Vorsorge vor Gesundheitsgefahren

Gesundheitsplanung kann ein geeignetes Instrument sein, saubere Luft vernetzt in allen Bereichen zu berücksichtigen.

Als Voraussetzung sind Instrumente wie Gesundheitsberichte und Kataster zu schaffen.

Ziel sind gesunde Lebens-, Wohn- und Arbeitsverhältnisse.

### **Wer kann was für gesunde Luft tun?**

Es gibt mannigfaltige Möglichkeiten auf den unterschiedlichen Ebenen:

- jede und jeder kann sich nach BImSchG beteiligen
- das Gesundheitsamt wird als Träger öffentlicher Belange an allem beteiligt
- auf Landesebene saubere Luft und Gesundheit bei der Raumordnung, Landesplanung und regionalen Raumordnungsplanung berücksichtigen
- auf Kreisebene durch eine Kreisentwicklungsplanung,
- bei der Verkehrsplanung
- Landschaftsplanung
- Stadtplanung
- Stadtentwicklungsplanung (ein Instrument, das stärkere Verwendung finden sollte)
- Luftreinhalteplanung
- bei bau- und immissionsrechtlichen Genehmigungen

### **Klimaschutz**

Das Kleinklima muß gemäß BauGB<sup>227</sup> durch Festsetzungen in F- und B-Plänen berücksichtigt werden.

---

<sup>224</sup> SCHMIDBAUER 1985, S.191

<sup>225</sup> HAUß 1985, S.286

<sup>226</sup> HAUß 1985, S.286

<sup>227</sup> BauGB § 1 (5) Nr. 7

## **Sozialmedizin**

Der soziale Zusammenhang mit den Ursachen von Gesundheit und Krankheit muß in die Planung Eingang finden. Ein Ansatz ist die Sozialplanung im BauGB. Ziel ist es, nicht nur saubere Luft, sondern gesunde soziale Verhältnisse zu schaffen und zu erhalten.

Neuerdings ist dabei der Umweltstreß ins Blickfeld gekommen mit noch unbekanntem Auswirkung.

### **Über wirksame Festsetzungen zu sauberer Luft nachdenken**

Über mögliche, wirksame Festsetzungen, die ein gesundes Wohnen und saubere Luft bewirken, sollten vermehrt Überlegungen aus der Praxis angestrengt werden, um bei den Beschwerden aus der Bevölkerung handlungsfähig zu sein.

Nur in wenigen Fällen sollte mit bauleitplanerischen Mitteln, die eine Nutzung zugunsten einer anderer verdrängt, gearbeitet werden. Ein Kompromiß ist anzustreben.<sup>228</sup>

## **Neue Formen kommunaler Infrastrukturplanung und kommunaler Gesundheitspolitik gehen von den Bedürfnissen der Menschen aus.**

## **4. Fazit und Ausblick**

### **Gesundheitsamt und Luftreinhaltung**

Da die Gesundheitsverwaltung an allen Planungen beteiligt wird, hat sie den Schlüssel für saubere Luft in der Hand. Sie hat darüber hinaus die Aufgabe, den Anstoß für die Erstellung von Grundlagen und Planungen zu geben.

Kommunale Behörden sind gefordert, Rahmenbedingungen, Instrumentarien und Zielsetzungen für die Sanierungs- und Vorsorgeaufgaben der Luftreinhaltung zu entwickeln, die weit unterhalb der heute bestehenden Eingriffsschwellen ansetzen müssen. Wirksame Vorsorgepolitik muß sich wesentlich von den bisherigen (defensiven) Immissionsschutzbemühungen im Rahmen der Stadtplanung unterscheiden.<sup>229</sup>

### **Umkehr des Beweises von Unschädlichkeit**

Die Forderung aus der Umweltmedizin geht dahin<sup>230</sup>:

*"bereits vor der Emission zumindest neuer chemischer Substanzen den Beweis der Unschädlichkeit zu führen und nicht - wie derzeit üblich - von der Ungefährlichkeit toxikologisch nur mangelhaft untersuchter Substanzen so lange auszugehen, bis das Gegenteil bewiesen ist."*

Dies bedeutet eine Umkehr des Beweises der Unschädlichkeit eines Stoffes.

