

Rainer Müller (1992):

BREMEN – EINE GESUNDHEITSBEWUSSTE STADT

Gesundheit als Leitmotiv der Stadtentwicklung

Gliederung:

1. Vorbemerkung
2. Das Ausgangsproblem: Grundbedürfnisse und ihre gesundheitsgerechte Befriedigung
3. Gesundheit und Stadtentwicklung
4. Aktuelle Problemlagen der Stadt
5. Kommunal- und gesundheitspolitisch gestaltbare Problemfelder
6. Gesellschaftliche Dynamik und Verwissenschaftlichung von Gesundheit
7. „Gesundheit“ als neue Maxime politischen Handelns
8. Gesunde oder gesundheitsbewußte Stadt
9. Zwischenfazit
10. Zur Entwicklung eines Leitbildes „Gesundheitsbewußte Stadt“
11. Institutionelle Arrangements, um ein Gesundheitsbewußtsein der Stadt zu entwickeln und zu fördern

1. Vorbemerkung

Die Entwicklung unserer Städte scheint in den letzten Jahren zunehmend in ihren eigenen Problemen stecken zu bleiben. Befreiende Auswege aus dieser Sackgasse sind allenfalls in bescheidenen Ansätzen zu erkennen. „Unwirtlichkeit“ und „Unregierbarkeit“ der Städte sind seit langem die Stichworte der Debatte. Gefragt sind also neue Ideen, Sichtweisen und Konzepte für eine Stadtentwicklung, die urbanes Leben auch in einer mittel- und langfristigen Perspektive noch ermöglicht.

Dieser Zielsetzung sind die Beiträge des „*Bremer Perspektiven-Labors*“ verpflichtet. In diesem Sinne ist die Absicht zu verstehen, „Gesundheit“ als eines der Leitmotive zukünftiger Stadtentwicklung einzuführen.

Mit diesem Beitrag ist keinesfalls beabsichtigt, die abgeschlossene Diskussion um die Beteiligung Bremens am „healthy-city“-Programm wieder zu eröffnen, auch nicht, eine neue Stimme in den Chor derjenigen einzubringen, die in der Propagierung von Gesundheit, in der Realisierung von gesundheitsgerechten Lebensbedingungen und gesundheitsbewußtem Verhalten die Lösung aller Probleme sehen. Ausgehend von einer Bestimmung, was unter der Formulierung eines „Leitbildes“ verstanden wird, soll vielmehr untersucht werden, die Basis für den Begriff und die empirische Analyse gesundheitsrelevanter Bedingungen zu finden. Dies soll die Identifikation von Problemschwerpunkten und die Förderung einer umfassenden Diskussion über Gesundheitsprobleme in dieser Stadt erleichtern. Die Fortführung bereits getaner gesundheitspolitischer Schritte, z.B. die Einrichtung einer bremischen Gesundheitsberichterstattung, soll gestützt und ergänzt werden.

Gesundheit ist – wie noch zu zeigen sein wird – kein eindeutiger Begriff. Die Berufung auf Gesundheit ermöglicht äußerst unterschiedliche und differenziert zu beurteilende Formen gesellschaftlicher Praxis. Man muß nicht notwendig die Extreme – wie etwa „Ergesundheit“ oder „gesunder Volkskörper“ – zitieren, um zu verdeutlichen, wie anfällig der Begriff der Gesundheit gegen die Besetzung durch totalitäre Vorstellungen ist. Auch das „gesunde Volksempfinden“ oder manche Konzepte aktueller Gesundheitsförderung machen deutlich, daß die Assoziation von „gesund“ über „ordentlich“ bis „richtig“ bzw. von „krank“ über „abweichend“ bis „umzuerziehen“ oder gar Selektion nicht lang sind.

Dessen eingedenk kann es bei der Formulierung von „Gesundheit als Leitmotiv für die Stadtentwicklung“ weder darum gehen, einen (schul-)medizinisch verengten Begriff von Gesundheit zu verallgemeinern, noch expertokratisch das Monopol hinsichtlich der Definition und „Vorschreibung“ des „gesunden Lebens“ zu beanspruchen. Mit dem Begriff „gesundheitsbewußte Stadt“ wird vielmehr zweierlei beabsichtigt:

- Zum einen soll damit verdeutlicht werden, daß Gesundheit nicht nur ein medizinisches Problem und nicht nur Gegenstand des Handelns eines Ressorts ist, sondern – um einen Ausdruck aus dem Wörterbuch des Technikrates zu verwenden – ein „Querschnittsproblem“, ein Problem also, das viele Erscheinungsformen in vielen Bereichen und auch viele Ursachen hat. Dementsprechend ist Gesundheit etwas, das alle Bürger einer Stadt angeht. Bürger zu dem, für die die Abschaffung gesundheitsschädlicher und die Realisierung gesundheitsförderlicher Lebens- und Arbeitsbedingungen und die Umsetzung von Maximen gesundheitsbewußter Lebensweisen durchaus Unterschiedliches bedeutet.
- Zum anderen soll damit hervorgehoben werden, daß „Gesundheit“ nicht denkbar ist ohne ein kulturelles Verständnis des „öffentlichen Lebens“ in dem Sinne, daß nicht nur verschiedene Vorstellungen vom gesunden Leben, sondern verschiedene Lebensentwürfe und Lebensformen toleriert werden, daß nicht Formierung, sondern Pluralität und nicht Egoismus, sondern Solidarität als das Leitbild einer „gesundheitsbewußten“ Stadt angesehen werden.

Die gesundheitsbewußte Stadt verfolgt also nicht missionarisch ein spezifisches Konzept von Gesundheit, sondern sie führt den Diskurs – ohne Beschränkungen inhaltlicher Art und ohne Ausgrenzung bestimmter Personengruppen. Sie weiß um die Vielfalt der Problemlagen und versucht, sich ein besseres Bild davon zu machen. Sie bedenkt aber auch die Bedürfnisse und vermeidet es, wo irgend möglich, allgemeingültige und verpflichtende Lösungen vorzugeben. Vielmehr strebt sie – ohne in naive Aufklärungsromantik zu verfallen – im Regelfall danach, solche Lösungen unter Einbeziehung der jeweils Betroffenen zu entwickeln. Sie strebt danach, die dem Leitbild der „gesundheitsbewußten“ Stadt zugrundeliegenden Ideen von Pluralität, Toleranz und Solidarität in kommunikativen Prozessen verständlich zu machen und ihnen breitere Anerkennung zu verschaffen.

Da ein Leitbild seiner angestrebten Funktion – nämlich realistische und diskussionsfähige Orientierungen für zukünftige Entwicklung zu liefern – nur dann gerecht werden kann, wenn es auf der Grundlage solider Analysen des „Bestehenden“ und des „Machbaren“ fußt, widmet sich der folgende Text zunächst ausführlich dem komplexen Verhältnis von Stadt(entwicklung) und Gesundheit(sbewußtsein). In den darauf

folgenden Abschnitten (Kapitel 10. und 11.) werden allgemeine Kriterien für solche Leitbilder benannt und die Möglichkeit aufgezeigt, wie z.B. über eine soziale Gesundheitsberichterstattung das Leitbild „gesundheitsbewußte Stadt“ ausgestaltet werden kann.

2. Das Ausgangsproblem: Grundbedürfnisse und ihre gesundheitsgerechte Befriedigung

Am Anfang der Überlegungen zu „Gesundheit als Leitmotiv für die Stadtentwicklung“ sollen scheinbar banale und schlichte Beispiele aus dem Alltagsleben stehen, die sich jedoch bei genauer Betrachtung durchaus nicht als trivial herausstellen: An ihnen zeigt sich nämlich, daß selbst primäre Bedürfnisse in der Stadt längst nicht immer befriedigt werden können:

- Spiel von Kindern
Im städtischen öffentlichen Raum gibt es kaum noch Plätze, an denen Kinder ungefährdet spielen können.
- Schlafen
Teile der Bevölkerung werden durch Nacharbeit und Lärmemissionen in ihrem Schlaf gestört.
- Zeitverwendung
Die Zeitautonomie ist nicht nur durch das Zeitregime der Arbeit, sondern auch durch andere gesellschaftliche Vorgaben (Angebotsstruktur von Dienstleistungen, Verkehrsverhältnisse) stark eingeschränkt.
- Arbeiten/Tätigsein
Berufliche und nicht-berufliche Arbeit ist vielfach mit Gesundheitsgefährdungen verbunden. Dies führt zu berufs- und tätigkeitsspezifischen Morbiditäts- und Mortalitätsmustern.
- Informationen und Beratungsbedarf
Das Recht auf Informationen zu vielfältigen Fragen bezüglich Gesundheit/Krankheit kann nur unzureichend befriedigt werden, Beratungsbedarf trifft auf große qualitative und quantitative Defizite.

Wenn schon solche banalen Beispiele deutlich machen, daß zentrale menschliche Bedürfnisse auf mit dem städtischen Leben zusammenhängende Realisierungsprobleme stoßen, muß grundlegend über eine Neuorientierung städtischer Politik unter Gesundheitsgesichtspunkten nachgedacht werden.

