

Gesundheitsförderung: Stetige Pionierarbeit

5. Nationale Gesundheitsförderungskonferenz vom 23./24. Januar 2003, St. Gallen

F. van der Linde

Es ist für mich eine grosse Ehre, an der heutigen Konferenz ein Referat im Plenum halten zu dürfen. Ich verstehe dies als Anerkennung der langjährigen Bestrebungen des Kantons St. Gallen, der Gesundheitsförderung in der kantonalen Gesundheitspolitik einen eigenständigen Platz einzuräumen. In den gesundheitspolitischen Grundvorstellungen des kantonalen Leitbildes Gesundheit aus dem Jahr 2002 findet sich denn auch die folgende Aussage:

«Aufgabe des Kantons ist es, ein bedarfsgerechtes Angebot sicherzustellen, das der Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit dient. Dabei werden die Angebote, die der Heilung oder Linderung von Krankheit dienen, ergänzt durch die Strategien der Gesundheitsförderung und Prävention, die auf Stärkung und Erhaltung der Gesundheit ausgerichtet sind. Dafür haben alle Gesellschaftsbereiche den notwendigen Beitrag zu leisten.»

Ich möchte versuchen, mehr aus der persönlichen als aus der wissenschaftlichen Optik nach 25 Jahren Tätigkeit in dieser Gesundheitspolitik einige Eindrücke zu vermitteln.

Der gesellschaftliche Wandel: Wo stehen wir heute?

Ein Blick zurück auf die letzten fünfzig Jahre zeigt, dass sich der Homo sapiens eigentlich kaum verändert hat, um so mehr aber das Umfeld, in dem er lebt. Es ist ein gewaltiger Fortschritt, dass während dieser Zeit der Einfluss nicht nur der physischen Umwelt, sondern auch des psychosozialen Umfeldes auf die Gesundheit zunehmend Beachtung fand. Die schwergewichtig risikofaktoren-orientierte Präventivmedizin wurde dabei immer mehr in interdisziplinärer Arbeit durch ressourcen-orientierte Modelle der Gesundheitsförderung ergänzt. Zum mindesten geschah dies in den Köpfen und Publikationen der Fachpersonen. Die Realität im Alltag ist noch nicht ganz so weit. Abbildung 1 zeigt den Versuch, die Bedeutung der verschiedenen Einflussfelder auf die Gesundheit zu quantifizieren.

Diese Darstellung aus einem Newsletter der Nationalen Gesundheitspolitik Schweiz aus dem Jahre 2001 stösst in weiten Kreisen noch auf ungläubiges Staunen. Im politischen und wirtschaftlichen Denken und Handeln hat diese Sichtweise erst ansatzweise Fuss gefasst, und in der Zuteilung finanzieller Ressourcen noch fast gar nicht.

Das Segment «Sozioökonomische Bedingungen und Lebensstil» bildet hier eine besondere Knacknuss. Spätestens seit der Charta von Ottawa wissen wir, dass wir Gesundheitsförderung nicht *für*, sondern *mit* Menschen betreiben sollten. Aber was heisst das konkret in einer Gesellschaft, die oft mit den Stichworten «Individualisierung» und «Entsolidarisierung» charakterisiert wird, für die der St. Galler Soziologe Peter Gross den Begriff der «Multioptiongesellschaft» eingeführt hat? Der Sozialethiker und Theologe Hans Ruh spricht in diesem Zusammenhang von einem Abschied von der Verbindlichkeit sowie von einem sanften Individualismus und Hedonismus. Diese Situation ist natürlich ein guter Boden für die wie Pilze aus dem Boden schiessenden Wellnessprogramme. Ich habe nichts gegen Wellnessprogramme, aber wird so die Gesundheit einer Gesellschaft gefördert? Der St. Galler Arzt Jakob Laurenz Sonderegger, der Ende des 19. Jahrhunderts als Pionier sowohl der Gesundheitsförderung wie auch der Gesundheitsversorgung wirkte, schrieb 1892:

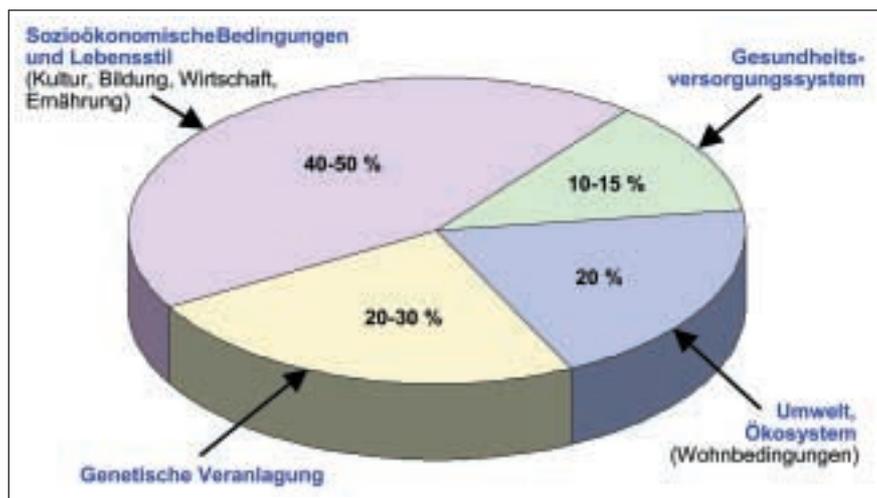
«Das Individuum ist die eine Hälfte, die Gesellschaft die andere; erst beide zusammen ergeben den ganzen Menschen. Dieser muss nicht nur an und für sich, sondern ebenso auch für seine Mitmenschen wertvoll sein. Bloss zur Verzierung der Erde ist keiner schön genug. So hat auch das persönliche Wohlbefinden an sich noch wenig Wert; erst wenn recht Viele gesund und leistungsfähig sind, ist es eine Freude zu leben.»

Hier sehe ich eine der grossen Herausforderungen für unsere Arbeit: Förderung der Lebensqualität in einer liberalen, pluralistischen Multioptiongesellschaft; und zwar nicht nur für das Individuum, sondern für den Menschen als aktives Mitglied der Gemeinschaft.

Korrespondenz:
François van der Linde, MD, M.P.H.
Gesundheitsdepartement
des Kantons St. Gallen
Amt für Gesundheitsvorsorge
Moosbruggstrasse 11
CH-9001 St. Gallen

Abbildung 1

Einflussfaktoren auf die Gesundheit.



Stärken und Schwächen der Gesundheitsförderung: Was können wir, was nicht?

Haben wir richtig auf den beschriebenen Wandel reagiert? Lassen Sie mich hier kurz auf drei Punkte eingehen:

- Wissen wir genug?
- Ist unser Wissen relevant?
- Setzen wir unser Wissen richtig um?

Wir wissen mehr als genug, um – durchaus gestützt auf wissenschaftliche Grundlagen – aktiv zu handeln. Die zahlreichen offenen Fragen, die Gegenstand von Forschungsarbeiten sind, ändern nichts daran, dass wir in den Grundzügen Wesentliches über das menschliche Gesundheitsverhalten und den Einfluss des gesellschaftlichen Kontextes auf dieses Verhalten kennen. Wir wissen auch, dass Gesundheitsverständnis und Gesundheitsverhalten schichtspezifisch sind. Ich stelle immer wieder fest, dass viele unserer Fachdiskussionen und unserer Projekte schwergewichtig mittel- bis Oberschicht-orientiert sind und wesentliche Teile der Bevölkerung gar nicht erreicht werden. Die konstanten schichtspezifischen Unterschiede bei verschiedenen Gesundheitsindikatoren werfen die Frage auf, ob hier nur methodische Unzulänglichkeiten oder doch auch Wissenslücken vorliegen. In letzter Zeit ist mir in diesem Zusammenhang häufig wieder die altbekannte Pyramide von Maslow (Abb. 2) eingefallen.

Auf welcher Stufe dieser Pyramide betreiben wir Gesundheitsförderung? In einer homogenen Gesellschaft ist dies verhältnismässig einfach. Wenn wir aber heute auch in der Schweiz Menschen haben, die sich schwergewichtig um die

Grundlagen ihrer Existenz kümmern müssen und daneben andere, die sich in erster Linie mit Fragen des Eigenwertes und der Selbstverwirklichung befassen, so zeigt sich das enorme Spannungsfeld, in dem sich die Gesundheitsförderung zu bewegen hat.