### **Ziele und Strategien für Luftqualität**

Ziel der Bemühungen um saubere Luft ist die Verbesserung der Luftqualität und die Planung von Gesundheit in einer Gemeinde, die als gesunder Lebensraum entwickelt bzw. erhalten wird.

### **Verschlechterungsverbot**

Dabei dürfen Grenzwerte die Diskussion nicht länger ausschließlich bestimmen, sondern es sollen Richtlinien über Tendenzen erarbeitet werden. Dabei soll ein Verschlechterungsverbot der Luftsituation als erstes Ziel erreicht werden.<sup>231</sup>

### **Wohlstand durch Vermeiden**

Bei der Luftreinhaltung geht es zum einen um lokal saubere Luft, zum anderen um die Gefahren für das Weltklima. Für beides ist eine "Reform der dauerhaften Entwicklung" und eine "radikale Änderung der Konsum- und Wirtschaftsformen" erforderlich. Das alte Schlagwort "Wohlstand durch Wachstum" muß ersetzt werden durch "Wohlstand durch Vermeiden"<sup>12,32</sup>

Es dürfen nicht zusätzlich mehr Ressourcen verbraucht und belastet werden, sondern der erste Schritt muß der Beschluß sein, nicht mehr zu verbrauchen, den Status quo einzufrieren und dann den Verbrauch zu Lasten der Natur und der Luft zu senken. So kann ein Stop beim Wachstum eingeleitet werden.

---

<sup>228</sup> SCHWIER 1993, S.68

<sup>229</sup> FIEBIG/ ... 1990, S.11

<sup>230</sup> ÖKOLOGISCHE BRIEFE 1990, Nr 20 nach: Mersch-Sundermann in: Deutsches Ärzteblatt 1987

<sup>231</sup> KATZSCHNER mündlich 23.6.93

<sup>232</sup> MÜLLER (SPD, MdB) in: FR 18.8.1993

### **Gesundheitsverträglichkeit**

Zu überlegen ist, ob Gesundheitsverträglichkeit als Kriterium von Planungen eingeführt werden kann. Dies ist bei öffentlichen Planungen als Kriterium nirgends gesetzlich oder politisch handhabbar verankert.<sup>233</sup> Nach den wenig greifbaren und der schwierigen Umsetzung der UVP bestehen bei der Verfasserin Zweifel, ob allein schon die Einführung eines neuen Planungsziels eine Verbesserung erreichen kann, zumal das Gesundheitsamt bisher schon die Aufgabe hatte, die Gesundheitsauswirkungen und damit die Verträglichkeit zu prüfen mit dem bekannten geringen Erfolg.

Bei der Anhörung der GRÜNEN wurde 1985 die Anwendung des Verursacherprinzips vorgeschlagen<sup>234</sup>, ebenfalls ein Planungskriterium, das auf seine Anwendung in der Praxis geprüft werden sollte.

### **Prävention auch in Zukunft beim ÖGD?**

Die Frage, ob der ÖGD, der beim umweltbezogenen Gesundheitsschutz in der Vergangenheit versagt hat, dennoch in Zukunft diese wichtige Aufgabe wahrnehmen soll,<sup>235</sup> muß bejaht werden. Der öffentliche Gesundheitsdienst kann die Aufgabe der Prävention wahrnehmen, die er eigentlich schon lange hat. Der ÖGD ist ein unverzichtbares Instrument kommunaler und staatlicher Gesundheitspolitik<sup>236</sup>.

Allerdings müssen die rechtlichen Rahmenbedingungen klarer werden entweder durch Ausschöpfen des vorhandenen rechtlichen Rahmens oder durch Gesetzesänderungen: die Aufgabenzuweisung muß präziser verankert und eine bessere sächliche und Ausstattung mit Fachpersonal erreicht werden. Der ÖGD kann so tatsächlich Garant der öffentlichen Gesundheit im Rahmen gesundheitspolitischer Zielvorgaben zum Wohl der Bürgerinnen und Bürger<sup>237</sup> werden, der er ursprünglich sein sollte.

Dadurch kann der Wandel von einer Versorgungsmedizin zur Vorsorgemedizin und Gesundheitsförderung<sup>238</sup> eingeleitet werden.