3. Gesundheit und Stadtentwicklung

Historisch gesehen war die Stadt immer schon der Ort, an dem besondere Gesundheitsgefährdungen sozial konstituiert wurden und auch bearbeitet werden mußten – deshalb, weil hier auf engem Raum miteinander umgegangen werden mußte. Im Prozeß der Zusammenballung entstanden immer schon spezifische Zumutungen und

Risiken. Entsprechend wurde auch in der Stadt zuerst Krankheitsbekämpfung und -bewältigung konzeptualisiert und praktiziert.

Die Geschichte der Stadt ist die Geschichte der Emanzipation des Bürgertums gegenüber dem Feudalismus. Die Städte waren der Ort der ökonomischen, technischen, kulturellen und politischen Innovation. Die Perspektive der Stadtentwicklung kann „als das Versprechen auf ein von politischen, sozialen und natürlichen Zwängen befreites Leben“ (HÄUSSERMANN 1992) interpretiert werden. Dieses Versprechen enthielt Leitbilder, die sich auch auf das gute und gesunde sowie lange Leben bezogen und eine Befreiung von Krankheit und Leid versprachen. Sowohl in der bürgerlichen wie auch in der proletarischen Stadtgeschichte wurde Gesundheit zu einem Leitbild, welches entsprechend den klassenspezifischen Erfahrungen und Interessen formuliert wurde. In der bürgerlichen Stadtpolitik wurde Gesundheit in der „öffentlichen Gesundheitspflege“ zum Fluchtpunkt für die Hygienisierung der Lebenswelt. Im Prozeß der Vergesellschaftung haben sich seit Mitte des vorigen Jahrhunderts Bewertungen von Gesundheit durchgesetzt, die sich an den Effizienz- und Rationalitätskriterien städtischen Lebens messen und dies durch naturwissenschaftliche Orientierungen auf Körperlichkeit, lokale Krankheitsvorgänge und akute Ursache-Wirkungsbeziehungen untermauern können. Die bakteriologische, physikalisch-chemische und technische Hygiene wird zur dominanten Bezugswissenschaft. Leitbild des herrschenden Gesundheitsbegriffs ist dementsprechend der „human motor“, der funktionstüchtige, leistungsfähige, saubere und sittliche Bürger („Homo hygienicus“). Die Medizin übernimmt mehr und mehr die Deutungsmacht von Krankheit wie Leiden einerseits und von Leistungs- bzw. Arbeitsfähigkeit andererseits. Sie tut dies mit der Vorgabe von Wissenschaftlichkeit und Neutralität. Ihr klinischer Blick richtet sich unter Ausschluß von Umwelt auf den Körper, in den sie mit fortschreitender Diagnostik immer tiefer eindringt (Labisch 1992).

Das Emanzipationsversprechen städtischer Zivilisation wurde später auch von der sich ausbildenden Arbeiterbewegung reklamiert. Die soziale Integration der Unterschichten orientierte sich an diesem Verständnis. Die Arbeiterbewegung nimmt dieses Bild auf, wendet es allerdings insofern, als sie es zum Maßstab der sozialen Ungleichheit vor Krankheit und Tod und somit zum Kampfbegriff gegen das Bürgertum münzt.

Im Verlauf dieses historischen Prozesses lassen sich drei Problemlagen benennen, mit denen sich kommunale Gesundheitspolitik herausbildete und die auch demonstrieren, daß städtische Gesundheitssicherung mit Medizin nicht deckungsgleich war (und ist) und daß das Krankenversorgungssystem nicht mit dem Medizinsystem gleichgesetzt werden kann.

3.1. Gesundheitspolitik bezogen auf den Risikotyp "Seuche"

Bei Epidemien wurde der Unterschied zwischen staatlicher und städtischer öffentlicher Gesundheitspolitik offenkundig. Die staatlichen formalbürokratischen Ordnungsverwaltungen besaßen keine Interventionsinstrumente gegen die Seuchen. In den Städten bestand unmittelbarer Handlungszwang. Dort mußte die Ansteckungsgefahr bekämpft werden und das Wirtschaftsleben gefördert oder zumindest aufrechterhalten werden.

Das Seuchenparadigma wurde für die kommunale Gesundheitspolitik bis heute bestimmend. Die Abwehrmaßnahmen richteten sich nicht nur gegen die "Fäulnis der Umwelt" in den Medien Wasser, Boden, Luft und Nahrungsmitteln, sondern eben auch

gegen vermutete Träger von ansteckenden Krankheiten wie Bettler, Lepröse, Arme, "Fremde". Ausgrenzung, Isolation, Quarantäne und Hospitalisierung sowie Lebensmittel- und Wasserüberwachung und technische Assanierung waren die reaktiven Strategien.

Die Ideologie der Antiseuchenstrategien fand ihre mehr oder weniger explizite Begründung fast immer in bevölkerungspolitischen und programmatischen Argumenten: Seuchen gefährdeten die Größe der Population und damit die Basis der Wirtschaft wie auch der Militärmacht. Hinzu kam die Angst vor eigener Erkrankung. Das städtische Bürgertum sah sich durch Seuchen wegen der hohen Ansteckungsgefahr in seiner eigenen leiblichen Existenz bedroht. Die Bedrohung der bürgerlichen Macht, Ordnung und individuellen Existenz verbindet das Seuchenparadigma mit dem Armuts-Gefährdungstyp.

3.2. Gesundheitspolitik bezogen auf das Risiko "Armut"

"Naturwüchsige entstandene" und "künstlich produzierte Armut" werden Mitte des vorigen Jahrhunderts zum Angelpunkt gesellschaftlicher Auseinandersetzungen staatlicher sowie städtischer Sozial- bzw. Gesundheitspolitik. Kommunale Armutspolitik verblieb über einen längeren Zeitraum zugleich Sozialfürsorge und medizinischärztliche Versorgung von Kranken, Müttern, Säuglingen und Kindern.

Im Proletariat bzw. der von Armut bedrohten Bevölkerungsschicht wird nicht nur der Herd von immer wieder aufbrodelnden massenhaften Infektionskrankheiten, sondern auch von Unsittlichkeit, Kriminalität, Arbeitsverweigerung und politischer Unruhe gesehen. Kommunale Ordnungspolitik wird eben auch zur Hygienisierung des Proletariats. LABISCH spricht vom "Homo hygienicus" als Leitbild dieser Strategie.

Das Risiko Armut verbleibt bei den Gemeinden, die Krankheit der von Proleten zum Industriearbeitern gewandelten Armen kommt in die Zuständigkeit der Krankenkassen und wurde zunehmend in die Definitions- und Verfügungsmacht der Kassenärzte und der klinischen Medizin einbezogen.

3.3. Gesundheitspolitik bezogen auf den Risikotyp "Unfall"

Konnten die Schädigungen an Leib und Seele, wie sie durch Staub, Rauch und Gase sowie durch schwere und lang dauernde körperliche Leistungsanforderung bei der Lohnarbeit produziert wurden, über lange Zeit in der industriellen Entwicklung noch dem allgemeinen Armutproblem zugeschlagen und allgemein als Arbeiterkrankheit abgetan werden, so tritt mit wachsender Technisierung und Chemisierung der Produktion der Unfall ins Blickfeld der Öffentlichkeit. Massenunfälle waren nicht selten der auslösende Moment für öffentliche Rebellion und Streiks der Arbeiter. Unfälle gefährdeten also in vielfältiger Weise die öffentliche Ordnung und bedurften einer Regulation. Gleichzeitig ermöglichte die Konzeptualisierung des Unfalls als ein plötzliches und von außen kommendes Ereignis auch eine unproblematische Ursache-Wirkungs-Annahme und entsprechend begründete Interventionen. Der Unfallbegriff wird zum zentralen Punkt der Risikovorstellungen der Industriegesellschaft. Sicherheit wird in dem doppelten Sinne der produzierenden und kompensierenden Risikogesellschaft zu einer zentralen Wertidee.

Die öffentliche Gesundheit mußte gegenüber den Interessen der Produzenten an den Rand geraten und zurücktreten. Dies geschah nicht nur bildlich, sondern faktisch in den Gemeinden. Die gewerblichen und industriellen Produktionsstätten mit ihren ge-

sundheitsverschleißenden Arbeitsbedingungen sowie mit ihren Gefährdungen gegenüber der natürlichen Umwelt wurden im Zuge der Raumplanung an den Rand der Städte verlagert und damit aus der kommunalen Wahrnehmung ausgeblendet. Innerhalb der Fabrik galten Prinzipien der bürgerlichen Öffentlichkeit nicht. Kommunale Gesundheitspolitik macht bis heute vor den Betriebstoren halt.

