

Interview mit Prof. Dr. Eberhard Göpel, Vorstand im Kooperationsverbund „Hochschulen für Gesundheit“, zur D/A/CH-Netzwerk-Tagung

BVPG: Sehr geehrter Herr Prof. Göpel, am 4. März 2015 findet die D/A/CH-Netzwerk-Tagung „Gemeinsam Gesundheit verantworten“ in Berlin statt. Was erwartet die Teilnehmerinnen und Teilnehmer?

Ein konzentrierter Überblick zu den Gemeinsamkeiten und Unterschieden bei der Entwicklung einer systematischen Gesundheitsförderungs politik in Österreich, der Schweiz und in Deutschland im europäischen Kontext.

Im Jahr 2000 haben die Mitgliedsstaaten der WHO im Rahmen einer Weltkonferenz zur Gesundheitsförderung in Mexiko beschlossen, jeweils integrierte nationale Gesundheitsförderungs-Programme zu entwickeln und sie haben sich verpflichtet, über deren Umsetzung regelmäßig zu berichten. Einige europäische Länder wie Schweden, Norwegen, Irland und Schottland tun dies inzwischen in vorbildlicher Weise.

In den deutschsprachigen Ländern Deutschland, Österreich und der Schweiz mit ihrer Sozialversicherungs-Tradition und einer föderal fragmentierten politischen Verantwortung im Bereich der Gesundheitspolitik hat die politische Entscheidung zur Umsetzung dieser nationalen Selbstverpflichtung länger gedauert.

In Österreich ist es inzwischen aber in einem vorbildlichen Konsensbildungsprozess von Bund, Ländern, Sozialversicherungen und weiteren bedeutsamen Akteuren im Bereich der Gesundheitsförderung gelungen, sich auf zehn Rahmen-Gesundheitsziele von zentraler gesellschaftlicher Bedeutung zu verständigen. Gesundheitsförderung wird damit im deutschsprachigen Raum zum ersten Mal verbindlich als eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe bestimmt (<http://www.gesundheitsziele-oesterreich.at/>). Für deren verbindliche Umsetzung gibt es inzwischen einen gesetzlichen Auftrag und einen Handlungsrahmen, der alle Beteiligten in einen Monitoring-Prozess zur Umsetzung gemeinsamer Vereinbarungen einbindet und diesen mit einer öffentlichen Berichtspflicht verknüpft. In der Schweiz scheiterte dagegen im Jahr 2012 eine Initiative zu einem nationalen Präventionsgesetz am Widerstand vielfältiger Wirtschaftsgruppen – allen voran die Tabak-, Alkohol- und Süßwarenindustrie – und an einer mangelhaften öffentlichen Vermittlung der Zielsetzungen.

Wenn sich politisch kaum jemand traut, öffentlich darauf hinzuweisen, dass die gegenwärtige Verteilung der „Zivilisationskrankheiten“, an denen auch in Deutschland gegenwärtig acht von zehn Menschen früher als notwendig sterben, eine ausgeprägte soziale Ungleichheit der Lebenschancen dokumentiert, dann ist etwas ziemlich faul im Staate. In diesem Fall wurde dies in der Schweiz bei der Absage des Präventionsgesetzes durch den Ständerat im Jahr 2012 offenkundig. Auch in Deutschland haben in den vergangenen zehn Jahren viele Interessengruppen im Hintergrund in der Lobby daran mitgewirkt, dass wir noch kein wirksames Gesundheitsförderungsgesetz haben.

Immerhin gibt es jetzt aber durch die Koalitionsvereinbarung der Bundesregierung eine verbindliche Initiative und wir werden in den kommenden Monaten bei den parlamentarischen Beratungen vergleichend beobachten können, welchen Weg dieses Gesetzesvorhaben zwischen der österreichischen und der schweizer Variante findet.