### **Gremium "Saubere Luft"**

Als Möglichkeit der Bewußtmachung schlägt die Verfasserin vor, daß die Gesundheitsdezernentinnen oder -dezernenten eine Initiative ergreifen zur:

- Einrichtung eines Gremiums "Saubere Luft" unter Beteiligung aller mit Luft Befassten und an sauberer Luft Interessierten, aus Verkehrsplanung, Verkehrsberuhigung, Schadstoffe in der Innenraumluft (Dioxin oder Asbest in Kindergarten oder Schule), des Sports, der Feuerwehr mit dem Ziel, einen lokalen Luftreinhalteplan gemeinsam mit den Menschen zu erstellen, die die Luft verschmutzen und die saubere Luft brauchen.

Dieses Gremium braucht Kompetenzen, um Wirkung zu zeigen. Vorhandene Instrumente wie die Beteiligungsrechte des Gesundheitsamtes können stärker als bisher genutzt werden.

### **Veränderung des Gesundheitswesens**

Wie kann das Gedankengut der etablierten Medizin umgekrempelt werden? Wie kann man es zu einem Allgemeingut machen, daß Luftverschmutzung zu Atemwegserkrankungen führt?

Zur Zeit stellt praktisch der Staatsanwalt einen gesundheitlichen Kausalzusammenhang: Holzschutzmittel machen krank. Es sind weder die Krankenkassen, noch Wissenschaftler, noch gesundheitspolitische Zentren. Das zeigt das Dilemma, über welchen Weg Betroffene zu ihrem Recht kommen.<sup>239</sup>

Erforderlich ist eine Grundgesetzänderung, um eine bundeseinheitliche Qualität des gesundheitsbezogenen Umweltschutzes zu erreichen

---

<sup>233</sup> Rosenbrock in: KRITIK ... 1985, S.122

<sup>234</sup> KRITIK ... 1985, S.151

<sup>235</sup> Schruoffenegger in: ALTERNATIVEN ... 1988, H.5, S.42

<sup>236</sup> JANTZEN 1989, S.169

<sup>237</sup> JANTZEN 1989, S.173 schreibt: bleiben

<sup>238</sup> HEINZE/ ... 1992, S.45; RETZGEN, Limburg 1990 in WT: 13.6.1990

<sup>239</sup> Walger in: KRITIK ... 1985, S.127

### **Demokratisierung der Gesundheitspolitik**

Eine Demokratisierung und Reform der Beteiligungs- und Mitspracherechte in Fragen der persönlichen und gesellschaftlichen Gesundheit kann den Weg bahnen von der Leistungsgesellschaft in die "Gesundheitsgesellschaft".<sup>240</sup>

### **Sozialer Gesundheitsschutz**

Bei der gesundheitspolitischen Wende spielt der soziale Aspekt von Gesundheit eine neue Rolle, der erst den ihm gebührenden Platz erhalten muß. Seelische Gesundheit und das soziale Umfeld eines Menschen ist ebenso wichtig wie saubere Luft und andere Bereiche des gesundheitsbezogenen Umweltschutzes.

Unterstützung finden kann der Zusammenhang von gesundheitsbezogenem Umweltschutz und sozialem Gesundheitsschutz in der Einrichtung von sozio-kulturellen Gesundheits- und Sozialzentren<sup>241</sup>.

Die Umsetzung derartiger Denk- und Planungsansätze sollte nicht in das Reich der Phantasie verbannt werden. Allein ein Blick auf die öffentlichen Folgekosten durch Umweltbelastung<sup>242</sup>, gerade bei den Gesundheitsausgaben, muß dazu führen, daß ein Weg weg von der Reparatur- und "end-of-pipe"-Politik gesucht und gefunden wird.