Medikalisierung und Entpolitisierung von Gesundheit

Es kann ein schleichender Prozeß der Entpolitisierung von Gesundheit in der Gemeindepolitik konstatiert werden. Ambulante wie stationäre Versorgung von Kranken, Schutz von Arbeit(skraft) und Umwelt, Wasserversorgung und Entsorgung sowie Lebensmittelhygiene haben keinen gemeinsamen lokalen, ideellen und organisatorischen Fluchtpunkt mehr. Sie erhalten ihre Legitimation entweder aus dem funktionierenden Ablauf der Arbeitsgesellschaft oder aus den flankierenden Anstrengungen, die zur Aufrechterhaltung oder Optimierung der Leistungsgesellschaft nötig scheinen. Als Gegenstand öffentlicher, kommunaler Gesundheitspolitik blieb als Folge dieser Ausdifferenzierung und Verselbständigung vor allem das übrig, was sich als sperrig und wenig lukrativ gegenüber den Kalkülen und Professionalisierungsinteressen von Kassenmedizin erwies: Drogenabhängige, Psychotiker, Obdachlose, Prostituierte, Gefangene, Behinderte, Pflegebedürftige, Alte, Emigranten und Asylanten. Die Stadt ist unmittelbar nur noch zuständig für Seuchenhygiene, Hygiene der Wasserversorgung und Wasserentsorgung sowie Müllbeseitigung, für Wohnungshygiene und für die Hygiene öffentlicher Einrichtungen sowie für die Lebensmittelüberwachung. Die derzeitige verfasste kommunale Gesundheitspolitik hat es immer noch mit dem Teufelskreis von Armut, sozialer Marginalisierung und Krankheit zu tun. Sie akzeptiert fäulerweise immer noch die unheilige Dreifheit von Müll-, Hygiene- und Randgruppenproblemen als ihren einzigen gesundheitspolitischen Aufgabenbereich.

4. Aktuelle Problemlagen der Stadt

Betrachten wir die gesundheitsbezogenen Herausforderungen an die kommunale Politik, so stellt sich die Frage, ob die Stadt als politische Organisationseinheit, wie als Ensemble verschiedener Institutionen und Personen, die vielschichtigen und vielfältigen damit verknüpften Probleme heute richtig sieht und angemessen bearbeitet. Denn jeder Versuch, Problemlagen der Stadt in ihrer Gesundheitsrelevanz zu sichten, zu klassifizieren und zu gewichten, ist mit der Tatsache konfrontiert, daß schon die Sichtung der Probleme ein sozialer Akt der Auswahl, Benennung und Deutung ist, also nicht voraussetzungslos geschieht. In die Auswahl und Benennung gehen bereits Verständnisse von Gesundheit und ihrer Relevanz mit ein. Denn im Unterschied zur medizinischen Krankheitsdefinition müssen mit „Gesundheit“ unterschiedliche Problemlagen (z.B. subjektive Stimmungen, klimatische Faktoren, Lebensalter, Arbeitsbedingungen oder Verkehrsstau usw.) zusammengedacht werden. Zugleich jedoch werden die Problemlagen und –komplexe von unterschiedlichen z.T. auch widersprüchlichen Standpunkten und Interessen aus bewertet und gewichtet. Mit anderen Worten: Was z.B. den einen ein Gesundheitsproblem höchster Dringlichkeit ist, mag anderen schlicht als Ausdruck der selbstverständlichen Widersprüche städtischen Lebens erscheinen. Aus der Beschreibung von Problemen erwächst also nicht per se die Bewertung und die Lösung.

Gleichwohl könnte ein „Minimalkonsens“ etwa die folgenden Problemlagen umfassen, die sich drei Komplexen zurechnen lassen:

1. Problemlagen, die mit dem Begriff der ökologischen Krise angesprochen sind. Hierzu zählen die Probleme, die mit der Vernutzung „innerer“ und „äußerer“ Natur, d.h. einschließlich des menschlichen Arbeits- und Lebensvermögens zu tun haben.
2. Problemlagen, die mit prekären Lebenslagen und Lebensverläufen von Menschen zusammenhängen. Hier ist z.B. auf den wachsenden Anteil von chronisch Kranken, Suchtgefährdeten, Alten und Armen zu verweisen.
3. Problemlagen, die mit den strukturellen, organisatorischen und inhaltlichen Defiziten der Institutionen des Krankenversorgungssystems verbunden sind.

Zwar sind die vorne angesprochenen Risiken Seuchen, Armut und technisch-zivilisatorische Gefährdungspotentiale bis heute wirksam. Allerdings sind Form und Qualität der aktuellen Problemlagen durch die neuere gesellschaftliche Dynamik in besonderer Weise bestimmt. Somit stellt sich auch die Frage neu, ob die in der städtischen Politik der Vergangenheit kreierten rechtlichen, technischen, sozialpolitischen und medizinischen Lösungsstrategien den heutigen komplexen Problemlagen noch gerecht werden.

5. Kommunal- und gesundheitspolitisch gestaltbare Problemfelder

Prinzipiell sind alle drei o.g. Problemfelder kommunalpolitischen Maßnahmen und Entscheidungen zugänglich und die darunter subsumierten Problemkomplexe haben alle gesundheitspolitische Relevanz. Nur ein kleiner Teil, der zudem hauptsächlich und auch hier nur sehr begrenzt das Krankheitswesen betrifft, kann als spezifische Ressortprobleme behandelt werden.

Die Mehrzahl der gesundheitsrelevanten Problemfelder der Stadtentwicklung wird in jeweils fach- und ressortspezifischen Sichtweisen diskutiert und verwaltet, wobei Gesundheit, wenn überhaupt, nur randständigen Stellenwert hat. Und doch hätte die Stadt durchaus beträchtliche Gestaltungsspielräume. Dies gilt – nicht nur, aber in besonderem Maße – für:

- die Müllproblematik
- das Armutsproblem, einschließlich der Fragen zu den Asylbewerbern und Flüchtlingen
- den motorisierten Massenverkehr und
- den Gestaltungsbedarf von Krankenhäusern und anderen Institutionen des Gesundheitswesens.

Grundlegender richten sich die Handlungsmöglichkeiten städtischer Politik auf jene Bereiche, in denen „die Stadt“

- selbst Güter produziert
- Arbeitgeberfunktionen wahrt
- Waren, Leistungen einkauft
- (Bau-)Aufträge vergibt
- Dienstleistungen und Informationen anbietet
- Verwaltungsarbeit erbringt
- Bildung vermittelt

- Rechtsetzungskompetenzen besitzt.

In Bremen als Stadtstaat ergeben sich zudem aus der föderalen Verfassung noch weiterreichende Gestaltungsmöglichkeiten (z.B. Gewerbeaufsicht).

6. Gesellschaftliche Dynamik und Verwissenschaftlichung von Gesundheit

Gesundheit wird zunehmend zum Gegenstand von Wissenschaften. Die Planungen und Einrichtungen von gesundheitswissenschaftlichen Forschungs- und Lehrinstituten in medizinischen und sozialwissenschaftlichen Fachbereichen stehen für diesen Prozeß der Akademisierung und Verwissenschaftlichung. Die Verwissenschaftlichung hängt mit gesellschaftlichen Entwicklungen zusammen, die sich – sofern sie Bedingungen und Bewertungen von Gesundheit betreffen – in drei Dimensionen, die von gesundheitsbezogenen Leitbildern aufgegriffen werden müssen, vollziehen:

- a) Gesundheit als Orientierung beim Einwirken des Menschen auf die Natur und in der Wahrnehmung der erwünschten und unerwünschten Effekte dieses Einwirkens.
- b) Gesundheit als Fluchtpunkt öffentlicher und wissenschaftlicher Diskurse, als intersubjektive Auseinandersetzung über Handlungen, Ziele und Aufgaben, die durch Orientierung auf Gesundheit begründet werden;
- c) als Gesundheit als Gegenstand von Institutionalisierung als dauerhafte Organisation des gesellschaftlichen Umgangs mit Gesundheit und Krankheit.

Zu a) Rückwirkung des Naturbezugs

Mittlerweile hat die Naturbeherrschung einen Punkt erreicht, wo sie die Naturbasis des Menschen selber trifft. Ihre Rückwirkungen auf Leben und körperliche Unversehrtheit der naturbeherrschenden Akteure lassen sich immer schwerer verdrängen. Kein technisches, chemisches, stadtplanerisches usw. Projekt, das nicht seinen gesundheitsverträglichen, gesundheitsförderlichen Charakter unter Beweis stellen wollte, also seine präventive Wirkung behauptet. Forschungen, Qualifizierungen und gesundheitserzieherische Maßnahmen müssen Kriterien der Verträglichkeit genügen. Solche (Umwelt- bzw. Gesundheits-) Verträglichkeitsprüfungen werden vor allem durch humanökologische und humantoxikologische Aussagen gewonnen.

Zu b) Gesundheitsdiskurs

Als wissenschaftliche Lehre vom richtigen Leben und menschlichen Heil hat der Gesundheitsdiskurs die Stelle besetzt, die vordem die Theologie einnahm. Seit der Aufklärung hat Wissenschaft zwar ansonsten generell auf Heilslehrten verzichtet und es jedem überlassen, nach seiner Fasson selig zu werden. Doch die Diätetik hat - nun auf naturwissenschaftlicher Grundlage - weiterhin beansprucht, nicht nur eine Heilungslehre Kranker, sondern eine Heilslehre richtigen Lebens zu haben. Darüberhinaus nimmt der

heutige Gesundheitsdiskurs ebenfalls Bezug zur modernen Wissenschaft. So wird in den verschiedenen Ausprägungen der Evolutionstheorie eine Verbindung zwischen Naturgeschichte und Menschheitsgeschichte. Heute ist daher die biologisch begründete Gesundheit ein letzter Begriff geworden, in dem sich menschliches Heil oder naturgesetzliche Zielsetzungen formulieren lassen. Konsequenterweise orientieren sich alle Päda- und Andragogiken am Begriff der gesunden Entwicklung, worin immer diese auch bestehen mag. Fast alle gegenwärtigen Reformbewegungen beziehen sich mehr oder weniger stark auf Gesundheitsdiskurse.