Der transnationale Vergleich, wie wir ihn im Rahmen des D/A/CH-Netzwerks anstreben, ermöglicht es – bei Würdigung der jeweilig durchaus unterschiedlichen nationalen Strukturen und Traditionen – auch Gemeinsamkeiten zu identifizieren. Ohne eine starke zivilgesellschaftliche Unterstützung, wie sie in Österreich durch den Fonds Gesundes Österreich und korrespondierenden Aktivitäten auf der Ebene der Bundesländer ermöglicht wurde, wäre es unmöglich gewesen, gegen die politisch fest verankerten Wirtschaftsinteressen der Krankheits-Industrien Rahmen-Gesundheitsziele zu vereinbaren, die die zentralen Ursachen der „Zivilisationskrankheiten“ direkt adressieren und nicht wie bisher verschleiern.

In Deutschland ist es meines Erachtens eine Aufgabe der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung und der Landesvereinigungen für Gesundheitsförderung eine starke Interessenvertretung derjenigen zu organisieren, die sich keine hauptamtlichen Lobbyisten im Berliner Regierungsviertel und in einigen Landeshauptstädten leisten können – von der Situation in Brüssel bei der EU-Kommission mit hunderten von hauptamtlichen Lobbyisten im Bereich der Gesundheitspolitik ganz zu schweigen.

BVPG: Welche Ziele verfolgt das Netzwerktreffen und an wen richtet es sich?

Das Netzwerk Gesundheitsförderung D/A/CH wurde im Jahr 2010 im Rahmen der damaligen Weltkonferenz der Internationalen Union für Gesundheitsförderung (www.iuhpe.org) in Genf initiiert, um eine stärkere Beteiligung von AkteurInnen und PraktikerInnen der Gesundheitsförderung aus den deutschsprachigen Ländern an einem internationalen Austausch zu fördern. Leider sind die Sprachbarrieren in Europa noch erheblich. Da die IUHPE als offizielle Sprachen Englisch, Französisch und Spanisch nutzt, sind die deutschsprachigen KollegInnen (und viele andere Sprachgemeinschaften in gleicher Weise) zunächst auf Übersetzungen angewiesen. Viele relevante deutschsprachige Veröffentlichungen sind daher z.B. international wenig bekannt. Wir wollen mit dem Netzwerk D/A/CH zunächst den transnationalen Austausch auf der gleichen Sprachebene fördern und diesen dann gemeinsam an den europäischen und globalen Austausch anschlussfähig machen.

Die Tatsache, dass die stellvertretende Geschäftsführerin der BVPG, Frau Dr. Grossmann, im vergangenen Jahr zur europäischen Vize-Präsidentin der IUHPE gewählt wurde, zeigt, dass die Bemühungen um einen transnationalen Informations- und Erfahrungsaustausch inzwischen auch in anderen Sprachgemeinschaften und Ländergruppen (Skandinavien, UK, osteuropäische Länder) anerkannt und unterstützt werden. Mit den rotierenden Jahrestagungen in D/A/CH schaffen wir dafür im deutschsprachigen Bereich ein regelmäßiges Austausch-Forum.

Es war der Wunsch der österreichischen und schweizer KollegInnen, die diesjährige Jahrestagung in Deutschland mit dem Public Health-Kongress „Armut und Gesundheit“ zu verbinden und wir freuen uns, dass von GesundheitBB als Kongress-Veranstalter diese Verknüpfung aktiv unterstützt wird.

BVPG: Sie warnen in Ihrer Tagungsankündigung vor „vermeintlich evidenzgesicherten präventiven Fertigpackungen, die von den Krankenkassen demnächst an die Bevölkerung verabreicht werden sollen“. Was genau meinen Sie damit und wie wollen Sie dem entgegenwirken?

Krankenversicherungen, die mit vielfältigen Angeboten von denkbaren Präventionsleistungen konfrontiert werden, haben als Kostenträger Probleme, eine jeweils hinreichend begründete Auswahl zu treffen.

Wenn sie dabei nun dazu übergehen wollen, Programme – losgelöst von verantwortlichen und beteiligten Personen und konkreten Umsetzungssituationen – nach generellen Qualitätsstandards zu bewerten und zu verordnen, dann potenzieren sie die Fehler, die in der Bewertung der biomedizinischen Qualitätsdiskussion inzwischen offenkundig sind.