### **Luftreinhaltung im ländlichen Raum**

Gerade im ländlichen Raum muß sich die Kommune des Themas Luftreinhaltung annehmen. Dies ist bisher kaum der Fall, da das Landleben immer noch per se als gesund gilt. Immissionen des Straßenverkehrs (LKW-Transit durch kleine Orte, hohe KFZ-Dichte auf dem Land, reduzierte Infrastruktur, Belastung beim Berufspendeln) rücken die Verkehrsemissionen ins Blickfeld. Wie unbelastet ist der ländliche Raum? Welche Emissionen gibt es dort? Welche abfallbedingten Emissionen sind bereits vorhanden? Welche gesundheitlichen Belastungen haben die Menschen bereits, einmal durch die Arbeitsplätze und die Arbeitsbedingungen, andererseits durch die Mehraufwendungen an Zeit für Fahrten im Berufspendeln? Welche Belastungen sind durch Sondermüllstandorte vorhanden?

Die Menschen im ländlichen Raum müssen bei der Diskussion über die Ausweitung des Raubrittertums der Ballungsräume aufpassen und handeln, zunächst indem sie die Fakten ermitteln und Umwelt- und Gesundheitsberichte erstellen, die in Vorsorgepläne einmünden.

### **Regionalentwicklung und Gesundheit**

Eine eigenständige Regionalentwicklung erhält damit auch unter dem Aspekt saubere Luft ein zusätzliches, gesundheitliches Ziel.

Daher soll die Regionalplanung den Alltag der Menschen mit den traditionellen Planungskriterien vernetzen:

- Wohnen und Arbeiten,
- Verkehr und Gesundheit,
- Arbeitszeit, Freizeit, Sozialzeit<sup>243</sup>

Der Blickwinkel der menschlichen Bedürfnisse<sup>244</sup> ermöglicht eine Wende zur Gesamtschau. Eine neue Politik für saubere Luft und Gesundheit muß als großer Wurf von oben, und/ oder mit tausend kleinen Schritten von unten zielstrebig durchgesetzt werden.

Dabei heißen die Instrumente zur Durchsetzung sauberer Luft und einer gesunden Umwelt:

**- Messen - Berichten - Fördern - Beraten -  
- Forschen - Koordinieren - Planen -**

<sup>240</sup> Göpel in: IST Gesundheit mach(t)bar? 1990

<sup>241</sup> HEINZE/... 1992,S.52

<sup>242</sup> Vorholz, Fritz: Der Weg nach Ökotoxia in: Die ZEIT vom 20.8.1993; WICKE 1986; HEINZ/... 1990