Zu c) Institutionalisierung, Verberuflichung, Akademisierung

Mit der modernen Gesellschaft gehen Individualisierung und Institutionalisierung gleicherweise einher. Nicht mehr soziale Schichten, sondern einzelne Fälle werden beobachtet und behandelt; nicht mehr die Überzeugung der Mächtigen, sondern die rechtlich geregelten Ansprüche und Anforderungen prägen den Umgang mit Gesundheit und Krankheit. Die großen Einrichtungen des Wohlfahrtsstaates sind die entscheidenden Träger langfristiger Entwicklungen von Public Health. In ihrem Sog müssen sich alle Maßnahmen der Gesundheitspflege und -förderung mit institutionellen Normalitätsannahmen, Regelungen und Steuerungen auseinandersetzen. Nicht nur persönliche Dienste, wie die der Pflege, verberuflichen und akademisieren sich und werden damit in Anerkennung und Entlohnung abhängig von Ausbildungsgraden. Auch das Raisonnement über richtiges Leben, vorher weitgehend Privat- und Meinungssache, wird zum Gegenstand spezieller Beratungsberufe. Für die Professionalisierung von Dienstleistungsberufen geben ärztliche Professionen, dann alle gesundheitsbezogenen Berufsgruppen das Vorbild ab. Damit wird auch Verberuflichung und Akademisierung zu einer wirkungsvollen Tendenz.

7. „Gesundheit“ als neue Maxime politischen Handelns

Der Rekurs auf Ökologie, vor allem aber auf „Gesundheit“ ist gegenwärtig wohl eine, wenn nicht die zentrale Argumentationsfigur zu Begründung politischer Zielsetzungen und Verfechtung von Veränderungsvorhaben. Die breite Allianz derjenigen, die „Gesundheitsförderung“ und „Gesundheitsbewußtsein“ auf ihre Fahren geschrieben hat, zerbricht jedoch schnell, wenn dezipierter nach dem politischen und sozialen Gehalt von Leitbildern gefragt wird, die hinter den jeweiligen Schlagworten und Parolen verborgen sind. „Gesundheit“ ist derzeit in wissenschaftlichen wie politischen Lagern eine Metapher für höchst unterschiedliche Konzepte gesellschaftlicher Veränderung oder auch Beharrung. Besondere Bedeutung haben derzeit folgende Positionen und damit verbundene Theoreme:

Das technokratische Verständnis von Gesundheit

Dieses Verständnis speist sich aus den klassischen naturwissenschaftlich-technischen Traditionslinien der Hygiene und Medizin. Nicht selten wird dieses technokratische und expertenzentrierte Konzept als Ausgrenzungsmodus gegen Randgruppen und Personen gewandt, die nicht den moralischen Gesundheitsregeln (z.B. des Drogenverzichts) folgen. Auch in medizinisch begründeten Postulaten der Verhaltensprävention (Ernährung, Tabakverzicht) kommt dieses Konzept zum Tragen. Es suggeriert programmatisch die Überwindung von Alter, Krankheit und Gebrechen als naturgegebenen menschlichen Daseinsbeschränkungen. Pioniergeist und Technikentwicklung erscheinen als ubiquitär einsetzbare Lösungsprinzipien im Kampf

gegen Zwänge der inneren und äußeren Natur. Die in der technologischen Produktion geborene Maxime von Funktionalität und Machbarkeit wird zum zentralen Handlungsprinzip und Wertmaßstab.

Die hedonistische Sichtweise

Gesundsein wird in der hedonistischen Sicht auf das Freisein von Unlust und Leiden reduziert, erscheint als Vision einer von physischen und psychischen Problemen gänzlich befreiten Gesellschaft. Eine solche hedonistische Sichtweise beherrscht "alternative ökologische Positionen bisweilen ebenso stark wie klassische schulmedizinische. Ob durch radikale Maßnahmen im Umweltschutz (und in der industriellen Produktion) oder durch konsequente Weiterentwicklung medizinischer Hochtechnologien (wie Gentechnik, Transplantations- prädiktive Medizin): stets ist Gesundheit als Zielvorstellung definiert durch die Abwesenheit von Leid, Beschwerden, Gebrechen. Gesundheit als ein Prozeß der Anpassung, als Fähigkeit, auch Schmerz, Krankheit und Tod als integralen Bestandteil des Lebens zu erfahren, diese Definition (I. ILLICH 1981) erfährt aus beiden Lagern eine Absage.

Anti-industrialistische Konzepte

Anti-industrialistische Konzepte sind eine konkrete Utopie bislang meist schuldig geblieben. Zwar wird eine Versöhnung von Ökonomie und Ökologie häufig unterstellt, jedoch kaum differenziert erörtert. In der Kritik gegenwärtiger gesellschaftlicher Verhältnisse herrscht jedoch Entschiedenheit: Die allein an materiellem Wohlstand orientierte Überfluß- und Wegwerf-Gesellschaft, ihre Maximen eines unbegrenzten ökonomischen Wachstums und eines sozial ungebremsten technischen Fortschritts erscheinen als Inbegriff krankmachender Lebensbedingungen und als negatives Gegenbild von Gesundheit. Gesundheit ist hier eine Metapher, die für Lebensqualität und Wohlbefinden auch in der Genügsamkeit steht.

Demokratie-zentrierte Sichtweisen

Die vielfältigen demokratie-zentrierten Sichtweisen von Gesundheit zeigen kaum mehr Überlappungen mit medizinischen Definitionen. Der Weg steht hier weit mehr im Blickpunkt als das Ziel. Es geht um Autonomie und Selbstverantwortung des Individuums, um Partizipation sozialer Gruppen und Initiativen an Entscheidungsprozessen. In einer generellen Ausweitung demokratischer Prinzipien der diskursiven Willensbildung und politischen Teilhabe werden zentrale Maximen gesehen. Sie schaffen einerseits Voraussetzungen für eine gesellschaftliche Neuorientierung und Konsensbildung in Bezug auf "Gesundheit". Darüberhinaus werden Selbstbestimmung und soziale Teilhabe des Individuums, aber auch als „salutogenetische“, also krankheitsabschirmende und gesundheitsförderliche Strukturelemente sozialen Handelns begriffen.

Das sozio-psychologische Verständnis

Das sozio-psychologische Verständnis schließlich ist in der Konkretion seiner Zielvorstellungen sehr stark auf soziale Netzwerke und Unterstützungsleistungen, auf Selbsthilfe- und Nachbarschaftsgruppen orientiert. Es definiert Gesundheit vor allem in sozialpsychologischen Zusammenhängen: Kommunikation, Solidarität, rationale (d.h. vor allem: gesprächsorientierte) Formen der Konfliktbewältigung. Subsidiäre Unterstützungsleistungen werden als jene (vielfach neu zu entwickelnde) Formen sozialen Handelns betrachtet, die eine Somatisierung individueller Probleme verhindern und eine persönlichkeitsförderliche Qualität sozialer Erfahrung gewährleisten sollen.

Politik muß sich der Differenzen bewußt werden, die in den skizzierten Konzepten von Gesundheit verborgen sind. Der in der Chiffre „Gesundheit“ beschworene allgemeine Konsens erweist sich aufgrund heterogener Wertorientierungen und Konzepte gesellschaftlicher Veränderung nur allzu schnell als oberflächlich und formell. Er wird brüchig, wenn die konkrete Definition politischer Reformen und der Veränderungsprioritäten ansteht. Politik muß darüber hinaus aber auch konkrete Leitbilder entwerfen, die über die Festlegung allgemein akzeptierter Prinzipien und Werte deutlich hinausreichen und den sozialen Gehalt der gewählten Reformoptionen in unterschiedlichen Bereichen des gesellschaftlichen Lebens deutlich machen. In ihnen müssen kollektive Handlungschancen deutlich werden, in denen auch Handlungsbedingungen als zweck-, interessen- oder zielgebunden begriffen werden.

Dies bedeutet beispielsweise, daß Leitbilder über regionale Politikplanungen, z.B. Krankenhausbedarfsplanung oder regionale Kassenarztbedarfsplanung in politischen Diskursen herausgearbeitet werden und nicht ausschließlich den korporatistischen Interessenskollisionen, also den geschlossenen Partnerschaften von exklusiven und mächtigen privaten wie öffentlich-rechtlichen Institutionen überlassen bleiben. Ebenso wenig kann die Planung allein den administrativen Interessen von Fachressorts überantwortet werden.

Wie können nun solche kollektiven Handlungschancen, die auf „Gesundheit“ rekurrieren, aussehen? Wird „gesund“ verstanden als positive Bewertung der biologischen und sozialen Bedingungen des Lebens, dann müssen biologische und auch soziale Bedingungen, vor allem aber auch deren Wechselverhältnis, berücksichtigt werden. Und es ist darüber hinaus im Auge zu behalten, daß auch Bewertungen und Bedingungen sich verselbständigen können. Kollektive Bewertungsprozesse können auch in Ideologien und autoritären Stereotypen begründet sein, ebenso, wie sie in solch anti-demokratische und minderheitenfeindliche Positionen einmünden können.