Als sehr hilfreich erlebe ich im Alltag das Wissen, das Aaron Antonovsky mit dem Begriff des Kohärenzgefühls eingebracht hat. Das Kohärenzgefühl mit den Elementen Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnfindung mag unvollständig sein – auch Antonovsky selbst erhob ja nie den Anspruch auf Ausschliesslichkeit –, aber das Modell hat den Vorteil, dass es auch von Laien leicht verstanden wird und damit dazu beiträgt, ein breites Verständnis von Gesundheit in der Bevölkerung zu fördern.

Wir wissen also genug, um zu handeln. Aber ist unser Wissen auch relevant? Würde eine konsequente Umsetzung die Gesundheit der Menschen verbessern? Es ist notwendig, sich diese Frage immer wieder zu stellen. Wir arbeiten meistens nicht wie zum Beispiel in der Kurativmedizin oder in der Krankenpflege mit einzelnen Individuen, sondern mit Bevölkerungsgruppen. Wird unser Wissen tatsächlich umgesetzt, dann betrifft es in der Regel eine grosse Zahl von Menschen. Nicht alle Erkenntnisse und Empfehlungen der Präventivmedizin der Vergangenheit haben sich nachträglich als wirklich relevant erwiesen. Andere dagegen sind gesichert – das Stichwort «Tabak» mag hier für den Bereich der somatischen Risikofaktoren genügen. Wie ist aber die Relevanz im psychosozialen Bereich, bei den

Abbildung 2

Hierarchie der menschlichen Bedürfnisse nach Maslow.

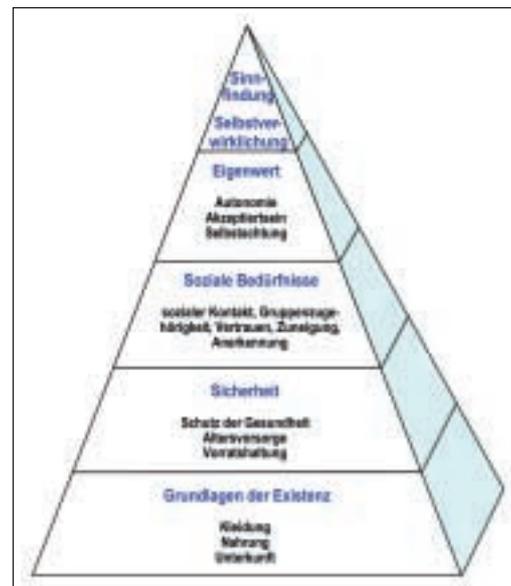
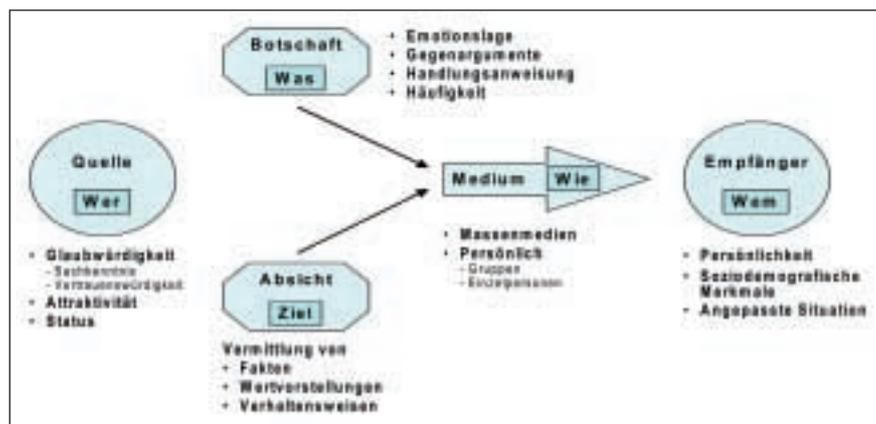


Abbildung 3

Vermittlung von Botschaften: Kommunikationsmodell.