<sup>243</sup> Fink 1990

<sup>244</sup> BLICKWENDE ...1992

## Literaturverzeichnis

1. Alternative Kommunalpolitik (AKP). 9(1988), H.5. Schwerpunkt Gesundheit.
2. Alber, Jens: Das Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland. Entwicklung, Struktur und Funktionsweise. 1992
3. Arnold, Martina: Kinderlos durch Umweltgifte. in: Ökotest 1992 H.11, S.86-90.
4. Aufgaben des amtsärztlichen Dienstes. Manuskript. 1985.
5. Badura, Bernhard, u. Klaus Lenk: Der öffentliche Gesundheitsdienst: Begräbnis oder Neubeginn? 1986, S. 306-320 aus: Die zweite Stadt. Neue Formen lokaler Arbeits- und Sozialpolitik. Hrsg. Blanke, Bernhard. (Leviathan. Sonderh. 7)
6. Bauch, Josef: Die Vergesellschaftung der Gesundheit. Eine Analyse der Regionalstrategie für "Gesundheit 2000" des Regionalkommittees für Europa der WHO. in: Medizin, Mensch, Gesellschaft. 16(1991), S.33-44. darin: Definition von Affemann für Gesundheit zitiert nach: Brauner, K: Gesundheitserziehung - ihre Realisierung aus pädagogischer Sicht. in: Deutsches Ärzteblatt 30(1981), S.1446.
7. Baunutzungsverordnung. Kommentar von Hans Carl Fickert u.a. 7. teilw. überarb. u. erg. Aufl. 1992. (Neue kommunale Schriften. 28.)
8. Beier, Christa, Brigitte Wagner u. Lutz Katzschner: Atemwegserkrankungen und Luftbelastungen in Kassel. 1988. (GhK Fachb. Stadtplanung und Landschaftsplanung. Arbeitsbericht. H. 83)
9. Bewußter leben. Früherkennung und Vorbeugung von Krebserkrankungen. Hrsg. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. 1986.
10. Blickwende in der Technologiepolitik. Von Arnim v. Gleich, Rainer Lucas u.a. 1992. (Sozialverträgliche Technikgestaltung. Materialien u. Berichte. Bd 32)
11. BUND für Umwelt und Naturschutz Deutschland (AK Immissionsschutz): Programm für saubere Luft. 1988. (BUND-Positionen. 17)
12. Bundesumweltamt. Jahresbericht 1989. o.J.
13. Deppe, Hans-Ulrich: Krankheit ist ohne Politik nicht heilbar. 1987. (Suhrkamp. 1391)
14. Fünfter Immissionsschutzbericht der Bundesregierung (BlmSchBericht). 12. Wahlperiode. 15.12.92
15. Epidemiologie im Gesundheitswesen. Die Bedeutung der Epidemiologie für die Gesundheitsversorgung. Hrsg.: Walter W. Holland u. Lucien Karhausen. Dt. Ausg. 1984. (Orig. 1978)
16. Europäische Charta Umwelt und Gesundheit. Frankfurt, 7./8. Dez. 1989. in: Sozialpädiatrie 12 (1990), S.860-862.
17. Ewald, Karsten: Wo ein Wille ist... Mit dem Straßenverkehrsrecht gegen Verkehrslärm und -abgase. in: AKP 1993, H.1, S.55-59
18. Fiebig, Karl-Heinz, Ajo Hinzen, Gerd Ohligschläger: Luftreinhaltung in der Städten. 1990. (Deutsches Institut für Urbanistik)
19. Fink, Ulf: Die neue Kultur des Helfens. 1990.
20. Förderung von Selbsthilfegruppen durch öffentliche Gesundheitsdienste. Von Ute Canaris u.s. 1990 (NAKOS, Nr 6. Extra)
21. Gemeindegetragene Gesundheitsförderung im Alltag- "Langen lebt gesund". Hrsg. Stefan Wilm, Angelika Augustin u.a. 1990.
22. Gesetz zur Vereinheitlichung des Gesundheitswesens. 3.7.1934 Dritte Durchführungsverordnung. 30. März 1935. in: Das grüne Gehirn. 8. Erg.
23. Gesundere Städte - kommunale Gesundheitsförderung. Materialien und Ideen zum "Healthy Cities" Projekt der Weltgesundheitsorganisation. Hrsg. Helmut Hildebrandt u. Alf Trojan. 1987.
24. Gesunde Städte. Tagung zur Stadtökologie und zur Förderung der Umwelt in hochindustrialisierten Gebieten (30.5./3.6.89 in Unna). 1989.
25. Gesunde Städte. Ein Projekt wird zur Bewegung. Zwischenbericht. 1987-1990. 1992.
26. Gesundheit in Baden-Württemberg. Handbuch für regionale Arbeitsgemeinschaften für Gesundheitserziehung. 2. geänd. Aufl. 1988.
27. Das Gesundheitswesen in der Bundesrepublik Deutschland. Hrsg. E. H. Buchholz. 1988.
28. Gesundheitswissenschaften. Hrsg. Klaus Hurrelmann/. U. Laaser. 1993.
29. Gesundheitswissenschaften und öffentliche Gesundheitsförderung. Aktuelle Modelle für eine Public-Health-Ausbildung in der Bundesrepublik Deutschland. Hrsg. U. Laaser u.a. 1990.
30. Grotjahn, Alfred: Soziale Hygiene. 1904.
31. Grüne, Das, Gehirn. Der Arzt des öffentlichen Gesundheitswesens. Loseblattausg. Hrsg. Walter Bachmann. (Erg.-Lfg. u.) 10. Aufl. 1992-
32. Grundriß des öffentlichen Gesundheitswesens. Zum Gebrauch an medizinischen Fakultäten u. an Medizinal-Lehranstalten. Hrsg. Hrsg. H.J. Femmer u.a. 1985.
33. Günther, Manfred: Gesundheitlich technischer Umweltschutz in personeller und funktioneller Hinsicht am Beispiel des Kreisgesundheitsamtes Unna. (in: Gesunde Städte. 1989.)
34. Haberer, Willibald E.: Mögliche Organisationsstrukturen und Wahrnehmung von Aufgaben im Arbeitsfeld "Öffentliche Gesundheit" eines entwickelten rechtsstaatlichen Gemeinwesens. 1990.