8. Gesundheit oder gesundheitsbewußte Stadt

Die Stadt als Ballung von Häusern, Büros, Wasser- und Telefonleitungen oder Straßenlaternen und Verkehr erscheint in der Formulierung „gesunde Stadt“ ein wenig merkwürdig und befremdlich als Akteur. Gemeint ist das regional abgrenzbare und sich um eine eigene, historisch relevante Identität bemühende Gemeinwesen, welches sich durch Aktivitäten, Zielsetzungen und Selbstvergewisserungen, Konfliktregulierungen und Konsensbildungen seiner Einwohner geformt hat.

Wenn die Adjektive „gesundheitsbewußt“ und „gesund“ einander gegenübergestellt werden, so markiert dies eine Auseinandersetzung mit gängigen Konzepten kommunaler Gesundheitsförderung einerseits und soll andererseits auf eine Schwäche der alltagssprachlichen Verwendung des Begriffs „gesund“ hinweisen. Der Begriff „gesundheitsbewußt“ setzt sich hier ab von hygienischen Ortsbeschreibungen, wie sie einer traditionellen Sicht entsprangen und entspringen. In solchen Ortsbeschreibungen werden Indikatoren zu z.B. Wasser, Boden, Luft und soziale Schichtung in Verbindung mit Maßzahlen zu Morbidität und Mortalität gebracht. Auch das Healthy-City-Projekt der Weltgesundheitsorganisation versucht sich an solchen Beschreibungen. Zwar will das Konzept der WHO solch fixe (und überhistorisch-objektivistische) Zustandsbeschreibungen vermeiden, verbleibt aber in deren Systematik. Die Aufmerksamkeit auf „Parameter einer gesunden Stadt“ schwankt daher zwangsläufig zwi-

schen Sozialindikatoren, Floskeln und subjektiven Befindlichkeiten. Danach bleibt die Frage: Was ist eine „gesunde“ Stadt? Eine, die einen niedrigen Krankenstand hat? Eine, die als „vital“ oder aber als verkehrsberuhigt erlebt wird? Oder erst eine, die überhaupt und in allen Belangen optimal ist?

Der Begriff der „gesundheitsbewußten“ Stadt soll die Fallstricke solcher Zustandsdefinitionen und Hypostasierungen austauschbarer Parameter umgehen. „Gesundheit“ ist weder plebisziär noch expertokratisch definierbar. Dies können weder Meinungsumfragen noch Expertisen über z.B. Blutcholesterin, Bausubstanz, Arztdicht, Verkehrstote und Arbeitslosigkeit liefern. Der in „Healthy-City“-Konzepten mit Begriffen wie öffentliche Teilhabe, Befähigung und Kontrolle angesprochene, in lokalen Politiken jedoch eher beiläufig konkretisierte Prozeß der historischen und kulturellen Selbstvergewisserung soll demgegenüber hier im Zentrum stehen. Das Bewußtsein der Stadt, Stadt als Ensemble von Bürgern und ihren Institutionen, soll durch einen gesellschaftlichen Lernprozeß geweckt und daraufhin geschärft werden, daß individuelle Gesundheit von der „öffentlichen Gesundheit“ (Public Health) abhängt. Öffentliche Gesundheit meint in der europäischen Stadtgeschichte sowohl die gesundheitssichernde Gestaltung der räumlich-technischen und zeitlichen Bedingungen städtischen Lebens und Arbeitens als auch die Verständigung über den normativen Gehalt der Kategorie „gesund“. Wenn also von einer „gesunden“ Stadt im folgenden die Rede ist, so handelt es sich um eine bewußte Wertung, nicht um irgendwelche Zustandsbeschreibungen oder objektivierbaren Parameter, seien sie medizinischer, psychologischer, naturwissenschaftlicher oder ökonomischer Natur.

Gesundheit in der Stadt ist inzwischen Gegenstand unterschiedlichster Konzepte und Analysen: als Komponente internationaler Strategien, um die für Industrienationen relevanten „Standort“-Aspekte zu untersuchen, als Bezugspunkt verkehrspolitischer Probleme wie der Raumordnung und Raumentwicklung, als arbeitsmarkt- und beschäftigungspolitischer Aspekt regionaler Wirtschaftsentwicklung. Dabei handelt es sich jedoch in aller Regel um Optimierungsstrategien, bei denen Gesundheit eine nur legitimatorische oder werbende Funktion inne hat.

Optimierungsstrategien werden für verschiedene Lebensräume und Bereiche privater Lebensführung entwickelt. Sie schreiben jeweils gezielt konkrete Verhaltensweisen vor, die begründet sind in wissenschaftlichen, derzeit fast immer medizinischen Aussagen zu Fragen des Sexualverhaltens, der Ernährung, des Konsums von Tabak, Alkohol und sonstigen Drogen. Eine kaum noch überschaubare Szene von Heilern und Heilsversprechen bearbeitet und kommerzialisiert das Freizeitverhalten ebenso wie den Umgang mit Konflikten und Stress – natürlich unter Verweis auf Gesundheit. Hierzu muß auch der medizinisch-industrielle Komplex gerechnet werden. Selbst in privatwirtschaftlichen Betrieben dient Gesundheit mittlerweile als Legitimation für Managementstrategien zur Stimulation der Arbeitsmotivation von Beschäftigten. Optimierungsinteressen haben nicht selten auch Administrationen und politische Institutionen, wenn sie „Gesundheitskampagnen“ initiieren oder gesundheitsbezogene Selbsthilfeinitiativen loben, fördern und zu instrumentalisieren versuchen. Wieder andere Aktivitäten in Städten sind orientiert an allgemeinen Vorstellungen von Demokratie, Partizipation, sozialer Unterstützung und Empowerment, deren eigentlicher Kern der Universalismus des bürgerlichen Gesundheitsbegriffes ist. Dieser hat eine demokratische Komponente, greift jedoch die alte bürgerliche Vorstellung („Der Mensch muß zum Menschen erst gebildet werden“, Comenius) auf und verbleibt da-

her allzu leicht auf der Ebene programmatischer Erklärungen und pädagogischer Maßnahmen.

In der Auseinandersetzung mit den Healthy-City-Konzepten der WHO lässt sich herausarbeiten, wie wichtig eine konkrete Verbindung zwischen Situationsdefinitionen (gesundheitsrelevante Problemlagen) und Zukunftskonzepten (Vorstellungen von einem guten Leben) ist: Hier konkretisieren sich Vorstellungen von menschlichem Zusammenleben, von Lebensprozessen, von Zivilisierung und Zivilisationskritik, von Aktivierung und verantwortlicher Einbindung der Subjekte in kollektive Handlungsentwürfe.

Eine ältere, populär gewordene WHO-Definition, in der Gesundheit als „Zustand vollständigen physischen, geistigen und sozialen Wohlbefindens“ verstanden wurde, ist auf heftige und gut begründete Kritik gestoßen. Diese Definition stellt sicher eine überhöhte und schön gefärbte Umschreibung der industriegesellschaftlichen Definition von Gesundheit als „Funktionstüchtigkeit“ dar. Ihr utopischer Charakter legitimiert letztendlich die aufgrund der definitorischen Fallhöhe nie abstellbaren realen Mißstände, Widersprüche und Defizite. Gleichwohl ist diese Definition inhaltlich noch offen, nicht immunisiert gegen neue Erkenntnisse und Bewertungen. Sie ermöglicht eine diskursive Urteilsfindung und eine kontinuierlich neu zu bestimmende Zielbestimmung und Orientierung. Sie übereignet die Definition von Gesundheit nicht an Messwerte der Medizin oder an Postulate der Psychologie.

Im Rahmen der WHO-Strategie von 1977 „Gesundheit für alle im Jahre 2000“ wurden für die Region Europa 38 Einzelziele (orientiert an der utopischen Definition von Gesundheit) mit Beachtung objektiver Bedingungen formuliert. Eine weitere Redefinition erfuhr der Gesundheitsbegriff mit der WHO-Erklärung von Ottawa im Jahre 1987 zur Gesundheitsförderung. Die programmatischen Erklärungen und Kampagnen der WHO müssen selbstverständlich für die Formulierung von Leitbildern zur „gesunden“ bzw. „gesundheitsbewußten Stadt“ herangezogen werden. Aus den konkreten internationalen Erfahrungen in zahlreichen Städten und Gemeinden – so auch in Bremen – können Lehren gezogen werden, wie Prozesse zu einer Bewußtseinsbildung in Bezug auf Gesundheit und Stadt verstärkt und qualifiziert werden können. Dabei ist allerdings die gegenwärtige Vielfalt nicht ohne weiteres konsensfähiger Positionen und Konzepte von „Gesundheit“ mit zu berücksichtigen. Damit stellt sich die Frage, wie ein breiter Diskurs über das Verständnis von Gesundheit organisiert und auf welche konkreten Gegenstände und Politikfelder der Stadt allgemein, wie des Stadtstaates Bremen im speziellen, ein solcher Prozeß gerichtet sein könnte.

9. Zwischenfazit

Gesundheit als modernes Leitbild von Stadtentwicklung zu begreifen, hieße also vor dem Hintergrund der dargestellten Überlegungen vor allem

- einen neuen Blick auf Gesundheit zu vermitteln, der dieses Thema als Gegenstand öffentlicher und gesellschaftlicher Bewertungs- und Aushandlungsprozesse erkennbar macht,
- „neben“ der Krankheits-Logik des etablierten Medizinsystems eine alternative Gesundheits-Logik und –Kultur zu entfalten.