Versuchen, Gesundheit als Beitrag zur Lebensqualität zu fördern? Harte Daten sind hier schwerer zu erheben, aber es gibt sie. Gut durchgeführtes betriebliches Gesundheitsmanagement als Beispiel bringt messbare Verbesserungen – nicht nur der Gesundheit, sondern auch der Leistungsfähigkeit der Mitarbeitenden. Ich verzichte an dieser Stelle auf weitere Beispiele, halte aber zusammenfassend fest, dass wir heute über einen breiten Fundus an relevantem individuell- wie auch gesellschaftsbezogenem Wissen über Förderungsmöglichkeiten der Gesundheit verfügen.

Bleibt also die Frage, ob wir das Richtige auch richtig tun oder ob wir andere Methoden suchen und neue Prioritäten setzen müssen. Je nach Erwartungshaltung, persönlicher Wahrnehmung und auch Temperament fallen die Antworten hier wohl unterschiedlich aus. Die zunehmende Zahl rauchender Jugendlicher, die Senkung der Fiskalabgaben auf Spirituosen ausländischer Herkunft und der rücksichtslose Umgang mit dem Faktor «Mensch», den wir in gewissen Bereichen der Wirtschaft erlebt haben, werfen Fragen auf, die wir nicht einfach auf die Seite schieben können. Es gibt aber auch andere Beispiele. Mit dem Settingansatz der Gesundheitsförderung erleben wir positive Beispiele: Das Netzwerk gesundheitsfördernder Schulen wächst, und das betriebliche Gesundheitsmanagement beginnt, da und dort Fuss zu fassen, und hat im vergangenen Jahr auch mehrfach die Aufmerksamkeit in der Tages- und Wochenpresse gefunden. Auffallend und scheinbar im Gegensatz zur nicht gerade gesundheitsfördernden Fiskalpolitik des Bundes im Genuss- und Suchtmittelbereich finden wir in weiten Kreisen der Bevölkerung eine zunehmende Akzeptanz für Massnahmen des Jugendschutzes. Verkaufsverbote von alkoholischen Getränken an Jugendliche und deren relativ problemlose Umsetzung im Handel sind

Signale, die zuversichtlich stimmen. Auch Projekte zum Thema «Männergesundheit» haben eine unerwartet hohe Resonanz gefunden, auch in den Medien. Die «Stop-Aids-Kampagne» hat in den ersten Jahren zu wesentlichen und schnellen Verhaltensänderungen geführt; die Konsolidierung dieser Erfolge erweist sich heute allerdings als nicht ganz einfach. Wenn ich versuche, solche unterschiedlichen Entwicklungen unter einen Hut zu bringen, dann fallen mir folgende Überlegungen ein:

- Massnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention zeigen dann Wirkung, wenn bei der Zielgruppe eine Betroffenheit vorhanden ist, wenn die Botschaft einfach, klar und unmittelbar relevant ist. Das Beispiel «Männergesundheit» ist hier insofern von besonderem Interesse, als die seit Jahren vermittelten Erkenntnisse über das höhere Gesundheitsrisiko der Männer in verschiedenen Bereichen sich offenbar jetzt im täglichen Bewusstsein handlungsrelevant durchzusetzen beginnen.
- Beim Rauchen fehlt die unmittelbare gesundheitliche Betroffenheit. Der zunehmende Tabakkonsum Jugendlicher mag ein Hinweis darauf sein, dass wir uns zu wenig um die Ursachen und um den unmittelbaren subjektiven Gewinn für den Raucher gekümmert haben. Vielleicht zeigen sich hier aber auch die Konsequenzen einer pluralistischen Gesellschaft, die bisher nicht gewillt war, diesbezüglich klare Signale über erwünschtes bzw. unerwünschtes Verhalten zu setzen.
- Etwas breiter betrachtet ist es aber noch nicht oder erst ansatzweise gelungen, den Gesundheitsbegriff in die Gesamtpolitik einzubinden. Die naturwissenschaftliche Explosion von Wissen und Techniken der Kurativmedizin in der zweiten Hälfte des letzten Jahrhunderts hat den Blick der Gesundheitspolitik bis heute weitgehend auf Fragen der Organisation und der Finanzierbarkeit dieses Systems eingeengt. Hier ist der Erfolg offenbar noch ausgeblieben, die notwendige Betroffenheit zu schaffen und in Politik und Wirtschaft den Gedanken einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik zu verankern.