35. Hauß, Friedrich: Inanspruchnahme medizinischer Leistungen und regionale Gesundheitspolitik. in: Informationen zur Raumentwicklung 1985, H.3/4, S.286.
36. Heinz, Ingo, u. Renate Klaußen-Mielke: Krankheitskosten durch Luftverschmutzung. 1990. (Wirtschaftswiss. Beiträge. 28)
37. Heinze, Rolf G., Thomas Olk u. Norbert Wohlfahrt: Von der traditionellen Sozialpolitik zur neuen Wohlfahrtskultur? 1992. (ILS Schriften.64)
38. Hessen (Land): Ausgewählte Landesgesetze von Hessen. Hrsg. F. v. Zezschwitz. 10.Aufl.1992.
39. Hessen (Ministerium für Arbeit, Umwelt und Soziales): Periodisches Berichtswesen der Gesundheitsverwaltung. Erlaß vom 11.3. 1965 und 17.5.1984.
40. Hessen (Sozialministerium). Jahresbericht 1990. 1991.
41. Huber, Ellis: Kommunale Gesundheitspolitik - Kampf um neue Ressourcen und neue Inhalte. 1985. in: Handbuch für alternative Kommunalpolitik.
42. Ist Gesundheit mach(t)bar? Perspektiven einer sozialökologischen Gesundheitspolitik. 1990. (in: Dr.med.Mabuse. Sonderbeil.)
43. Jantzen, G.: Der öffentliche Gesundheitsdienst als Instrument gesundheitspolitischer Zielsetzungen. in: Öff. Gesundheitswesen. 51(1989), S.169-173.
44. Kahlert, Joachim: Was uns den Atem verschlägt. Luftverschmutzung und ihre Folgen. 1986..
45. Katzschner, Lutz: Atemwegserkrankungen in Abhängigkeit von Klima, Luftbelastung und Stadtstrukturen. in: Öff. Gesundh.Wesen 52(1990), 14-21.
45. Katzschner, Lutz: Klima und Planung. 1988. (GhKassel, Fachbereich Stadtplanung u. Landschaftsplanung. Arbeitsbericht.75)
46. Katzschner, Lutz: Seminararbeitschrift WS 92/93. Gh Kassel.
47. Klein, Helmut: Förderung von Selbsthilfegruppen durch den Landkreis Limburg-Weilburg. in: Der Landkreis.4(1990).S.159-160.
48. Koch, Egmont R., Reinhard Klopffleisch u. Armin Maywald: Die Gesundheit der Nation. 1986.
49. Kommunale Gesundheitspolitik für Köln. Fachkonferenz.1989
50. Kritik des Gesundheitswesens und Grüne Alternativen. Hrsg.: Helga Burkert, Frank Hoppe u.a. 1986.
51. Kühling, Wilfried: Die Bewertung von Luftschadstoffen bei der Umweltverträglichkeitsprüfung für genehmigungspflichtige Anlagen. in: KGV-Rundbrief. 1992, 4, S. 1
52. Labisch, Alfons,u. Florian Tennstedt: Der Weg zum Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens" vom 3.Juli 1934. Entwicklungslinien und -momente des staatlichen und kommunalen Gesundheitswesens in Deutschland. T.1.2. 1985. (Akademie für Öffentliches Gesundheitsw.in Düsseldorf. Bd 13,1.2.)
53. Labisch-Ziesmann, U., u. Alfons Labisch: Zur Personalsituation im öffentlichen Gesundheitsdienst von 1950-1980 im Vergleich zur ambulanten und stationären Versorgung. in: Öff. Gesundheitswesen. 46(1984), S. 125-130.
54. Lahmann, Erdwin: Luftverunreinigung -Luftreinhaltung.1990.
55. Landkreis Limburg-Weilburg: Umweltbericht 1989. Abfallbericht 1989. 1990.
56. Landkreis Unna: Aufbau der kommunalen Gesundheitsberichterstattung. 1990.
57. Landkreis Unna (Gesundheitsamt): Aufgabenkonzeption.1986.
58. Lebensweltbezogene Prävention und Gesundheitsförderung. Hrsg. Wolfgang Stark. 1989.
59. Modelle zur Organisation der kommunalen und regionalen Gesundheitsplanung in der Bundesrepublik Deutschland. Hrsg.Wolf.-D. Narr, Wilhelm F. Schröder.1977.(Strukturforschung im Gesundheitswesen. 1)
60. Das Modellgesundheitsamt Marburg-Biedenkopf. Abschlußbericht. 1982. (Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit. Schriftenreihe. Bd 99.)
61. Monheim, Heiner: Probleme und Strategien einer regionalorientierten Gesundheitspolitik und -planung. in: Informationen zur Raumentwicklung. 1985, 3/4, S.163-185.
62. Neuhaus, R., u. W. F. Schröder: Modellversuche zur kommunalen Planung im Gesundheitswesen. in: Öffentliches Gesundheitswesen. 48(1986),S. 666-669
63. Öko-Lexikon. Stichworte und Zusammenhänge. Hrsg. Hartwig Walletschek, Jochen Graw. 1988. (Beck'sche Reihe.344.)
64. Offermann-Clas, Christel: Luftreinhaltung in der Bundesrepublik Deutschland. Gesetzliche Grundlagen, Voraussetzungen, Verfahren und zuständige Behörden für die Genehmigung emittierender Anlagen. 1984. (Bundesanzeiger. 37.1985).
65. Ozon-Smog. Allergien - Atemnot - Herzbeschwerden. in: Der Spiegel. 47(1993), 31.5.93
66. Pepler-Buxmann, Ursula: Kommunale Berichterstattung. in: Blickpunkt Gesundheitsamt. 1990 I,S.2.
67. Pfahl, Gerda: Prävention - Aufgabe des ÖGD. Referat bei den 1. Gesundheitstagen in Limburg. Manuskript. 1990.
68. Pfahl, Gerda: Umgang von Politik und Verwaltung in einem ländlichen Kreis mit dem Thema Dioxin. 1993.
69. Retzgen, Bernd-Joachim: Gesundheitlicher Umweltschutz als Aufgabe des öffentlichen Gesundheitsdienstes - Konzeption und Aufgaben des Gesundheitsamtes.(in: Gesunde Städte. Tagung Unna 1989)