- Gesundheit als ein Querschnittsthema zu formulieren, so daß damit verbundene Anforderungen und Anregungen in den einzelnen Ressorts und Politikbereichen aufgenommen werden können.

Die Notwendigkeit dieser Neuorientierung ergibt sich daraus, daß die Voraussetzungen für das Festhalten an einem überholten Leitbild („human motor“ und „hygienische bzw. saubere Stadt“) nicht mehr gegeben sind. Damit ist ein gesellschaftlicher Konsens verlorengegangen. Gleichzeitig zeigt aber sowohl die Vielzahl neuer Problemlagen wie auch die immense und vielfältige Verbreitung des Gesundheitsbegriffs in unterschiedlichen Zusammenhängen und mit unterschiedlichen Bedeutungen, daß es sich mehr denn je um ein Thema von großer gesellschaftlicher Bedeutung handelt. Obwohl aber „Gesundheit“ in aller Munde ist, sind Schnittmengen zwischen den unterschiedlichen Vorstellungen nur schwer auszumachen und ein neuer gesellschaftlicher Konsens ist nicht in Sicht. Die entscheidenden Fragen für eine gesundheitsbewußte Stadt wären also:

1. Worin könnte ein solcher Konsens bestehen (Inhalte)?
2. Wie kann man dahin kommen (Verfahren)?
3. Wer sind die Akteure und Adressaten?
4. Welche institutionellen Regulierungen und organisatorischen Konstruktionen wären – auch für eine Verfestigung – vonnöten?

Der Beantwortung der ersten Frage könnte man sich zunächst über die Formulierung von Leitbildkriterien (im folgenden: Zeit, Eigenverantwortlichkeit, Politisierung) nähern. Der Frage nach den Akteuren und Adressaten sowie der Frage nach der institutionellen Bearbeitung von Gesundheitsproblemen bzw. neuen Ansätzen für eine Kooperation von Institutionen auf diesem Gebiet könnte eine soziale Gesundheitsberichterstattung in der Stadt gerecht werden.

Mit dem Anstoß eines dementsprechenden Diskussion- und Lernprozesses wäre Bremen keine „healthy city“, aber eine gesundheitsbewußte Stadt.

10. Zur Entwicklung eines Leitbildes „Gesundheitsbewußte Stadt“

Im vorausgehenden Kapitel war betont worden, daß bei der Deutung und inhaltlichen Bestimmung von „gesund“ und „Gesundheit“ nicht ohne weiteres von einem grundsätzlichen Konsens in der Gesellschaft ausgegangen werden kann. Auf der individuellen Ebene hat die Pluralisierung der Lebensstile eben auch Konsequenzen für ein plurales Verständnis von Gesundheit; auf der Ebene von Gesellschaft und Politik unterliegt die Deutung von Gesundheit ebenfalls unterschiedlichen und widersprüchlichen Interessen. Definitionsmächte wie die Medizin versuchen ebenfalls ihr Verständnis durchzusetzen.

Wenn urbane Stadtkultur und städtische Politik gerade die Fähigkeit zur Ausbalancierung von Unterschieden, Gegensätzen und Widersprüchen ausmacht, dann muß dies auch Konsequenzen für städtische Gesundheits-Politik haben.

10.1. Kriterien für ein städtisches Gesundheitsbewußtsein

Eine solche Politik könnte unter ein Leitbild „gesundheitsbewußte Stadt“ gestellt werden. Im folgenden werden drei Kriterien benannt, die besonders beachtet werden sollten. Es handelt sich um die Kriterien: Zeitliche Strukturierung, Eigenverantwortlichkeit und Politisierung.

Zeitliche Strukturierung

Für die Stadtentwicklung ist nicht nur ein historisches Bewußtsein über die geschichtliche Identität der Stadt allgemein bedeutsam. Unter Gesundheitsaspekten hat man sich zeitliche Dimensionen und Strukturierungen zu vergegenwärtigen, die bei üblichen fachmännischen Sichtweisen häufig nicht in den Blick kommen. Obwohl banal, wurde und wird z.B. zuwenig damit kalkuliert, daß die Stadtbevölkerung mit ihren zahlreichen Merkmalen einer zeitlichen Dynamik unterliegt. Eine Klassifizierung von Indikatoren und Maßnahmen auf Altersgruppen reicht bei weitem nicht aus. Blickt man z.B. von dem Konzept „Lebenslauf“ auf die Stadt, dann kommen nicht nur die sozialen, generations- und geschlechtsspezifischen Differenzierungen ins Blickfeld, sondern u.a. auch die Institutionen, die auf Lebensläufe regulativ und steuernd einwirken. Der Lebenslauf wird dabei nicht als biologische Uhr verstanden, sondern selbst als eine Institution, in dem die Menschen untereinander die biologischen und sozialen Bedingungen ihres Lebens in der Zeit organisieren und optional mit den Angeboten der Institutionen z.B. des Arbeitsmarktes oder des Bildungssystems umgehen. Wird der Lebenslauf seinerseits als Institution verstanden, dann tritt seine Bedeutung für die Gesundheitsdebatte zutage. Es handelt sich dann z.B. bei einer fachlichen Begutachtung nicht nur darum, ob etwa eine Behinderung einem Lebensalter entspricht, sondern es muß eine neue Bewertung der Lebensbedingungen für den weiteren Verlauf prognostiziert und die dafür notwendigen Bedingungen organisiert werden.

Bezüge auf die „Institution Lebenslauf“ durchbrechen nämlich die „normalen“ Lebensvorstellungen der Arbeits- und Leistungsgesellschaft. In der Arbeitswelt und den darauf bezogenen Sozialversicherungen dominiert ein Lebenslaufbegriff, der an den Normalitätsannahmen über den Lebenslauf eines männlichen verheirateten Facharbeiters ausgerichtet ist. Es wird erstens unterstellt, daß die Ehefrau nicht berufstätig ist und diese Vorstellung operiert zweitens lediglich mit einem Vorlauf (Ausbildung), Hauptlauf (berufliche Tätigkeit) und Auslauf (Verrentung). Im wesentlichen kennt sie daher nur einen gleich bleibenden Arbeitskreislauf, dessen zeitliche und lebensgeschichtliche Dynamik sich nicht durch Änderung der Anforderungen, sondern lediglich durch Änderungen von Platz und Status auszeichnet. Nötig ist also die Erarbeitung eines Leitbildes, das die Lebensäußerungen, -erwartungen und -anforderungen an die jeweils verschiedenen Lebensläufe anbindet.

Der Lebenslauf als institutionalisiertes Muster erleichtert auch die Politisierung von Gesundheit, weil die Verbindung von Alltagshandeln und abwägenden Entscheidungen verdeutlicht werden kann. Alltagshandeln baut nämlich gerade nicht auf permanenten Wertungen und Entscheidungen auf, sondern erfolgt durch eine unbewußte Anwendung von Rezepten, Gewohnheiten oder Normalitätsvorstellungen. In die Institutionalisierung des Lebenslaufes gehen insofern auch jene gesellschaftlichen Bewertungen ein, die das enthalten, was unter Gesundheit verstanden wird oder werden soll.

Nicht nur in dem komplexen Begriff vom Lebenslauf als Institution werden für die Gestaltung der Stadtzukunft neue Perspektiven eröffnet, sondern bereits bei der ebenso banalen wie unzureichend beachteten Tatsache, daß Risiken und Gefährdungen mit ihren potentiellen und wahrscheinlichen Gesundheitsschädigungen in einem längeren Zeithorizont zu betrachten sind. Dies gilt ebenso für die komplexen Ursache-Wirkungs-Beziehungen von Giften wie für psychosoziale Depravierungen innerhalb und außerhalb der Arbeitswelt. Für die Problemwahrnehmung werfen solche Latenzzeiten und Verzögerungen große Probleme auf.

Eine bewußte Beachtung des Zusammenhangs von Zeit und Gesundheit hat selbstverständlich auch enorme Konsequenzen für die Gestaltung von Arbeitszeit (Leben, Jahr, Wohnen, Tag), Mahlzeit, Schlafzeit, Erholzeit, „freie“ Zeit usw.

Sowohl von der Zeit ausgehend gewinnt man für die Lebens- und Arbeitsgestaltung eine neue Perspektive als auch wenn man vom „Leben“ als Rhythmus auf die Zeitgestaltung blickt. Bei einem derartigen Wechsel der Perspektive wird die Relevanz eines weiteren Kriteriums für ein elaboriertes Gesundheitsbewußtsein offenkundig:

Eigenverantwortlichkeit

In der Arbeitsgesellschaft herrscht immer noch das Leitbild der Funktionstüchtigkeit, Leistungsfähigkeit und Machbarkeit. Dies gilt nicht nur für den reibungslosen Ablauf von Produktionsprozessen und Verkehrsströmen, sondern ebenso für Freizeitaktivitäten wie Sport und sonstige Betätigungen. Damit sind systematisch Vorgänge der Unterwerfung, Anpassung und Zurichtung verbunden, in denen Lebensvorgänge mit ihren Bedürfnissen einer andersartigen Logik unterworfen werden. Beispiele hierfür sind die rigidien zeitlichen Regime von Erwerbsarbeit, wie auch der Anpassungsdruck auf die Zeitbedürfnisse von Kindern zum Spielen, Schlafen usw. durch die zeitlichen Verpflichtungen schichtarbeitender Eltern. Beide Beispiele lassen sich auch hinsichtlich des Grundbedürfnisses nach Bewegung (sich bewegen, bewegt sein, bewegt werden) und Tätigsein analysieren.