Prioritäten für die Zukunft

Die Erfahrung der letzten 25 Jahre hat mich gelehrt, bei schwierigen Fragestellungen in der Gesundheitsförderung und Prävention auf das altbewährte Kommunikationsmodell (Abb. 3) zurückzugreifen. Misserfolge bzw. die Notwendigkeit neuer Prioritäten lassen sich in der Ge-

sundheitsförderung fast immer mit Hilfe dieses Modells lokalisieren. Ein einziger Fehler im dargestellten Ablauf kann ein Projekt oder eine Absicht scheitern lassen. Unsere Beispiele für Erfolge in der Gesundheitsförderung lassen sich hier leicht unterbringen: Wenn die Glaubwürdigkeit der Quelle gegeben, die Absicht klar, das Medium geeignet ist und der Empfänger die notwendige Betroffenheit hat, sind es die einfachen und verständlichen Botschaften, die erfolgreich sind.

Schwieriger ist die Situation dort, wo ich heute die höchste Priorität setzen würde, nämlich beim Umsetzen unserer Anliegen in eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik. Der Empfänger der Botschaft ist hier gegeben: Es ist eigentlich die Gesellschaft als Ganzes und in einer Demokratie im speziellen deren Vertreterinnen und Vertreter in der Politik, welche die Alltagsentscheidungen fällen. Betrachten wir das Modell einmal unter dieser Optik. Ich gehe jetzt einmal davon aus, dass unsere Sachkenntnis gegeben ist. Sind wir aber – immer aus der Sicht der Politik oder der Wirtschaft – auch attraktiv? Haben wir einen Status, in dem wir überhaupt als Gesprächspartner ernst genommen werden? Ein glaubwürdiger, kompetenter Wissenschaftler ohne politische Erfahrung oder ein Beauftragter für Gesundheitsförderung in einer untergeordneten Hierarchiestufe wird wenig politische Veränderungen auslösen. Ist unsere Botschaft geeignet, Betroffenheit auszulösen? Können wir nicht nur Forderungen anbringen, sondern eine «Win-Win»-Situation anbieten? Professionelles Gesundheitsmanagement in einem Betrieb beispielsweise reduziert nicht nur die Absentismusrate, sondern kann durchaus auch ein Standort-

vorteil sein. Wie gehen wir mit den Gegenargumenten um, wie etwa wirtschaftliche Interessen bei der Festlegung der Suchtmittelpolitik? Sind wir uns im Bereich unserer Ziele bewusst, dass die Vermittlung von Fakten vielleicht darum ohne Wirkung bleibt, weil unser Gegenüber andere Wertvorstellungen hat? Und schliesslich: Sind wir in der Lage, die Sprache des Empfängers zu verstehen und wenn möglich auch zu sprechen?

Sie sehen, worauf ich mit meiner Hauptpriorität hinaus will. Wir brauchen in der Gesundheitsförderung neben den unbestrittenen hohen Fachkompetenzen, die wir – jeder auf seine Art – besitzen, zusätzliches politisches Know-how. Wir müssen politisch denken und handeln können. Nicht jeder von uns, aber viel mehr Personen als heute. Wir müssen unsere Arbeit so ausrichten, dass für einen Politiker oder einen Wirtschaftsvertreter ein dokumentierbarer Gewinn resultiert. Idealismus und gute Argumente genügen heute nicht mehr. Auch weltanschaulich einseitige Modelle werden höchstens in einem kleinen Kreis Wirkung entfalten.

Dies ist der Bereich, in dem wir professioneller werden müssen. Die Forderung ist hoch gesteckt. Die meisten Gesundheitsförderer identifizieren sich ja über ihr Fachwissen, und politische Zusammenhänge erscheinen oft weit entfernt. Und last but not least: Idealismus und Engagement allein genügen zwar nicht, dennoch sind sie aber unentbehrlich, da sie in der Gesundheitsförderung Teil der Glaubwürdigkeit sind. Wenn Sie schliesslich noch die Eigenschaft der Geduld haben und akzeptieren, dass Veränderungen mindestens eine Generation brauchen, dann haben Sie jetzt das Bild des idealen Gesundheitsförderers der Zukunft vor sich.