70. Retzgen, Bernd-Joachim: Kommunale Gesundheitsförderung und die Rolle des Gesundheitsamts am Beispiel des Kreis Unna. in: Gesundheitsförderung .Tagung 5.9.1990, Mainz.
71. Retzgen, Bernd-Joachim: Neue Konzeptionen und Möglichkeiten für den Öffentlichen Gesundheitsdienst. Vortrag Limburg 1990.
72. Retzgen, Bernd-Joachim: Wie sieht sich der ÖGD selbst - jetzt und in der Zukunft? Vortrag beim Symposium ÖGD 2000 Der öffentliche Gesundheitsdienst der Zukunft.30./31.August 1989, Düsseldorf. Manuskript.
73. Schäfer, Thomas, u. H.W. Wachtel: Umweltbezogene Gesundheitsberichterstattung. Planungsstudie im Auftr. des MAGFS Baden-Württemberg. 1989.
74. Schmidbauer, Gertraud: Spielräume und Einschränkungen für eine regionalorientierte Gesundheitspolitik. Eine Bewertung der neuen Entwicklungen in der Gesundheits- und Sozialpolitik. in: Informationen zur Raumentwicklung. 1985,H. 3/4, S.187-193.
75. Schwier, Volker: Bauleitplanung für die Praxis. 1993.
76. Soddemann, H.: Erfüllung der Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes durch ein Kreisgesundheitsamt. in: Öff. Gesundheitswesen. 46(1984),S.178-181.
- 76a. Sozialplanung und Stadterneuerung.1976.(Beiträge zur Umweltplanung)
- 77 Spatz, Johannes: Krebsrisiko. Autoabgase und Gesundheitsgefahr Nr.1. in: Dr.med.Mabuse. 1992, 50-53
- 77a. Spatz, Johannes: Gesundheitsgefahr Nr.1: das Auto. in: AKP. 1992,H.6,50-53.
78. Stratmann, Rainer: Neuorientierung des öffentlichen Gesundheitswesens im Landkreis Unna. in: Der Landkreis 4 1990),163-165.
80. Strathmann, Thomas: Das "Healthy Cities" Projekt der Weltgesundheitsorganisation und seine Umsetzung in deutschen Städten. 1992.
81. Strukturentwicklung und Perspektiven des öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) in Schleswig-Holstein. Fachtagung 20./21.November 1989 in Damp. 1990.
82. Teufel, Dieter: Smog - dicke Luft in Hessen. 2.überarb.Aufl. 1984. (IFEU-Bericht.26)
83. Trojan, Alf, u. Helmut Hildebrandt: Konzeptionelle Überlegungen zu gesundheitsbezogener Netzwerkförderung auf lokaler Ebene. in: Lebensweltbezogene Prävention .S.97-116
84. Umweltbundesamt. Jahresbericht 1989.o.J.
- 85.Unruh, Georg-Christoph von: Die kommunale Selbstverwaltung.(Aus Politik u. Zeitgeschichte.B 30-31/89)
86. Vilmar, Fritz, u. Brigitte Runge: Auf dem Weg zur Selbsthilfegesellschaft? 1986.
87. WHO: Ottawa Charter zur Gesundheitsförderung. 21.November 1986, Ottawa. in: Landkreis Limburg-Weilburg: KISS Info 1990,2,S.31-37.
88. WHO/ Landkreis Unna: Kommunalpolitische Initiativen zur Förderung der Gesundheit in Städten und Kreisen. Tagung. 1990.
89. Wicke, Lutz: Die ökologischen Milliarden. 1986.
90. Wie krank ist unsere Gesundheit? Beiträge zur 50.Konferenz der Gesundheitsminister in Berlin.1982.(Ullstein- Sachbuch.34136)
91. Wieczorek, Bertram: Umweltmedizin - eine Wissenschaft auf der Suche nach ihrem Standort. (in: Umwelt. 1993, H.4, S.158-160.)
92. Wissen ist Macht. Eigenständig durch Selbsthilfe in Gruppen. Hrsg. Alf Trojan. 1986. (Fischer alternativ.4173)
93. Wrbitzky, Renate: Jugendarbeitsschutz. in: Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Präventivmedizin. 27(1992), S.500-504.
94. Wunderlich, Otto: Reinhaltung der Luft. in: Das grüne Gehirn. 18.Erg. Lfg. ca. 1990, S.1-70.
95. Zurück in die Zukunft. Selbsthilfe und gesellschaftliche Entwicklung. Hrsg.: Selbsthilfezentrum München. 1988.
96. Zukunftsperspektiven des Öffentlichen Gesundheitsdienstes Baden-Württemberg. Bericht der Kommission eingesetzt durch die Landesregierung 1987. o.J.