Die gesamte Idee der Qualitätsdiskussion in der Medizin der letzten 20 Jahre, eine im Vergleich von zufallsgesteuerten Populationsgruppen statistisch bestimmte Evidenz als einheitlichen „Goldstandard“ für den Einzelfall verbindlich etablieren zu wollen, ist wissenschaftlich abwegig und hat massenhafte Fehlbehandlungen zur Folge. Dies gilt sowohl auf der biologisch-molekularen Ebene, wo die individuellen molekularen Variationen inzwischen zu personalisierten Typisierungen (etwa in der Krebstherapie) geführt haben. Noch viel mehr gilt es aber für die Berücksichtigung der jeweiligen biografischen und sozialen Unterschiede der Menschen in Programmen der Gesundheitsförderung.

Ich halte in diesem Zusammenhang die gegenwärtigen „Disease Management“-Programme der Krankenkassen für eine weitgehend unwirksame, schematisierende sozialbürokratische Schikane der Versicherten und der beteiligten ÄrztInnen und BeraterInnen. Ich habe die starke Befürchtung, dass dieser Un-Sinn durch bürokratisch standardisierte und verordnete Präventions-Programme noch potenziert wird.

Gesichert ist die Erkenntnis: Wirksame Gesundheitsförderung entsteht in personal bedeutsamen Begegnungen; die Aufnahme von verhaltensrelevanten Informationen wird wesentlich von der Art der sozialen Beziehung und der Authentizität der Kommunikation bestimmt. In der Psychotherapie-Forschung ist dies inzwischen hinlänglich beschrieben. Diese Wirkungen sind beziehungs- und situationsgebunden. Sie lassen sich daher nicht sinnvoll einheitlich auf Krankenschein verordnen oder losgelöst von konkreten Personen applizieren. Im Mittelpunkt stehen vielmehr die soziale Empathie, Kompetenz und Erfahrung der beteiligten Personen.

Das Netzwerk Gesundheitsförderung D/A/CH rückt daher die personale und fachliche Qualifizierung der PraktikerInnen der Gesundheitsförderung ins Zentrum der Qualitätsentwicklung. Zusammen mit der IUHPE als internationaler Fachorganisation engagieren wir uns daher dafür, dass an den Hochschulen in D/A/CH Gesundheitsförderung als eine spezifische Studien- und Berufsqualifizierung mit einer systematischen Fort- und Weiterbildungsverpflichtung vermittelt wird, wie sie etwa im Bereich der Medizin und der Psychotherapie bereits existiert. Gesundheitsförderung ist eine systemische Soziotherapie.

Mit dem Berufsverband Gesundheitsförderung und anderen interessierten Berufsverbänden wollen wir noch in diesem Jahr in D/A/CH ein berufliches Weiterbildungsangebot auf den Weg bringen, das eine berufliche Registrierung als „European Health Promotion Practitioner (EuHP)“ mit den international durch die IUHPE konsentierten Kernkompetenzen der Gesundheitsförderung ermöglicht.

BVPG: Was erhoffen Sie sich von den Ergebnissen der Veranstaltung?

Wir werden die Beiträge und Diskussionen zur Tagung dokumentieren und zeitnah publizieren. Wir verbinden dies mit der Hoffnung, dass in allen drei Ländern die entsprechenden Aktivitäten neue Anregungen gewinnen.

In Deutschland verknüpfen wir dies mit der Anregung, dass auch die Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung mit ihren Mitgliedsorganisationen künftig eine aktivere Rolle und Funktion beim transnationalen Informations- und Erfahrungsaustausch in Europa übernehmen kann.

Wir können im europäischen Kontext viel miteinander und voneinander lernen und im Bereich der Gesundheitsförderung – etwa bei der Ausgestaltung des WHO-Programms „Gesundheit 2020“ – künftig auch Vieles gemeinsam gestalten.

Die Initiative „Gesundheit gemeinsam gestalten – eine Gesundheitswende bei den Zivilisationskrankheiten einleiten“ des Kooperationsverbundes „Hochschulen für Gesundheit“ (www.hochges.de) oder der von Gesundheit Berlin Brandenburg koordinierte Kooperationsverbund „Gesundheitliche Chancengleichheit“ (<http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de>) finden inzwischen auch in anderen Ländern Interesse.