Ausgehend von den Eigenheiten und Bedürfnissen von Personen kommt man im Gesundheitsdiskurs zu bislang nicht gerade gängigen Forderungen und Gestaltungsoptionen für die Stadtentwicklung. Hierbei ist nicht gesagt, daß harmonisierte Naturvorstellungen zu Leitbildern werden sollen. Es wird lediglich gefordert, daß die jeweiligen Lebensvorgänge nach Vorstellungen über deren Eigenheit beurteilt werden sollen. Es soll auch keinem Sozio-Biologismus das Wort geredet werden, sondern vielmehr die Verschränkung von Leiblichkeit und Vergesellschaftung im Zivilisationsprozeß wie in der Individuumsgeschichte in Augenschein genommen werden. So betrachtet kann beispielsweise Alter nicht als Krankheit, sondern als Lebensphase begriffen werden. Welche gesellschaftlichen Zuschreibungen und Erwartungen an diese Phase des Alterns und Sterbens geknüpft werden, hängt von den jeweiligen ökonomischen, politischen und kulturellen Kontexten ab.

In diesem Sinne gibt ein Verständnis von Eigenverantwortlichkeit den Subjekten eine Autonomie wieder. Entscheidend dabei ist, daß menschliche Subjektivität auf kollektives Wollen bezogen wird, daß die Eigenverantwortlichkeit dem Menschen nur als soziales Lebewesen möglich ist. So gehört die Vergewisserung historischer Traditionen ebenso zur Eigenverantwortlichkeit wie die Reflexion alltäglichen Handelns als kollektives Handeln.

Die Stadt als Bezug ist daher der Ort, an dem historische Vergewisserung und Verständigung auf kollektives Handeln vor sich geht. Dies wiederum unterstellt Pluralisierung, die Öffnung von Optionen, die Prüfung vielfältiger Bedingungen und die Zulassung offener Systeme ohne auf Verbindlichkeiten und Normalisierungen zu verzichten.

Politisierung

Das Leitbildkriterium, das sich mit dem Übergang von reflexiven und diskursiven Prozessen hin zur Aushandlung sozialer Orientierungen und Maßnahmen beschäftigt, ist dasjenige der Politisierung von Gesundheit. Es zielt damit nicht auf objektivierte Bedingungen und auch nicht auf objektivierte Bewertungskriterien, sondern auf den Prozeß der Willensbildung und Entscheidung.

Notwendig ist, das politische Subjekt neu zu definieren. Es handelt sich in Bremen nicht mehr um den Typus des Handels-Bürgers, der eigene Interessen als Sicherung der Verkehrsfreiheit und des Vertrages mit den Interessen einer geordneten und blühenden Stadt verbinden kann. Es ist ein neuer sozialer Kontrakt nötig, der die Integrationskraft der regionalen Gemeinschaft erhöht. Gesundheit kann hierbei als Leitbild einer solchen integrativen, sozial orientierten Verständigung interpretiert werden.

Wichtig erscheint hier eine Abgrenzung von Formen der Politik, die von symbolischer Politik bis zu Krisenmanagement reichen können. Eine dem hier entwickelten Verständnis entsprechende Form „gesundheitsbewußter“ Politik erfordert, daß die Legitimation des gesellschaftlichen Handelns auf eine breite Grundlage gestellt wird, indem die Teilnahme der Bürger an der Bewertung und Entscheidung verbessert wird.

Dazu sind verschiedene Schritte nötig, unter anderen:

- ein permanenter Überblick über die relevanten Indikatoren, an denen Gesundheit verdeutlicht werden soll (Gesundheitsberichterstattung)
- Forschungen, mit denen gesundheitsrelevante Zusammenhänge, Indikatoren, Methoden und Maßnahmen verfolgt werden können (Gesundheitswissenschaft)
- ein öffentlicher Diskurs, der in Zirkeln, Foren oder Kampagnen die Artikulation und Thematisierung fördert (Gesundheits-Diskurs).

Wesentliches Problem der Politisierung ist die Frage nach den Akteuren. Solange in Tradition des Krankheitssystems von Experten und Betroffenen ausgegangen wird, kann Politisierung nicht gelingen, führt bestenfalls zu gesundheitspädagogischen Konzepten. Solange in Tradition des Obrigkeitstaates der mündige Bürger wie das Gemeinwohl lediglich eine politische Legitimation, aber kein politisches Verfahren konstitutieren, bleiben die Akteure solche, die einer besonderen Legitimation bedürfen. Gesundheitspolitisches Handeln legitimiert sich heute fast gänzlich aus dem Anspruch von Expertensystemen oder aus Notlagen. Als das Expertensystem mit den weitreichendsten und kostspieligsten Ansprüchen und Praktiken hat sich der medizinisch-industrielle Komplex in die Stadtkultur eingenistet. Aus der Notlage Krankheit zieht dieses System die Legitimation für seine Existenz.

Der Kranke soll nicht einfach nur die Handlungen des Arztes legitimieren, die dieser selbständig, in eigener Berufsrolle ausführt. Maßnahmen und Interventionen bedürfen einer Legitimation, einer Bewertung ihrer Grundlagen und ihrer Folgen und einer Evaluation ihrer Problem-Angemessenheit.

10.2. Gesundheitsberichterstattung als Operationalisierung des Leitbildes „Gesundheitsbewußte“ Stadt

Als ein Medium, den gesellschaftlichen Lernprozeß zu implementieren, kann eine soziale Gesundheitsberichterstattung der Kommune angesehen werden. Die soziale Gesundheitsberichterstattung hat als wichtigsten Schritt eine Verständigung darüber zu erreichen, welche Problemfelder und Einzelfragen mit welchen Prioritäten und in welcher Vernetzung behandelt werden sowie in welche Richtung mögliche und machbare Lösungen gehen könnten.

Welche Akteure bei welcher organisatorischen Einbindung an der Gesundheitsberichterstattung teilnehmen könnten, sollte als offener politischer Prozeß herausgefunden werden. Die Initiative zu einer regionalen Gesundheitsberichterstattung wurde in Bremen bereits vom Senator für Gesundheit ergriffen. Mittlerweile wurde der erste Schritt zur Realisierung getan und der Basisbericht „Gesundheitsbericht Bremen 1992“ vom BIPS vorgelegt. Die nächsten Schritte sollen sich aus der Sicht der Senatorischen Behörde auf den Problemkomplex Gesundheit und Verkehr beziehen.

Bei der Entwicklung der kommunalen Gesundheitsberichterstattung sind folgende kritische Punkte zu bedenken:

- Der Bezug von Indikatoren auf Bevölkerung ist nicht gleichzusetzen mit Bezug auf Gesellschaft.
- Gesundheit kann nicht ex negativo über Krankheit und durch das medizinische System definiert werden.
- Gesundheitsberichterstattung ist keine Domäne zentraler staatlicher und kommunaler Instanzen.

Eine Gesundheitsberichterstattung greift zu kurz, die sich als „bevölkerungsbezogen“ definiert und dabei allein soziale Disparitäten der Risiko-Exposition beklagt oder Egalitätsprinzipien medizinischer Versorgung einklagt. Der Bezug auf „Bevölkerung“ reicht nicht aus, um die soziale und politische Konstituierung von Krankheit bzw. Gesundheit zu verstehen und Veränderungskonzepte zu begründen. Der Rekurs auf eine Kategorie wie „Bevölkerung“ bietet keine Hinweise auf Handlungsoptionen, auf die individuellen und institutionellen Bewältigungen und Bearbeitungsweisen von gesundheitsrelevanten Lebens- und Arbeitsbedingungen.

Auf das Medizinsystem bezogene Indikatoren lassen eine wissenschaftstheoretische und systematische Fundierung vermissen: Medizin hat als naturwissenschaftlich-klinische Disziplin keinen Gesundheitsbegriff entwickelt. Medizin setzt am Defekt, am pathologischen Substrat an. Medizin hat daher keinerlei Anspruch auf Allzuständigkeit. Wohlmeinende Ansprüche und Aussagen von „Präventivmedizinern“ sind entschieden zurückzuweisen, wenn sie dies reklamieren und entsprechende Erhebungen einfordern. Dies gilt sowohl für „Präventivmediziner“ im staatlichen öffentlichen Gesundheitsdienst als auch in der kassenärztlichen ambulanten Versorgung. Die

Aufgabe des öffentlichen Gesundheitsdienstes kann nicht der „Artenschutz Mensch“ sein. Auch Kassenärzte besitzen keine gesellschaftliche Legitimation, alle Bürger durch Strategien zur Früherkennung von Krankheiten und durch Risiko-Screening in „Patienten“ zu verwandeln. Kassenärzte haben keinen „Sicherstellungsauftrag“ für eine nach medizinischem Ermessen risikobereinigte Gestaltung von Arbeits- und Lebenswelten, d.h. für eine so verstandene Gesundheitsförderung.