**Sonstige:** Frankfurter Rundschau (FR), Hessisch-Niedersächsische Allgemeine (HNA), Weilburger Tageblatt (WT), Neue Nassauische Presse (NNP), Lahn-Zeitung, Dr.Med.Mabuse, Ökologische Briefe, Ärztliche Praxis, Bundesgesetzblatt, Hessenschau hr3

### **Wichtige Erklärungen**

- Alma Ata 1978.
- 50. Gesundheitsministerkonferenz 1982. (in: Prävention 6.1983,S.63-64)
- Ottawa- Charta zur Gesundheitsförderung. 1986.
- Gesundheitsministerkonferenz. 19./20.11.1987 (Osnabrück). Entschließung: Umwelthygiene im Öffentlichen Gesundheitsdienst. (= Hess. Landesregierung. Drucksache 12/1316 Antwort vom 12.9.89)
- Europäische Charta Umwelt und Gesundheit. Frankfurt,7./8.Dez. 1989. in: Sozialpädiatrie 12(1990),S.860-862.
- Gesundheitministerkonferenz 1990
- 64. Gesundheitsministerkonferenz 24./25.10.1991 (Wiesbaden). Möglichkeiten zur Gesundheitsvorsorge, Krankheitsfrüherkennung und Gesundheitsförderung in der Bundesrepublik Deutschland.
- 65. Gesundheitsministerkonferenz Nov.1992. Entschließung zu Umwelthygiene im ÖGD.