So wichtig eine theoretische und politikwissenschaftliche Grundlegung der Gesundheitsberichterstattung ist, so entscheidend ist ebenfalls ihre organisatorische Ausgestaltung. Gesundheitsberichterstattung darf nicht als eine ausschließlich zentralstaatliche Veranstaltung verstanden werden. Ebenso kommt staatlichen Einrichtungen auf regionaler Ebene wie den Gesundheitsämtern keine übergeordnete Lenkungs- oder Leistungsfunktion zu. Gesundheitsberichterstattung soll ja gerade Politik als gesellschaftliche Auseinandersetzung und Regulation zum Problemkomplex „Gesundheit“ wieder möglich machen.

Sicherlich dürfen die Anforderungen an die Leistungsfähigkeit von Gesundheitsberichterstattung nicht überzogen werden. Sie auf medizinische und wirtschaftliche Orientierungsdaten (Sachverständigenrat Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen) zu reduzieren, würde jedoch der Erkenntnis nicht gerecht, daß Krankheitsverhütung und Krankheitsbewältigung nur sehr begrenzt durch Umgestaltungen im System medizinischer Versorgung realisierbar sind, zentral jedoch eine Neuorientierung im Bereich der Arbeits- und Lebensbedingungen erfordern. Deshalb sollte Gesundheitsberichterstattung in einem weiten Verständnis als ein Netz von vielfältigen und multisektoralen Statistiken und Reports, periodischen Berichten und Expertisen, als Sammlung von Problemkonstellationen und differentiellen Analysen wie Bewertungen angesehen werden. Gesundheitsberichterstattung sollte zwar in ihrer inhaltlichen und methodischen Ausgestaltung an den jeweiligen verschiedenen Politikarenen ansetzen, jedoch den intersektoralen Bezug deutlich herausstellen.

Das ist wesentlich davon abhängig, daß die Planung des Gesundheitsberichtes, Definition und Erhebung von Daten sowie Bezug auf die Daten und Informationen selbst Bestandteil der Politisierung sind.

Ebenso, wie es ehr heterogene Konzepte von „Gesundheit“ gibt, ist auch „Gesundheitsberichterstattung“ in den letzten Jahren mit sehr unterschiedlichen Zielsetzungen und Schwerpunkten realisiert worden.

Risiko- und Belastungs-Analysen

Risiko- und Belastungs-Analysen innerhalb und außerhalb der Arbeitswelt sind vielfach vor dem Hintergrund stets neu entdeckter ökologischer und gesundheitlicher Risiken in alltäglichen Arbeits- und Lebensräumen, in Atemluft und Nahrungsmitteln durchgeführt worden. Obwohl seit vielen Jahren zahlreiche Studien über die Belastungs-, Beanspruchungs- und Gefährdungssituation in der Arbeitswelt und bei Arbeitnehmern durchgeführt wurden und die industrielle Pathogenität dieses Raumes immer wieder belegt wurde, so fehlt es an einer systematischen arbeitsweltbezogenen Gesundheitsberichterstattung bis heute. Umweltpolitische Aktivitäten dagegen haben in jüngster Zeit für solche ökologische Berichterstattung gesorgt. Eine populär gewordene systematische Untersuchung stellt beispielsweise der GEO-Bericht „Die Lage der Nation“ dar, ein Umwelt-Atlas, der für die einzelnen Länder der Bundesre-

publik Messungen von Schadstoffen und Belastungen (Luft, Gewässer, Trinkwasser, Boden, Nahrung, Lärm) dokumentiert. Sozialpolitische und sozialmedizinische Studien haben – mit allerdings anderem Erkenntnisinteresse – darüber hinausgehend auch psychische und soziale Belastungsdimensionen erfasst (Wohnbedingung, Arbeitssituation, Verkehrsanknüpfung, Sport-, Spiel- und Freizeitmöglichkeiten, Angebote und Betreuung von „Randgruppen“, Senioren, Kinder, Behinderte usw.). In jüngster Zeit wird die Erfassung dieser Aspekte im Rahmen einer Gesundheitsberichterstattung zunehmend auch in Bürgerinitiativen und politischen Parteien als wesentlich erachtet, weil sie insbesondere bei einer Kumulation in bestimmten Stadtteilen oder bei Bevölkerungsgruppen auch wesentliche Ursachen gesundheitlicher Beeinträchtigungen darstellen können.

Bestandsaufnahmen von Krankheitsziffern und Mortalitätsdaten

Solche Berichte sind seit langem Gegenstand der Sozialepidemiologie. In der Bundesrepublik Deutschland wurden allerdings nach dem 2. Weltkrieg keine umfassenden und systematischen empirischen Arbeiten hierzu betrieben. Auf nationaler Ebene sind einige Daten aus dem Bereich der Sozialversicherung verfügbar. Sie sind aber bislang nur unzureichend aufbereitet und ausgewertet worden. Für sozialepidemiologische Studien und Analysen sollten und können sie genutzt werden, um für weitergehende detaillierte Analysen Hinweise zu geben.

Bedarfsorientierte Bestandsaufnahmen und Prognosen für das Gesundheitssystem

Solche Bestandsaufnahmen versuchen auf der Basis differenzierter demokratischer Analysen und ihrer Extrapolationen auf die Zukunft, z.T. auch unter Berücksichtigung aktueller Leistungsdaten aus dem Krankenversorgungssystem, vorhandene und zukünftig erforderliche Kapazitäten im medizinischen Versorgungssystem näher zu bestimmen. Ausgeweitet worden sind solche Bestandsaufnahmen in letzter Zeit auch auf Beratungs- und Versorgungsangebote außerhalb des öffentlichen Gesundheitssystems wie z.B. Selbsthilfegruppen, Modellprojekte, Bürgerinitiativen.

Effektivitäts- und Effizienz-Analysen

Diese Analysen sollen eine Bewertung von Leistung und Wirtschaftlichkeit im Krankenversorgungssystem, insbesondere durch den Vergleich von Kennziffern unterschiedlicher Anbieter ermöglichen. Jeweilige Kosten werden in Beziehung gesetzt zu unterschiedlichen Leistungsindikatoren.

Erhebungen von Ansprüchen und Erwartungen der Bevölkerung

Solche Erhebungen hinsichtlich des medizinischen und sonstigen Versorgungsangebots, seiner qualitativen Struktur und der dort wahrgenommenen Probleme wird für den Medizinbereich auch vom Sachverständigenrat der Konzertierten Aktion durch Einbeziehung von Mikrozensus-Befragungen befürwortet. Vielfach gefordert, jedoch bislang nur wenig erprobt ist eine darüber hinausgehende Erfassung der von Erwerbstätigen oder der Wohnbevölkerung insgesamt wahrgenommenen Belastungs- und Beeinträchtigungsschwerpunkte im kommunalen Leben. Eine Bestandsaufnahme der Rezeption und Bewertung der gesundheitlich relevanten Bedingungen und Infrastrukturen durch die Bürger fehlt bislang. Diese subjektive Dimension kann im

Zusammenhang mit den oben angesprochenen verfügbaren objektiven Daten, wie z.B. der Sozialversicherung, wesentliche Aufschlüsse geben.

11. Institutionelle Arrangements, um ein Gesundheitsbewußtsein der Stadt zu entwickeln und zu fördern

Der Vorschlag, über eine Implementation einer sozialen Gesundheitsberichterstattung in Bremen das Gesundheitsbewußtsein zu entwickeln und zu fördern, zielt auf eine neuartige Politik, die im Rahmen der WHO-Debatte um Healthy Cities als „healthy public policy“ bzw. „public policy in health“ bezeichnet wurde.

Eine derartige „healthy public policy“ geht von folgenden Einsichten aus:

- Verschiedene Akteure mit unterschiedlichen Hintergründen und Interessen sind zu beteiligen. Es kommt geradezu darauf an, eine Vielfalt und große Streuweite von politischen Institutionen, Personen, Administrationen, intermedien Instanzen (z.B. Krankenkassen), Selbsthilfegruppen und Bürgern systematisch einzubeziehen.
- Kommunale politische Partizipation besteht gerade darin, daß die Grenzen zwischen Staat und Gesellschaft, öffentlich und privat, Produzent und Konsument, Institution und Sozialbürger als durchlässig und z.T. variabel angesehen werden.
- Eine gesundheitsbewußte Stadt begreift Gesundheit als Querschnittsthema für viele Felder. Sie organisiert deshalb eine intersektorale Planung und Politikform, um das Ressortdenken zu überwinden.
- Konflikt und Konsens müssen ständig neu ausbalanciert werden. Dort, wo eine Ausbalancierung wegen Machtungleichheit nicht möglich ist, sind die Strukturen dieser Konflikte zu benennen und zu analysieren.
- In der Stadt vorhandenes Wissen und Erfahrung bei Bürgern, Institutionen, Fachleuten und Experten wie auch Wissenschaftlern sind zu aktivieren und in den gesellschaftlichen Lernprozeß zu integrieren. Ein öffentlicher Diskurs zu besonderen Problemlagen ist anzustiften. Hierbei geht es u.a. auch um die soziale Ungleichheit vor Krankheit und Tod in der Stadt.

Literatur

Häußermann, H. (Hg.): Ökonomie und Politik in alten Industrieregionen Europas, Basel 1992

Illich, I.: Die Nemesis der Medizin, Reinbek 1981

Labisch, A.: Homo hygienicus. Gesundheit und Medizin in der Neuzeit, Frankfurt a.M./New York 1992